

## 17. FIXER LES PRIORITES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE POUR SE MONTRER PLUS EFFICACE

Maryanne Sharp, Ioana Kruse et Lubna Bhayani<sup>267</sup>

*Bien que certains indicateurs sanitaires de Madagascar se situent au même niveau que ceux d'autres pays de la région ou dans le monde, le pays accuse du retard par rapport à d'autres indicateurs. Ce retard s'explique en grande partie par la vulnérabilité de deux groupes: les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou qui accouchent. Le Gouvernement a conçu et mis en œuvre, avec l'appui des partenaires au développement, une stratégie sectorielle qui a commencé à produire des résultats. La mortalité infantile a considérablement baissé entre 2003 et 2008, et une série d'initiatives a été lancée pour améliorer les soins maternels. Pourtant, les résultats se sont montrés inégaux jusqu'ici, excluant de nombreux ménages pauvres et/ou isolés. De plus, les progrès récemment obtenus ont certainement été mis à mal par l'impact négatif de la crise politique sur la prestation des services de santé et le bien-être de la population. Cette note technique, basée sur une analyse de l'évolution des indicateurs sanitaires-clés pendant les dernières années, propose une série de recommandations pour appuyer l'amélioration de l'accès des personnes vulnérables aux services de santé, et pour remédier aux problèmes systématiques qui empêchent l'utilisation efficiente des ressources financières et humaines dans le secteur.*

### 1. Etat de Santé de la Population

**L'espérance de vie à Madagascar se situe autour de 60 ans, soit 20 ans de plus que dans les pays comme le Mozambique et bien au-dessus de la moyenne en Afrique subsaharienne** (cf. tableau 1). Cet écart ne manque pas de surprendre, étant donné le niveau élevé de la pauvreté dans le pays, mais il reflète des conditions climatiques favorables et la prévalence de VIH exceptionnellement faible. Madagascar est considéré comme une anomalie à l'épidémie de VIH/SIDA. Malgré une prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles (IST), en particulier une prévalence de 6,3% de la syphilis, et des taux relativement élevés de changement de partenaire sexuel, le taux de prévalence du VIH/SIDA reste inférieur à 1%<sup>268</sup>, et il diminue chez les groupes à risque élevé tout en restant stable chez les femmes enceintes. De même, l'incidence et la mortalité associées à la tuberculose se révèlent considérablement plus faibles à Madagascar que dans la plupart des pays avoisinants, même si elles ont suivi une tendance à la hausse depuis 2000. Enfin, le paludisme n'apparaît pas aussi répandu que dans la plupart des pays subsahariens et son incidence a baissé au cours de ces dernières années grâce aux activités de prévention (presque la moitié des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes

<sup>267</sup> Cette note de la Banque mondiale a été écrite en concertation avec l'UNFPA, l'UNICEF, l'Agence Française de Développement, JICA, l'OMS, le PAM, l'Union Européenne, le SCAC-Ambassade de France, la Banque Africaine de Développement et l'USAID. Elle a été discutée avec le groupe de partenaires techniques et financiers organisé autour du secteur santé sous la direction actuelle de l'OMS. Elle a été aussi partagée lors d'une session du *dialogue sur le développement économique* avec la participation de la société civile, du secteur privé, du secteur académique, des représentants techniques de Ministères et des médias.

<sup>268</sup> Estimé inférieur à 1% au niveau national (modelé à 0,13 %), ainsi qu'au niveau des femmes enceintes (0,18 %), et des groupes à risque élevé (0,52 % chez les travailleurs de sexe, et 0,28 % chez les patients atteints des IST).

dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide en 2008)<sup>269</sup>. On ne connaît pas avec précision la répartition de la mortalité par cause à Madagascar<sup>270</sup> mais les informations partielles disponibles provenant de l'OMS montrent que la majorité des décès sont imputables à des maladies infectieuses et parasitaires, pour la plupart évitables<sup>271</sup>.

Tableau 1: Indicateurs-clés de Santé

OMD afferent	Indicateurs de Santé	2003/04	2008/09	Moyenne Afrique saharienn e <sup>a</sup>
	Espérance de vie	56,3 <sup>b</sup>	59,4 <sup>b</sup>	52
1	Enfants de moins de cinq ans à insuffisance pondérale modérée/ sévère (%)	42	n/a <sup>c</sup>	28 <sup>e</sup>
MAP <sup>272</sup>	Taux de mortalité néonatale / 1000 naissances vivantes	32	24	41 <sup>e</sup>
4	Taux de mortalité infantile / 1000 naissances vivantes	58	48	89
4	Taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans / 1000 naissances vivantes	94	72	146
4	Taux de vaccination contre la rougeole (12-23 mois) (%)	59	70	73
5a	Ratio de mortalité maternelle / 100 000 naissances vivantes	469	498	900
5a	Accouchements ayant lieu dans un centre de santé (%)	32	35	40
5a	Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)	51	44	45
5b	Couverture des soins prénatals – au moins une visite (%)	80	86	72
5b	Couverture des soins prénatals – quatre visites ou plus (%)	40	49	43
5b	Taux de prévalence des contraceptifs modernes (% des femmes mariées)	18	29	23
5b	Taux de fécondité adolescent (accouchements par 1 000 femmes âgés de 15 à 19 ans)	150	148	118
5b	Besoins non satisfaits en planification familiale - femmes mariées désirant espacer ou limiter les naissances et n'ayant pas accès aux services de planification familiale (%)	24	19	n/a
6	Taux de prévalence de la tuberculose / 100 000 habitants <sup>d</sup>	359	417	488
6	Personnes vivant avec le VIH, 15-49 ans (%)	< 1 %	< 1 %	5 %

Source: EDS 2003/04 et 2008/09; <sup>a</sup> Le plus récemment disponible entre 2005-2007 provenant de la base de données des Indicateurs de Développement dans le Monde (IDM); <sup>b</sup> L'espérance de vie est citée pour les années 2000 et 2007 à partir des IDM; <sup>c</sup> Non disponible; <sup>d</sup> Données sur le TB de 2000 et 2007 (Base de données globale sur le TB de l'OMS); <sup>e</sup> State of the World's Children, UNICEF, 2009

**Deux groupes sont particulièrement vulnérables à Madagascar: les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et celles qui accouchent.** Concernant le premier groupe, les améliorations avant la crise indiquent que Madagascar se trouvait en passe de réaliser l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) relatif à la réduction de la mortalité de l'enfant (OMD-4) et devançait la plupart des pays africains. Le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a diminué de plus de la moitié entre 1997 et 2008/09, passant de 163 à 72 pour 1000 naissances vivantes, ce qui est un rythme suffisant pour atteindre l'objectif de l'OMD de 47

<sup>269</sup> Enquête Démographique et de Santé (EDS), 2008/09.

<sup>270</sup> Le système d'enregistrement d'état civil n'enregistre que 4% environ de tous les décès et le pays n'a jamais entrepris une enquête de mortalité par cause basée sur la population.

<sup>271</sup> Des infections respiratoires plus faibles (14% de mortalité de toutes les causes), maladies cardiovasculaires (13%), paludisme (11%), et maladies diarrhéiques (9 %) ont été les principales causes de la mortalité en 2002 (OMS, Département du Mesurage et des Informations sur la Santé, estimations de 2002).

<sup>272</sup> Objectif du Gouvernement dans le Madagascar Action Plan.

d'ici 2015. Ces résultats positifs s'expliquent par les efforts réalisés pour la vaccination complète des enfants, même s'il faut encore s'attaquer à d'autres causes fondamentales de décès des enfants, comme la diarrhée, le paludisme et les infections respiratoires (notamment en milieu rural), et par l'extension de la couverture vaccinale pour les maladies sujettes à épidémie (par exemple, la couverture vaccinale contre la rougeole n'a augmenté que de 59 % à 70 % entre 2003/04 et 2008/09).<sup>273</sup> Malgré une réduction dans la mortalité, les enfants de moins de cinq ans connaissent toujours un risque élevé de morbidité, et souffrent d'un état nutritionnel pauvre : 50 % des enfants moins de cinq ans ont des retards de croissance<sup>274</sup>, une plus grande proportion que dans tout autre pays africain (dépassée seulement par l'Afghanistan et le Yémen)<sup>275</sup>, et 42 % avait un poids insuffisant en 2003/04.<sup>276</sup>

**Le second groupe – les femmes enceintes et qui accouchent – reste à risque.** La mortalité maternelle était estimée à environ 498 par 100 000 naissances vivantes en 2008/09, taux presque inchangé depuis 2003/04 (469 par 100 000<sup>277</sup>)<sup>278</sup>, et qui s'éloigne de l'objectif de l'OMD de 149 par 100 000 naissances vivantes en 2015. Par contre, la mortalité néonatale a baissé de 32 en 2003/04 à 24 en 2008/09 pour 1000 naissances vivantes, ce qui ne semble cependant pas assez rapide pour réaliser l'objectif du pays de 17 pour 1000 d'ici 2012<sup>279</sup>. Ces résultats insatisfaisants sont, en partie, attribuables à :

- l'accès insuffisant à un personnel qualifié pour l'accouchement ;
- une mauvaise qualité des soins anténatals ;
- un manque de services de soins obstétriques d'urgence ;
- une qualité sous-standard de soins ;
- un suivi postnatal médiocre ;
- un manque de confiance et des croyances qui tendent à relativiser l'importance et l'utilisation des services de santé ;
- un besoin non satisfait élevé en contraception. Deux femmes sur trois n'accouchent pas dans un centre de santé, et le taux d'accouchements assistés a diminué de 51 % à 44 % dans les cinq dernières années<sup>280</sup>. Dans ces conditions, il ne surprend guère que les interventions en soins postnatals auprès du nouveau-né et de la mère demeurent très peu répandues (35 % des femmes qui n'accouchent pas dans un centre de santé ne reçoivent aucun suivi médical)<sup>281</sup>.

**De plus, la nutrition maternelle se montre aussi préoccupante: les données de 2008/09**

---

<sup>273</sup> Données de l'EDS de 1997 et de l'EDS de 2008/09.

<sup>274</sup> EDS 2008/09.

<sup>275</sup> *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition: A survival and development priority*, UNICEF, novembre 2009.

<sup>276</sup> EDS, 2003/04.

<sup>277</sup> EDS, 2003/04.

<sup>278</sup> Bien que l'intervalle de confiance ait légèrement augmenté entre les deux enquêtes, statiquement, aucune augmentation ne peut être conclue parce que les intervalles de confiance de 9% des deux estimations se chevauchent.

<sup>279</sup> Objectif du Madagascar Action Plan, 2007-2012.

<sup>280</sup> EDS, 2008/09.

<sup>281</sup> EDS, 2008/09.

estiment que 7 % des femmes en âge de procréation sont de petite taille<sup>282</sup>, 27% sont émaciées<sup>283</sup> et 35 % anémiques. Cette situation est exacerbée par le faible taux de supplément en fer/acide folique: seulement 8 % des femmes enceintes consomment les suppléments en fer/acide folique recommandés durant la période de grossesse<sup>284</sup>. Le cycle intergénérationnel de sous-nutrition s'accélère si la mère est adolescente, parce qu'elle risque de donner naissance à un enfant de faible poids à la naissance. Le corps de la mère, toujours en croissance, n'est pas encore complètement développé, et entre donc en compétition avec le fœtus pour les aliments et nutriments disponibles<sup>285,286</sup>. Ceci constitue un problème majeur à Madagascar, où 27 % de femmes ont eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans<sup>287</sup>. De plus, l'alcoolisme des mères lors de la grossesse, intitulé le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale, contribue à expliquer le faible poids à la naissance et le manque de croissance des nourrissons<sup>288</sup>. Ces problèmes demandent une analyse plus approfondie et une attention urgente, d'autant plus que les grossesses des adolescentes représentent un risque de mortalité maternelle et néonatale.

**Les interventions en santé maternelle apparaissent aussi particulièrement importantes en raison de la croissance démographique rapide à Madagascar.**<sup>289</sup> Malgré une baisse de la fertilité au cours de la dernière décennie, le nombre de femmes en âge de procréer demeurera élevé de manière disproportionnée (à cause des taux de fertilité actuels). Comme conséquence de ce phénomène de croissance démographique, bien que les taux de naissance baissent (nombre d'enfants par femme), le nombre total de naissances par an continuera à augmenter, selon les projections, jusqu'au moins 2050. En outre, même si le taux d'utilisation de contraceptifs modernes affiche une hausse (29 %), le besoin non satisfait en contraception reste très élevé et pratiquement une femme mariée sur cinq<sup>290</sup> désirant espacer ou limiter les naissances ne dispose d'aucun accès aux services de planification familiale (19 %). Ce comportement s'avère particulièrement préoccupant car le taux d'avortement est estimé à 1 pour 10 naissances vivantes, et les complications d'avortement constituent un facteur majeur des décès maternels<sup>291</sup>. De plus, une méthode moderne de contraception (la méthode *Knaus-Ogino*), peu fiable et sujette à un fort taux d'échec, conseillant l'abstinence pendant la période d'ovulation, est encore recommandée par le Ministère de la Santé. Ces problèmes mettent en exergue le besoin d'interventions agressives dans les domaines de la santé maternelle et néonatale pour tenter de remédier à la

---

<sup>282</sup> Moins de 145 cm de taille.

<sup>283</sup> Avec un indice de masse corporelle de moins de 18.

<sup>284</sup> EDS, 2008/09.

<sup>285</sup> Li H., Stein A.D., Barnhart H.X., Ramakrishnan U., Martorell R. 2003: *Associations between prenatal and postnatal growth and adult body size and composition*, Am J Clin Nutr. 77(6):1498-505.

<sup>286</sup> Villaret et al. : *The relative contribution of prematurity and foetal growth retardation to low birth weight in developing and developed societies*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1982; 143: 793-8.

<sup>287</sup> 26,6 % des femmes de 25 à 49 ans ont eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans. Au moment de l'enquête, 26 % des filles de moins de 19 ans avaient déjà un enfant et 7,3 % étaient enceintes; parmi les filles de 18 ans, 42,4 % étaient mères et 7,4 % étaient enceintes; plus alarmant, parmi les filles de 15 ans, 4,8 % étaient mères et 3 % enceintes (EDS, 2008/09).

<sup>288</sup> Professeur Annick L. Robinson : *Étude épidémiologique de la surveillance des enfants atteints du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale à la maternité de Tananarive*, 2010.

<sup>289</sup> L'estimation qui prédit un doublement de la population d'ici 2050 peut être considérée comme modérée, quand certaines sources prédisent un triplement de la population pendant la même période.

<sup>290</sup> 19 % en 2008/09 (EDS).

<sup>291</sup> Gastineau, B., & J. C. Razafiarison : « L'avortement à Madagascar », *Bulletin d'Information sur la Population de Madagascar*, mars 2005, pp. 1-3.

malnutrition maternelle, particulièrement chez les adolescentes, de promouvoir la contraception et d'accroître la proportion des accouchements assistés au sein d'installations sanitaires.

## 2. Questions et défis sectoriels

**Au cours de ces dernières années, le Gouvernement a commencé à mettre en place les éléments nécessaires pour une approche sectorielle intégrée (SWAp) afin de relever les défis dans le secteur de la santé.** L'adoption 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 le développement d'un *draft* du Plan de Développement des Ressources Humaines ont aidé à assurer l'harmonisation des actions dans le secteur. Depuis septembre 2007, le Ministère de la Santé et de la Planification Familiale (Ministère de la Santé) a commencé à organiser des revues conjointes biennuelles avec la participation de toutes les parties prenantes (représentants de la société civile, du secteur privé, des ministères pertinents et des partenaires au développement), fournissant l'occasion d'évaluer l'avancement du programme national<sup>292</sup>. Madagascar a également signé, comme pays membre, la convention mondiale du "Partenariat International de Santé +" en mai 2008, qui aligne les partenaires au développement sur une seule stratégie nationale budgétisée, un cadre de Suivi et Evaluation (S&E) et un processus de revue conjointe pour améliorer l'harmonisation, et met l'accent sur les résultats et la redevabilité mutuelle pour réaliser les OMD liés à la santé. Une autre avancée avait été la signature par le Ministère de la Santé et 22 partenaires au développement des principes directeurs du SWAp en décembre 2008.

**Dans ce contexte, Madagascar a pu réaliser des progrès notables mais inégaux en matière d'indicateurs clés de santé, tel que décrit auparavant.** De meilleures interventions nutritionnelles, des efforts pour aborder les facteurs déterminants de la mortalité infantile et la lutte contre les maladies transmissibles, y compris le VIH/SIDA, ont constitué des priorités pour le Gouvernement, et ont compté parmi les objectifs-clés de la stratégie de lutte contre la pauvreté de Madagascar et du PDSSPS. Les politiques démographiques ayant pour objectif de réduire la fertilité par la promotion des pratiques de planification familiale ont favorisé l'augmentation de l'utilisation de méthodes modernes de contraception de plus de 10 points de pourcentage en cinq ans, même si le taux d'utilisation actuel, 29%, reste faible selon les normes régionales. Le rythme des réformes portant sur la gestion financière s'est également accéléré au sein du Ministère de la Santé, avec l'objectif de perfectionner la planification et l'exécution budgétaire et le financement au travers d'initiatives telles que la création des Fonds d'équité (depuis 2005) améliorant l'accès des plus vulnérables aux services de santé communautaires et à l'hôpital ; parmi les efforts, on peut aussi citer l'introduction de mesures pour rouvrir les centres de santé en milieu rural enclavé et la finalisation de la politique d'engagement communautaire visant à habiliter les communautés en matière de prestation de service de santé<sup>293</sup>.

**En dépit de ces efforts, Madagascar fait face à un certain nombre de défaillances qui entravent l'amélioration des indicateurs de santé,** compte tenu, en particulier, des inégalités de revenus et des différences au sein de la population sur le plan de l'accès à la santé. L'attention est donnée ci-dessous successivement à :

<sup>292</sup> Cependant, les revues n'ont pas eu lieu en 2009 à cause de la crise.

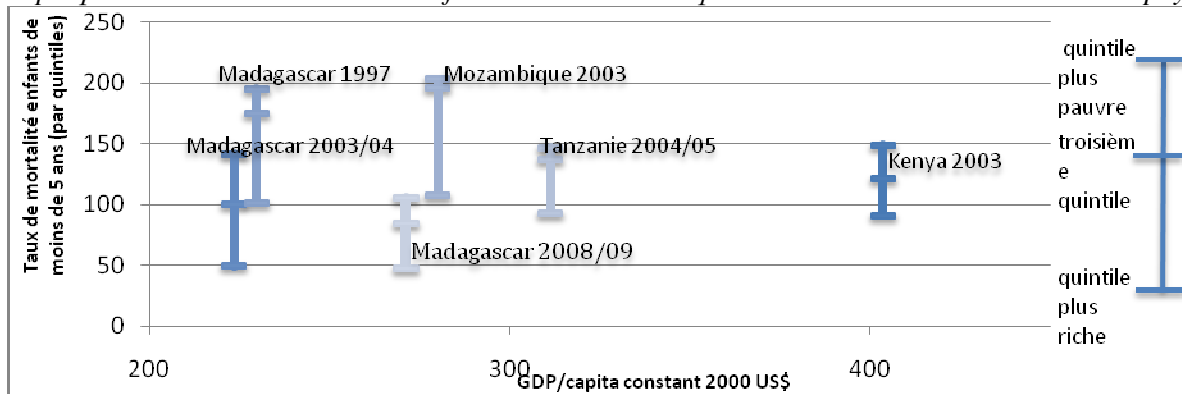
<sup>293</sup> Notamment pour améliorer leur rôle dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.

- l'accès médiocre et inégal à des services de santé de qualité.
- la piètre gestion et la faible redevabilité dans le secteur.
- L'inefficience dans l'allocation des ressources.
- La maigre allocation et la mauvaise gestion des ressources humaines.

### *Accès médiocre et inégal à des services de santé de qualité*

**L'inégalité en matière de résultats de santé au niveau des groupes socioéconomiques à Madagascar peut être illustrée par les variations du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.** Ce taux de mortalité a considérablement diminué à Madagascar par rapport à d'autres pays dans la région, mais il varie considérablement d'un quintile de revenus à l'autre (cf. graphique 1). En d'autres termes, presque 50 enfants de plus (pour mille) sont susceptibles de mourir avant leur cinquième anniversaire s'ils sont nés dans un ménage pauvre par rapport à un ménage riche.

*Graphique 1: Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans: écarts entre et à l'intérieur des pays.*



Source: Données de l'EDS sur le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ; et des IDM pour le PIB par tête.

**Les résultats sanitaires médiocres et inégaux trouvent leur origine dans les disparités en termes de revenu des ménages et d'accessibilité physique aux services de santé.** Des enquêtes récentes<sup>294</sup> estiment que presque une personne sur quatre (23 %) ayant souffert d'une maladie n'a pas cherché à se faire soigner dans un centre de santé parce qu'elle ne pouvait pas payer les dépenses, sans grande variation entre le milieu urbain et rural. Malgré la gratuité des consultations dans les centres de santé publics, les malades doivent payer pour les médicaments prescrits et les fournitures médicales. Souvent, le manque d'accessibilité physique aux centres est cité par la population rurale comme une entrave. Une personne sur dix vivants en milieu rural n'a pas cherché à se faire soigner dans un centre de santé lorsqu'elle était malade à cause de l'éloignement du centre de santé, tandis que seulement 4 % ont avancé cette cause en milieu urbain (cf. graphique 2). La proximité d'un centre de santé s'avère cruciale pour les nombreuses communautés périodiquement isolées pendant la saison des pluies, laissant des populations entières – et pas seulement les pauvres – sans accès aux centres de santé. Même quand ces

<sup>294</sup> La principale raison tient au fait que la maladie n'est pas considérée comme grave. (Enquête auprès des ménages, 2005, INSTAT).

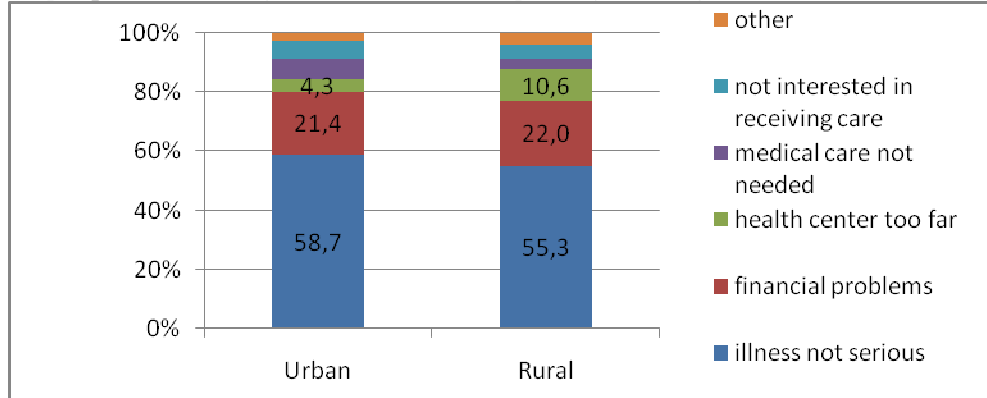
communautés sont dotées d'un centre de santé, elles souffrent malgré tout pendant la saison des pluies, car les transferts vers les hôpitaux sont impossibles, le réapprovisionnement en médicaments se fait plus lent et les visites de supervision sont pratiquement inexistantes.

**La qualité médiocre des services de santé, surtout pour les populations en milieu rural et isolées, reste difficile à quantifier sans études approfondies au niveau des centres de santé.**

Bien que plusieurs services et composantes du système souffrent d'une mauvaise qualité, quatre dimensions quantifiables de la qualité reflètent les problèmes du système de santé à Madagascar sont les suivantes:

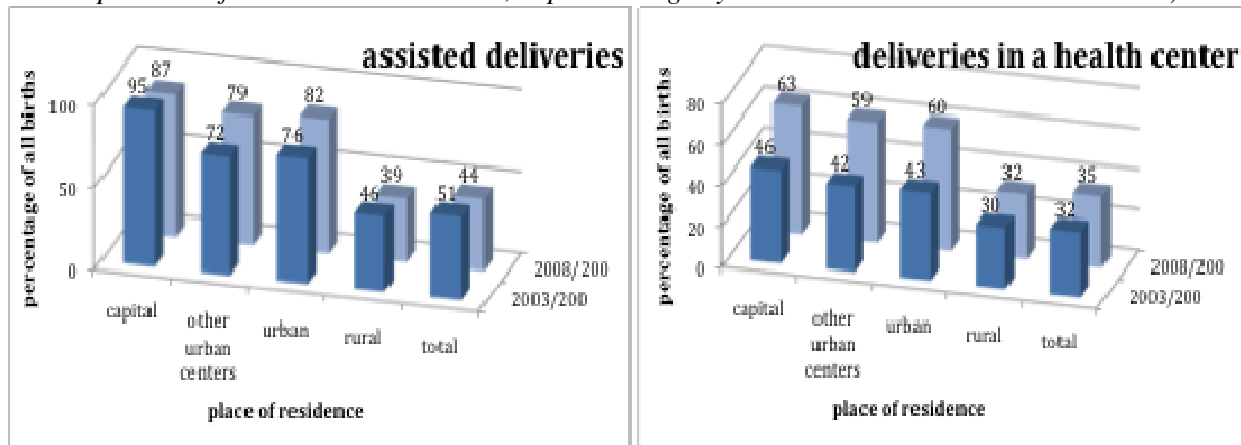
1. Les accouchements assistés, y compris les soins obstétricaux et néonataux urgents.
2. La qualité des soins anténatals.
3. La performance des prestataires de service dans la conformité aux procédures de diagnostic
4. La disponibilité, la gestion et le suivi des médicaments.

*Graphique 2: Raisons fondamentales de ne pas se faire soigner aux centres de santé.*



Source: Enquête auprès des ménages de 2005 par INSTAT.

*Graphique 3: Assistance à l'accouchement (pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une assistance par du personnel formé à l'accouchement, et pourcentage ayant accouché dans un centre de santé).*



Source: EDS 2003/04 et 2008/09

**Les inégalités sont visibles en ce qui concerne l'accès aux professionnels formés pour les accouchements** (cf. graphique 3). Les résultats liés à la santé apparaissent en corrélation étroite avec les grandes inégalités dans l'utilisation des services de santé par les ménages, et dépendent de la capacité à payer pour les services de santé et les coûts y afférents. Comme mentionné plus haut, la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié a considérablement diminué, de 7 points entre 2003 et 2008. Cette baisse a été plus marquée chez les femmes les plus pauvres (jusqu'à 8 %) que chez les plus riches (jusqu'à 4 %). Cette diminution est imputable à la dégradation de la couverture sociale en milieu rural et dans la capitale, même si plus de femmes ont accouché dans un centre de santé pendant la même période (35 % en général en 2008, dont 32 % parmi les habitants de milieu rural comparés à 60 % en milieu urbain). La qualité sous-standard des soins obstétricaux et néonataux urgents est illustrée par le taux élevé des décès directement liés à un cas obstétrical<sup>295</sup>. Ce taux (la proportion de femmes atteintes de complications obstétricales qui meurent dans les centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence) s'élève à 2,2 % à Madagascar, tandis que le taux recommandé est de moins de 1 %.

**La qualité des soins anténatals laisse à désirer à Madagascar** (cf. graphique 4). Les tests minimum recommandés par l'OMS pour les soins anténatals de routine comprennent:

- la mesure de la tension artérielle ;
- la vérification de l'urine pour bactériurie et protéinurie ;
- un prélèvement sanguin pour détecter la syphilis et l'anémie grave.
- Idéalement, la mesure routinière du poids et de la taille devrait également être entreprise pour évaluer le statut nutritionnel maternel. A Madagascar, ces tests sont administrés de manière non uniforme au niveau des femmes enceintes en consultation prénatale (CPN). Par exemple, un prélèvement sanguin n'est collecté que pour une femme sur trois lors d'une CPN. Environ une femme sur cinq ne se fait pas mesurer la tension artérielle, et plus de deux femmes sur trois ne font pas l'objet de collecte d'échantillon d'urine<sup>296</sup>. Ces tests incomplets mènent à une sous-estimation de la prévalence des maladies, telles que les taux de syphilis, déjà très élevés (4,4 %) parmi les femmes enceintes<sup>297</sup>. Le manque d'informations fournies aux femmes enceintes apparaît également préoccupant; plus d'une femme sur deux n'a pas été informée des signes de complication de grossesse. En outre, la répartition de ces services varie substantiellement avec l'endroit, la pauvreté et l'éducation, et les inégalités se produisent non seulement dans la prestation des interventions de prévention qui nécessitent l'accès aux laboratoires ou dépendent de la disponibilité des fournitures aux centres de santé (balance et mètre pour la mesure du poids et de la taille) mais existent aussi pour le partage d'informations de base, telles que les facteurs de risque et les signes de complications de grossesse.

---

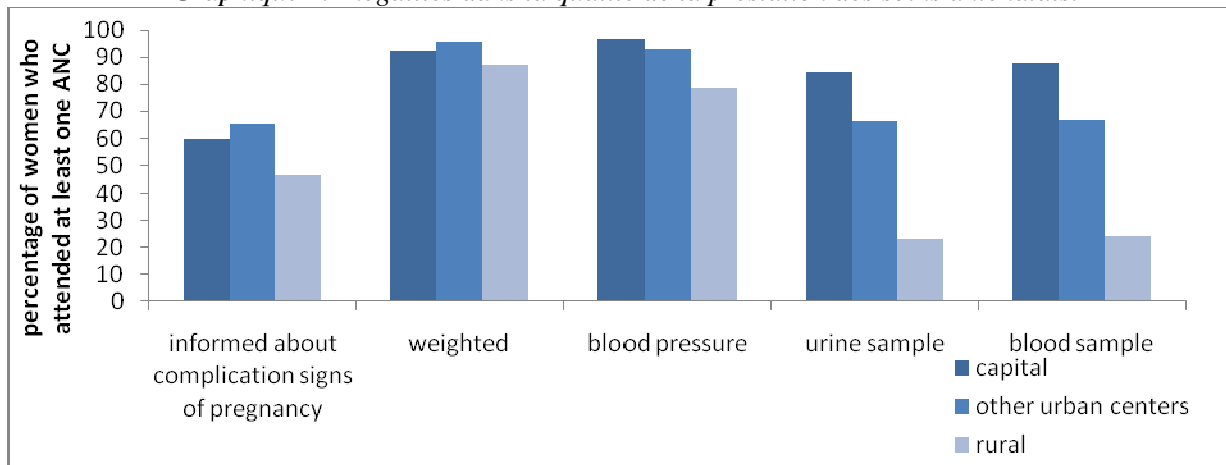
<sup>295</sup> Evaluation des besoins en termes de soins obstétricaux et néonataux urgents, 2009.

<sup>296</sup> EDS, 2008/09

<sup>297</sup> ESB, 2007



Graphique 4: Inégalités dans la qualité de la prestation des soins anténatals.



Source: EDS, 2008/09

**La conformité de la performance du prestataire aux procédures est inégale.** Un mauvais diagnostic est fréquent pour la diarrhée, la malnutrition, la toux, la fièvre, et les problèmes d'oreille dans les centres de santé tant publics que privés, comme cela a été évalué dans l'Enquête sur l'Équité et l'Efficiace en 2003. Dans plus de huit centres sur dix, tous les malades qui ont eu des problèmes liés à la toux, à la diarrhée et à la fièvre ont fait l'objet de diagnostic correct lors de la visite de supervision. Cependant, seuls six centres publics et privés non confessionnels sur dix ont correctement diagnostiqué pour tous les malades l'anémie ou la malnutrition sévère. En outre, la qualité des services fournis dans le secteur privé se montre préoccupante car il n'existe pas de politique nationale pour les engager efficacement dans la réalisation des objectifs de santé du Gouvernement. Bien que les cliniques privées doivent s'enregistrer, elles ne sont pas toujours gérées par un personnel de santé qualifié, et on constate une insuffisance de supervision de la part du Gouvernement pour évaluer si les services fournis sont conformes aux directives et protocoles nationaux.

**La disponibilité des médicaments pose un réel problème et les défaillances systématiques dans la gestion et le suivi, ainsi que les logistiques de distribution perturbent le système.** La mauvaise qualité de l'approvisionnement pharmaceutique a fait l'objet d'une évaluation dans l'Étude sur la Prestation de Service<sup>298</sup>, qui a révélé que tous les centres de santé ont rapporté des pénuries, notamment pour les médicaments anti-inflammatoires, la vitamine A, et les sels de réhydratation orale (plus de trois centres sur dix visités ne disposait pas de stock depuis le mois précédent). Bien que seuls quelques centres de santé aient vécu des ruptures de stock (mesurées par l'indisponibilité d'un médicament pendant plus de 30 jours consécutifs), la durée de la pénurie a atteint trois mois, ce qui paraît alarmant. L'étude a également confirmé que les problèmes d'approvisionnement n'étaient pas toujours uniquement liés à l'enclavement saisonnier des centres de santé par rapport aux pharmacies de district, mais plutôt aux défaillances systématiques dans la gestion des stocks et la logistique de distribution entre les

<sup>298</sup> Sharp, M., & Francken, N. (2009): *Service Delivery in the Education and Health Sectors*, World Bank, version préliminaire, Washington DC. Cette étude a collecté des données en 2006 et 2007 sur la disponibilité des médicaments tant au niveau périphérique (pharmacie des centres de santé), qui apprécie la disponibilité directe auprès des usagers, qu'au niveau du district (pharmacie de district), qui mesure la disponibilité dans le système de santé.

pharmacies de district et les centrales d'achat des médicaments (SALAMA). Les délais de commande, facturation, paiement et livraison sont très longs. En effet, il faut en moyenne un mois entre la commande effectuée par les districts et la réception réelle des fournitures médicales. Pour y remédier, le Ministère de la Santé a adopté en 2008 un plan pour un système intégré de chaîne d'approvisionnement et de logistique pour la fourniture et la distribution des produits essentiels de santé (PAIS). Cependant, sa mise en œuvre a été lente et son fonctionnement dépend, dans une large mesure, de la suffisance de l'approvisionnement de SALAMA et de la résolution des contraintes au réapprovisionnement régulier des stocks entre la pharmacie du district et les centres de santé. Dans le domaine de la sécurité des produits de santé reproductive, une stratégie nationale a été élaborée. Dans le cadre du mécanisme de recouvrement de coût au niveau du centre de santé, un petit pourcentage des fonds (issu de la vente des médicaments) est placé dans un fond d'équité conçu pour aider la population la plus vulnérable à accéder aux médicaments sans alourdir le budget de la santé. *Par conséquent*, sa solvabilité se trouve directement liée au taux d'utilisation des centres de santé par la population. Il existe de grandes variations dans la pérennité financière des fonds d'équité, même au sein d'un district, et la couverture générale demeure très faible.<sup>299</sup> Cependant, la pérennité financière ne représente pas le plus grand défi à l'efficacité des fonds d'équité; en effet, les fonds sont sous utilisés à cause de la difficulté à cibler les individus éligibles. L'Analyse de l'Impact Social de la Pauvreté de 2008 a révélé que l'un des principaux problèmes résidait dans la honte liée au fait d'être identifié comme pauvre. Une autre défaillance vient du fait que les nécessiteux sont généralement mal informés sur le système et la manière d'accéder aux fonds d'équité. Bien que 95 000 bénéficiaires potentiels aient été identifiés, seuls 14 % d'entre eux ont reçu un appui à travers ce mécanisme. Bien que les communautés soient responsables de l'identification de l'éligibilité aux fonds d'équité, il n'existe pas de mécanisme de redevabilité pour les communautés quant à l'utilisation des fonds. D'une manière générale, la gestion des fonds d'équité requiert une amélioration et, en particulier, le ciblage des bénéficiaires et la responsabilisation des gestionnaires de fonds. Dans ce contexte, le modèle des fonds d'équité a besoin d'être évalué en profondeur, pour définir la manière de modifier sa conception afin de mieux couvrir les plus vulnérables.

### *Gestion et redevabilité dans le secteur de la santé*

**La responsabilité implique l'obligation de fournir des informations relatives à la performance, aux résultats et à l'utilisation des ressources, et a trois dimensions : performance, politique/démocratique et financière<sup>300</sup>.** Dans le secteur de la santé, la redevabilité en matière de performance au niveau des prestataires de service reste très faible, et les évaluations portant sur la supervision et la performance ont besoin d'amélioration, notamment en termes de fiabilité des données de santé de routine. Jusqu'à récemment<sup>301</sup>, la

---

<sup>299</sup> Par exemple, une étude menée en 2007 montre qu'un district doté de 2,4 millions Ariary de fonds, étant donné les prix moyens qui prévalaient, n'appuierait que 2400 patients.

<sup>300</sup> Brinkerhoff D.W. et Keener S.C. (2003): *District-level service delivery in rural Madagascar*, Research Triangle Institute.

<sup>301</sup> Entre la fin 2006 et 2008, les fiches d'évaluation communautaires ont été pilotées avec succès dans 24 centres de santé primaires dans trois régions pour vérifier l'applicabilité de la méthodologie, adapter l'outil au contexte malgache, et vérifier les stratégies méthodologiques et de mise en œuvre ; l'objectif consistait à accroître les efficacités de coût en vue d'une mise à l'échelle, d'améliorer le suivi des résultats en incorporant le suivi des

redevabilité politique par rapport aux usagers du service de santé faisait défaut, tandis que la redevabilité financière souffrait d'une faible gouvernance dans le système de soins de santé publique, d'insuffisances dans la planification et la mise en œuvre budgétaire, et de l'inefficacité des structures de rapportage à tous les niveaux.

**La redevabilité liée à la performance implique celle des prestataires de services tout autant que celle des autorités de district par rapport aux objectifs fixés par les autorités ministérielles.** Ceci inclut l'adhésion des prestataires de service aux normes de service minimum fixées par le Ministère de la Santé, et l'obligation pour les autorités de district d'adopter des plans annuels de travail conçus conformément aux ressources humaines et financières disponibles. La redevabilité de performance impose, par conséquent, le suivi du secteur par le biais de la supervision, ainsi que de la planification et la gestion des ressources humaines. Les résultats de l'Enquête de Suivi des Dépenses Publiques de 2007 ont révélé que seuls trois quarts des centres de santé avaient été supervisés pendant l'année précédente.<sup>302</sup> De plus, on constate des variations dans le suivi des opérations et de la performance selon les différents types de centres de santé (le type I se trouve à la traîne par rapport au type II<sup>303</sup>) et entre les régions géographiques (dans la province d'Antananarivo, la moitié des centres avait fait l'objet de supervision, alors que dans certaines provinces, le taux de supervision s'élevait à peine à 10 %).

**La redevabilité politique (redevabilité vers le bas) se rapporte à la participation des communautés et des citoyens pour exiger la redevabilité du système sanitaire.** Un outil a été utilisé pour habiliter les utilisateurs des soins de santé et créer un lien direct de redevabilité entre ces derniers et les prestataires de service : la Fiche d'Evaluation Communautaire. Grâce à ces Fiches, les intervenants reconnaissent que les citoyens ont le droit de savoir ce qu'ils peuvent attendre des services de santé (normes, politiques) et que les prestataires de service ont l'obligation de répondre aux citoyens et de fournir des services conformes à ces normes. A Madagascar, jusqu'au récent pilotage des Fiches d'Evaluation Communautaires, il semble que le rôle des usagers des services de santé dans la redevabilité de performance (i.e. citoyens/communautés pour faire le suivi de la performance des prestataires de service de santé) avait été presque totalement négligé. Une étude au niveau du district entreprise en 2003<sup>304</sup> a révélé que l'implication de la communauté dans les prestations de services de soins de santé se limitait à ces trois types d'actions : les contributions communautaires en matière de main d'œuvre pour la construction des centres de santé; le financement, à travers les autorités locales, du personnel, du logement et de l'équipement du centre de santé; enfin, la fourniture de ressources humaines ou de volontaires pour aider lors des campagnes de vaccination. L'étude ne mentionne aucun rôle des communautés dans la participation à des évaluations cruciales de la qualité de service. En général, les prestataires (autorités de district, personnel de centre de santé) ne perçoivent pas les consommateurs (patients et communautés) comme des clients et n'intègrent

---

indicateurs d'objectifs, et de perfectionner l'efficacité de l'outil. Cependant, l'initiative n'a pas encore été mise à l'échelle.

<sup>302</sup> L'enquête a évalué cette question au cours d'une période de six mois alors qu'en principe, il est requis que les visites de supervision aient lieu trimestriellement.

<sup>303</sup> Les centres de santé de base peuvent être classés en deux types: CSB I et CSB II; les CSB II sont gérés par un médecin et un personnel paramédical, alors que les CSB I sont gérés par un personnel paramédical et des assistants.

<sup>304</sup> Brinkerhoff, D. W., & Keener, S. C. (2003). *District-level Service Delivery in Rural Madagascar: Accountability in Health and Education*, Research Triangle Institute.

pas leur point de vue sur la qualité des prestations de service ; par conséquent, le lien de redevabilité n'existe pas.

**Redevabilité financière.** Le suivi de la précision des rapports s'avère d'une importance cruciale pour améliorer la redevabilité et réduire les fuites dans le système. Dans la plupart des cas, les autorités de district manquent de capacité ou de temps pour vérifier les rapports émanant des centres de santé, et de nombreuses formations sanitaires demeurent difficiles à atteindre régulièrement à cause de la mauvaise infrastructure routière.<sup>305</sup> De plus, bien que des données soient en cours de collecte auprès des prestataires de service de santé et utilisées pour la budgétisation, basée sur la performance au niveau du district (sur la base des principes du budget programmatique), il n'est pas clair si ces informations sont utilisées efficacement pour modifier les budgets et les plans prévisionnels, et si les cibles sont évaluées correctement. En fait, les centres de santé ne sont guère incités à produire des rapports exacts sur ces questions, étant donné la supervision limitée de la part des autorités de district et l'inefficacité dans l'utilisation des informations financières.

### *Financement du secteur de la santé*

**La croissance économique et une attention renouvelée aux secteurs sociaux ont mené à un accroissement considérable des ressources allouées au secteur de la santé entre 2003 et 2008**<sup>306</sup>. Au cours des cinq dernières années, les allocations budgétaires à l'intention du Ministère de la Santé ont augmenté en termes réels et en tant que part du budget, même si Madagascar continue à dépenser moins pour la santé que d'autres pays d'Afrique subsaharienne.<sup>307</sup> Malgré ces augmentations, le budget 2009 du Ministère ne s'élevait pas encore à la hauteur des besoins de financement identifiés dans le PDSSPS. Le budget 2009 de la Santé avait de plus ignoré le financement de certaines activités de base et de réformes-clés, parmi lesquelles la participation de la communauté, les allocations financières et les allocations sur performance aux niveaux décentralisés, et un ensemble subventionné de services de santé à impact élevé. Ainsi, dans ce contexte de contrainte budgétaire, il apparaît d'autant plus urgent de maximiser l'efficacité des ressources existantes en ciblant les domaines prioritaires tels que la santé de la mère et de l'enfant, tout en améliorant la capacité d'absorption du secteur.

**Efficacité en matière d'allocation des ressources.** Le Ministère de la Santé a fait certains efforts pour consacrer plus de ressources aux domaines prioritaires, afin de réaliser les OMD. Cependant, les allocations au programme d'investissement n'ont pas incorporé les besoins en matière de coûts récurrents, et les preuves sur le terrain montrent que les services de base restent gravement sous financés ; par exemple, selon le rapport préliminaire des Comptes Nationaux de Santé (CNS) de 2007, seulement 7,7 % du budget du Ministère de la Santé a été alloué aux services de santé maternelle et infantile et 0,14 % aux services de planification familiale, contre

---

<sup>305</sup> Ibid, 2003.

<sup>306</sup> Les allocations budgétaires ont augmenté de 99,4 milliards d'ariary en 2004 (5,9 % du budget national) à 329,5 milliards en 2009 (9,1 % du budget national).

<sup>307</sup> D'après le NHA 2003, le total des dépenses de santé par tête pour Madagascar a représenté environ 11,90 US\$ en contraste avec une moyenne, pour l'Afrique subsaharienne, de 12,90 US\$.<sup>307</sup> Madagascar non seulement dépense moins pour la santé que les autres pays subsahariens, mais également beaucoup moins que la norme recommandée par l'OMS (34 à 40 US\$ par tête) pour assurer les services essentiels de santé (source : Commission de la Santé et de la Science Macro-économique, OMS, 2002).

16,7 % pour la prévention des maladies transmissibles. Le défi majeur du Ministère de la Santé consiste à canaliser les ressources disponibles vers les interventions prioritaires de moindre coût et à impact élevé, qui profitent aux plus vulnérables, surtout les mères et les enfants.<sup>308</sup> De plus, même si la répartition des ressources correspond de manière générale aux priorités du pays, la réalité souligne qu'une part des dépenses néglige, dans une large mesure, les pauvres<sup>309</sup>. Selon le CNS 2007, les riches utilisent les services de santé quatre fois plus que les pauvres : 40,9 % des dépenses totales du secteur ont été utilisées par le quintile le plus riche, tandis que 10,1 % l'ont été par le quintile le plus pauvre, situation qui réclame également une solution urgente. Une comparaison de la répartition du budget de la santé au niveau régional entre 2007 et 2008 montre que malgré les efforts entrepris pour déconcentrer et améliorer le financement des administrations régionales, le budget reste, en grande partie, dans les mains de l'administration centrale, avec peu de ressources transférées directement aux prestataires de première ligne. Mis à part les salaires, seulement 38 % du total du budget de fonctionnement a été alloué au niveau régional. Au niveau des districts, l'absence de critères clairs pour une répartition équitable des ressources donne une place trop grande à la discrétion de l'inspecteur médical du district. Par le passé, les autorités sanitaires de district ont transféré peu ou pas de ressources aux centres de santé. Comme réaction à ces lacunes, la Loi budgétaire de 2008 avait établi une ligne budgétaire séparée pour les centres de santé ; mais sans instructions supplémentaires, les centres disposent d'une capacité limitée pour utiliser de manière efficiente les ressources supplémentaires, ce qui a eu pour résultat un faible taux d'exécution de leur budget d'investissement.

#### *Allocation et organisation des ressources humaines*

**Les allocations en ressources humaines privilégient largement le milieu urbain.** Le ratio actuel de 1,05 travailleur de santé (médecins et personnel paramédical combinés) pour 1000 habitants montre l'accès réduit de la population, surtout en milieu rural, aux services de santé de base. Un pourcentage significatif des centres de santé fonctionne en deçà des directives et protocoles techniques du Ministère de la Santé, et ne peuvent fournir qu'un minimum de services<sup>310</sup>. L'allocation géographique inégale des ressources humaines ne répond pas aux besoins des zones rurales : une proportion écrasante de médecins (72 %) opère dans les centres urbains et couvre de manière disproportionnée une petite proportion de la population (21 %). Le ratio personnel sanitaire/patient en 2005<sup>311</sup> se montrait pire dans le secteur public que dans le secteur privé, sauf dans les grands centres urbains. En général, dans les centres de santé publics en milieu rural, un professionnel de santé<sup>312</sup> assiste environ 301 patients mensuellement, alors que dans le secteur privé, on ne trouve qu'un professionnel de santé pour 231 patients dans les centres de santé confessionnels, et un pour 170 dans les centres de santé non confessionnels. Des

---

<sup>308</sup> Dans le monde, les pressions politiques, la corruption et d'autres facteurs génèrent parfois une tendance à utiliser les ressources de santé dans des domaines où la nécessité de les utiliser n'apparaît pas la plus élevée, par exemple des subventions aux hôpitaux et aux centres de santé en milieu urbain, ou pour des matériels sophistiqués ou des instituts médicaux spécialisés.

<sup>309</sup> Par exemple, environ 0,5 % du budget de santé de 2006 a été utilisé pour la construction d'un complexe médical sophistiqué dans la capitale, dont la nécessité se trouve actuellement remise en question, et qui n'est toujours pas fonctionnel.

<sup>310</sup> Tels que des soins complets anténatals et postnatals, une assistance pour des accouchements sans risque, la vaccination pour les femmes et les enfants, la prévention et le traitement des maladies, et les activités d'information, d'éducation et de communication

<sup>311</sup> Enquête de 2005 sur l'Équité et l'Efficiencia.

<sup>312</sup> Professionnels de santé qualifiés, dont les accoucheuses.

taux similaires sont observés dans les centres de santé en milieu urbain secondaire. Cependant, les centres de santé publics en milieu urbain sont mieux pourvus en personnel, et un prestataire de service de santé s’y occupe de 214 patients par mois en moyenne, alors que dans les centres de santé privés, la moyenne est de 300 patients par prestataire. En outre, la pérennité du système des ressources humaines dépend de la composition d’âge du personnel. A Madagascar, presque 50 % du personnel du secteur de santé public est âgé de 50 ans ou plus, et prendra sa retraite dans les dix années à venir. La politique actuelle sur les ressources humaines du secteur santé n’aborde pas cette future contrainte.

**Au cours des quatre dernières années, le Département des Ressources Humaines du Ministère de la Santé a œuvré pour élaborer un système d’informations.** Celui-ci est mis à jour de façon régulière afin d’assurer la cohérence et la continuité des dossiers des prestataires de services de santé publics et de faire le suivi de leur déploiement à travers le pays. Néanmoins, il n’existe pas de système d’informations sur les ressources humaines qui permette de suivre l’ensemble de compétences des prestataires de services. En outre, la productivité relativement faible du personnel médical dans le secteur public pose un problème majeur. En plus du manque de responsabilisation et de l’absentéisme (pointés dans l’Enquête de 2007 sur l’Absentéisme dans l’Etude des Prestations de Service), la faible productivité du personnel médical provient également des faibles niveaux de rémunération, qui nuisent à la motivation. De plus, la centralisation excessive de la gestion des ressources humaines en matière de santé empêche les districts de faire face aux questions de performance et de salaire, car celles-ci dépassent leur responsabilité. Au niveau du prestataire de service, seule une petite majorité des centres de santé utilise des outils de contrôle des absences des travailleurs sur le terrain, et les gestionnaires des centres de santé disposent de moyens limités pour sanctionner les travailleurs absents, ou pour fournir des moyens d’incitation à ceux qui manquent de motivation. L’inefficacité de l’allocation, de l’organisation et de la planification des ressources humaines a un impact sur la prestation de services de santé de qualité auprès de la population rurale, et contribue à accentuer les écarts en matière de résultats de santé entre les milieux rural et urbain. \

### **3. Recommandations pour l’avenir**

**En dépit de progrès significatifs au cours de ces dernières années, notamment en termes de mortalité infantile, des efforts concentrés doivent être faits pour prioriser les interventions en matière de santé maternelle.** De plus, la crise politique a eu un impact négatif sur le secteur santé et les gains dans le secteur ont été fragilisés par des coupes significatives dans les programmes et les initiatives en 2009 et 2010. Dans ces circonstances, il devient encore plus important et urgent de mieux prioriser les actions et les réformes-clés. Les recommandations ici formulées ont le double objectif de promouvoir la prestation de services de santé pour les groupes de population les plus exposés dans le court terme, et de chercher à résoudre les questions systématiques et les goulots d’étranglement persistants qui empêchent la prestation régulière et efficace des services de santé dans le pays. D’emblée, il convient de souligner que les mécanismes de suivi ont besoin d’être renforcés, y compris l’analyse approfondie de l’impact de la crise sur le secteur. Un mécanisme trimestriel devrait guider le dialogue politique sur le progrès atteint et évaluer l’origine des résultats sanitaires-clés.

**La priorité à court terme du Gouvernement dans le secteur de la santé devrait consister à :**

- promouvoir, de manière agressive, des interventions critiques en matière de santé de la mère et de l'enfant et renforcer les programmes de nutrition qui ciblent les groupes les plus vulnérables et leur accès à une nutrition adéquate;
- continuer la mise en œuvre des activités de la Politique Nationale de la Santé Communautaire ;
- renforcer l'efficacité des dépenses budgétaires ;
- maintenir et étendre les initiatives ayant pour objet d'améliorer la gestion des ressources humaines dans le secteur.

Ces priorités atteignent des coûts maîtrisables, tout en ayant un impact élevé sur les résultats de santé ; ils devraient aider Madagascar à atteindre la plupart de ses OMD liés à la santé.

**La première priorité du Ministère de la Santé devrait être de focaliser ses efforts sur les actions qui ont et auront un impact élevé sur la santé de la mère et de l'enfant, telles que :**

- l'accès aux services de soins de santé maternelle ;
- les interventions de planification familiale ;
- les programmes de nutrition communautaires ciblant les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes.

***Améliorer l'accès aux services de soins maternels.*** La forte baisse des accouchements assistés qui semble transparaître de l'EDS 2008/09 met en exergue le besoin d'établir la santé maternelle comme priorité immédiate et de concentrer les programmes de santé sur ce besoin dans les prochaines années. Assurer la bonne santé de la mère apparaît fondamental parce que toute complication de la santé de la mère a un effet négatif sur la santé de l'enfant<sup>313</sup>. Par conséquent, une bonne qualité de soins prénataux et *post-partum* s'avère nécessaire : contrôler le gain de poids, fournir des soins préventifs<sup>314</sup> pendant la grossesse pour la période recommandée de 90 jours, et assurer le suivi après l'accouchement, y compris les suppléments de vitamine A. En parallèle, des interventions-clés pour obtenir changements de comportement doivent être encouragées (comme dans le programme de nutrition communautaire décrite dans l'encadré 1) pour améliorer les connaissances et les attitudes, diffuser les messages-clés sur la santé tels que les conséquences néfastes de l'alcool lors de la grossesse, et promouvoir les pratiques nutritionnelles essentielles. L'introduction des kits d'accouchement sans risque (tant pour l'accouchement normal que pour l'accouchement par césarienne) en 2008 s'est inscrite dans la politique de gratuité des accouchements dans les centres de santé et les hôpitaux. La livraison de ces kits se trouve à présent remise en question parce que le financement des bailleurs de fonds a été réduit suite à la crise, alors que les fournitures sont maintenant épuisées dans de nombreux

---

<sup>313</sup> "Maternal, Infant and Young Child Nutrition (MIYCN): Maximizing impacts on child growth and micronutrient status by focusing on maternal nutrition, delivery practices and improved infant and young child feeding", *Food and Nutrition Bulletin*, volume 30, number 2 (supplement), June 2009.

<sup>314</sup> Dépistage de l'anémie, du paludisme, des helminthes, du tétanos, des IST, apport nutritionnels (acide folique, fer, etc.).

centres de santé et hôpitaux. Avec l'appui du FNUAP, des fonds ont pu être mobilisés pour réintroduire les kits d'accouchements par césarienne gratuits, mais des ressources supplémentaires se doivent d'être mobilisées pour éviter toute autre interruption de cette activité cruciale.

**Une meilleure santé maternelle passe aussi par la nécessité pour tous les centres de santé de base de disposer du matériel et des fournitures nécessaires pour assurer les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB).** Pour la mère, cela comprend des injections d'antibiotiques ou d'ocytocine pour empêcher l'hémorragie *post-partum*, des médicaments anticonvulsifs, l'enlèvement manuel du placenta, et l'extracteur de vacuum ou du forceps pour l'accouchement vaginal assisté. Pour le nouveau-né, les SONUB complets comportent les soins intensifs de pré-référence (chauffage, dégagement du passage nasal, massage cardiaque, ventilation), et les soins pour les nouveau-nés en sous poids, ou affectés de problèmes respiratoires, d'infections, ou d'anémie. Les hôpitaux de référence devraient disposer des infrastructures nécessaires pour fournir des services complets obstétricaux et néonataux d'urgence<sup>315</sup>, qui comprennent la transfusion sanguine, la laparotomie et la césarienne pour la mère, la ventilation mécanique, les transfusions et services sanguins pour les malformations congénitales chez le nouveau-né.

**La disponibilité des produits essentiels de santé (anti-inflammatoires, antibiotiques, sels de réhydratation orale et autres médicaments de base) demanderait à être améliorée aux niveaux régional, de district et communautaire.** Avec cet objectif à l'esprit, le PAIS, introduit en 2008, a cherché à intégrer 90 % des fournitures des programmes verticaux dans un système unifié de distribution mis en œuvre par SALAMA. La mise en œuvre réussie de ce programme présuppose de renforcer le système d'approvisionnement/distribution de SALAMA et d'éliminer les goulots d'étranglement existants (faibles gestion et suivi du stock pharmaceutique et de la logistique de distribution depuis la centrale d'achat jusqu'aux centres de santé). Toutefois, en plus de la nécessité de stocker l'équipement et les fournitures dans les centres de santé, il apparaît également capital que les prestataires soient formés dans la gestion des complications obstétricales urgentes. Des audits des décès maternels s'imposent pour identifier la cause du décès et doivent être institutionnalisés afin d'améliorer la qualité des SONU dans les formations sanitaires de Madagascar, comme cela a été réalisé en Afrique du Sud. Enfin, le Ministère de la Santé devrait, d'une part, mener des études pour combler le déficit d'information et mieux comprendre les causes de la mortalité maternelle, et, d'autre part, renforcer la feuille de route pour réduire la mortalité maternelle et néonatale à l'aide d'options pertinentes.

**Cibler les interventions de planification familiale et les services de santé de reproduction à destination des filles adolescentes, et assurer une large disponibilité des méthodes contraceptives de long terme.** Non seulement les adolescents commencent leur vie sexuelle très tôt, mais la prévalence de comportements sexuels à risque est aussi très élevée chez eux, et la grossesse chez les adolescentes constitue un problème croissant. Une des meilleures façons d'améliorer le poids de naissance et de réduire les retards de croissance, étant donné le lien entre les grossesses chez les adolescentes et les retards de croissance chez les enfants de moins de cinq

---

<sup>315</sup> Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets, ou SONUC.



ans, consiste à retarder l'âge de la première grossesse au moins jusqu'à l'âge de 18 ans<sup>316</sup>. Le système de santé publique doit donc réagir par des stratégies et des activités d'information et de prévention qui ciblent la santé de reproduction des jeunes filles, et fournir des services de santé en priorité aux jeunes. Les services publics peuvent utilement accompagner les interventions existantes dans le secteur privé, telles que celles élaborées par le réseau privé Top Réseau, qui a mis en place des centres de conseils, des services de prévention et de traitement des IST exclusivement pour les adolescents dans les centres urbains. En outre, le puissant réseau des églises et des groupes confessionnels peut aussi être mis à contribution pour mobiliser les jeunes membres de la communauté, en organisant par exemple des échanges sur les problèmes liés à la santé, dans l'optique de diffuser les informations-clés. De plus, des efforts concentrés devraient être menés pour étendre ces initiatives préventives jusqu'au milieu rural, où les jeunes filles sont particulièrement exposées.

**En parallèle, il semble nécessaire de promouvoir la planification familiale, qui peut jouer un rôle central en ralentissant la forte croissance démographique projetée.** Selon les tendances actuelles, la population de Madagascar pourrait atteindre 42,3 millions d'habitants d'ici 2050. Les interventions pour maîtriser cette croissance démographique doivent favoriser des programmes de planification familiale accessibles à tous dans l'immédiat, puisque tout retard dans ces programmes aura des conséquences à long terme. La planification familiale doit rester gratuite (comme depuis 2008) pour améliorer le taux de prévalence de la contraception moderne (encore faible), et les femmes ont besoin d'avoir accès à plusieurs options de planification familiale sur le long terme. Actuellement, un tiers des femmes mariées désirent retarder une autre grossesse, et 41 % ne veulent plus avoir d'enfant; cependant, seules 29 % d'entre elles utilisent une méthode moderne de contraception. L'introduction et l'extension de la prestation communautaire du contraceptif injectable Depo Provera a attiré beaucoup de nouvelles utilisatrices. Depuis 2006, l'introduction d'Implanon (méthode contraceptive de longue durée pendant trois ans) a été encouragée avec l'assistance des partenaires au développement, et d'autres méthodes à long terme et permanentes (telles que les dispositifs intra-utérins) commencent à se trouver disponibles à travers des ONG et le secteur privé. De tels efforts doivent être mis à l'échelle dans l'avenir proche pour répondre au besoin non satisfait.

**Protéger et renforcer les interventions de nutrition éprouvées au niveau communautaire et renforcer d'autres interventions complémentaires.** La période de la naissance jusqu'au deuxième anniversaire représente une fenêtre d'opportunité critique pour améliorer la croissance et le développement de l'enfant ; après l'âge de deux ans, la sous-nutrition aura causé des dommages irréversibles. Il apparaît donc de première importance d'investir dans cette période. A Madagascar, où sévit la malnutrition (les retards de développement touchent presque la moitié des enfants de moins de cinq ans), l'approche de nutrition communautaire s'est avérée efficace en réduisant la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants mal nourris (cf. encadré 1). La revue *The Lancet*, consacrée à la sous nutrition en 2008<sup>317</sup>, confirme que la communication pour le changement comportemental et l'alimentation complémentaire améliorée, se révèle une stratégie éprouvée et apte à améliorer la situation de sous-nutrition des

---

<sup>316</sup> Shrimpton R. et Masson J.: "Maternal Nutrition and intergenerational cycle of growth failure", chapter of the SCN 6th Report on the World Nutrition Situation.

<sup>317</sup> Bhutta Z.A., Ahmed T., Black RE, Cousens S., Dewey K., Giugliani E., Hiader B.A., Kirkwood B., Morris S.S., Sachdev H.P.S., Shekar M., for the Maternal and Child Undernutrition Study Group (2008): "What works? Intervention for maternal and child undernutrition and survival", *Lancet*, 371: 417-40.

nourrissons et des enfants dans les régions le plus sujettes à l'insécurité alimentaire à Madagascar.

**Encadré 1: Interventions de nutrition communautaires du Programme National de Nutrition Communautaire.**

Il existe plusieurs approches communautaires appuyées par divers partenaires techniques à Madagascar. Aujourd'hui, environ 32% des enfants de moins de cinq ans sont inscrits dans le programme du gouvernement financé par la Banque mondiale, qui inclut des activités régulières de suivi et de promotion de croissance comme point de départ pour sensibiliser les mères sur l'importance de la malnutrition. L'agent communautaire de nutrition (ACN) a la responsabilité de livrer des messages-clés sur la nutrition: l'importance de l'allaitement maternel exclusif (au moins jusqu'à six mois d'âge), le moment d'introduction et la composition des compléments alimentaires destinés au nourrisson, les pratiques appropriées d'alimentation et de soins de l'enfant lors de maladies, l'utilisation des services de santé primaires et l'administration de suppléments de micronutriments pour la mère. De plus, lors du pesage des enfants, le programme donne des conseils individuels aux mères concernant le statut nutritionnel de leur enfant, et offre des visites à domicile auprès des mères d'enfants en difficulté, notamment pondérale. Des démonstrations culinaires sont réalisées pour promouvoir des pratiques de sevrage appropriées, et pour encourager les mères à préparer des recettes qui s'appuient sur les produits localement disponibles et ainsi recourir à une alimentation diversifiée. Des séances mensuelles particulières se tiennent également pour les femmes enceintes, mettant l'accent sur l'importance des visites aux centres de santé pour les soins anténatals, sur l'amélioration des pratiques de préparation et de consommation des aliments divers lors de la grossesse et sur l'importance de la supplémentation en micronutriments (par exemple acide folique/fer et Vitamine A post-partum).

**Davantage d'efforts sont requis pour relever le niveau de la qualité et la couverture des interventions, et ainsi réduire significativement la prévalence de l'insuffisance pondérale au niveau national.** L'objectif à moyen terme consiste à inscrire au moins 80 % des enfants de moins de cinq ans dans des activités de suivi de croissance, cela par l'augmentation du nombre de sites nutritionnels communautaires. Pour réaliser cet objectif relativement ambitieux, une stratégie de communication intégrée et proactive s'impose. Bien que l'amélioration de l'approvisionnement et de l'accessibilité des services de santé pour les pauvres paraisse nécessaire, cet effort doit s'accompagner d'une action concertée du côté de la demande. Les enquêtes montrent que les populations les plus vulnérables (surtout les mères avec un faible niveau d'éducation) sont aussi les plus mal informées au sujet des maladies fréquentes, de leurs symptômes, de leur prévention et des traitements disponibles. Elles ont aussi tendance à utiliser les prestataires traditionnels et informels plutôt que les services de santé publics. Ainsi, les agents de santé et de nutrition communautaires ont un rôle critique à jouer dans la communication de messages éducatifs de santé à l'intention de la population. Dans cet esprit, les travailleurs de la santé communautaires devraient être intégrés dans les centres de santé pour créer des liens entre les prestataires traditionnels et le personnel de santé. Enfin, le système de référence demande à être renforcé pour assurer que les enfants mal nourris puissent accéder aux services de santé communautaires, censées aptes à traiter les cas de malnutrition aiguë et grave, et créer ainsi un continuum plus important de soins.

**Le Gouvernement devrait mettre l'accent sur la mise en œuvre des activités de la Politique Nationale de la Santé Communautaire.** Cette politique, adoptée en 2009, cherche à mieux impliquer les communautés dans la prestation de service de santé et à harmoniser toutes les

interventions liées à la santé au niveau communautaire, y compris la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance et le marketing social de divers produits de santé et de la planification familiale. L'approche communautaire peut aussi répondre au manque de ressources humaines et au besoin d'atteindre les populations vulnérables dans des zones rurales éloignées. Des initiatives telles que le projet « Commune Championne » ou « Kaominina Mendrika » d'USAID ont produit de bons résultats en réduisant l'incidence de diarrhée et de paludisme, en augmentant le taux de vaccination infantile et le nombre de visites de soins anténatals, et en contribuant à la promotion des activités de la planification familiale. Des stratégies novatrices, telles que la formation des agents communautaires de santé à la distribution de contraceptifs injectables, ou le pilotage de certaines interventions obstétricales ou néonatales spécifiques et urgentes au niveau communautaire, devraient être encouragés et mis à l'échelle.

**Le Gouvernement gagnerait également à chercher à augmenter l'efficacité des dépenses publiques.** A la lumière de sa contrainte budgétaire sévère, le Gouvernement doit accorder plus d'attention aux récents efforts produits pour améliorer l'exécution budgétaire, et renforcer les audits, ainsi que les contrôles fiduciaires internes. En même temps, il apparaît crucial qu'une part plus importante du Budget soit allouée aux priorités du secteur (telles que la santé maternelle) et aux dépenses de fonctionnement hors salaire pour assurer une meilleure maintenance des infrastructures et la qualité et la continuité des prestations de service prioritaires (dont la fourniture de combustible pour la chaîne du froid, les ressources pour la supervision et le suivi).

**Les récentes initiatives pour améliorer la gestion des ressources humaines devraient être étendues et mises à l'échelle.** Le rapport sur les options et approches à l'élaboration d'un Plan de Développement des Ressources Humaines a compris des mesures visant à assurer la fonctionnalité des formations sanitaires en milieu rural éloigné et à intégrer la formation continue et les promotions dans un plan de carrière pour tout le personnel de santé. Ainsi, un ensemble de moyens d'incitation, pour redéployer les médecins dans les centres de santé en milieu rural éloigné, a été piloté avec succès mais nécessiterait d'être étendu vers d'autres régions à résultats de santé médiocres. Afin de soutenir le redéploiement des médecins, une politique nationale devrait être développée pour rendre obligatoire, pour tous les nouveaux diplômés en médecine, une affectation de deux ans minimum dans le secteur public (de préférence dans les zones rurales) avant de commencer la formation post universitaire ou toute autre activité du secteur public. La préparation du Plan National de Développement des Ressources Humaines, y compris les plans de carrière, financée par l'AFD dans le cadre du financement intermédiaire pour le Programme Conjoint d'Appui au Secteur de la Santé, devrait être achevée d'ici fin 2011.

#### *Recommandations pour traiter les faiblesses systématiques*

En plus des priorités de court terme, les recommandations suivantes visent à réduire les goulots d'étranglement persistants dans le système de prestation de services de santé, notamment en privilégiant la participation des prestataires privés et des communautés locales.

**Contracter avec des prestataires privés et la société civile pour fournir des services de santé de base aux communautés rurales éloignées.** De nombreuses communautés à Madagascar se trouvent à une distance de plus de 5 km d'un centre de santé public ou privé. Bien que le Gouvernement soit responsable de la prestation de services de santé publique, la sous-traitance de certains de ces services à des prestataires privés (par exemple à des médecins généralistes)

peut se montrer plus efficiente et efficace que la prestation des services publics dans certaines zones. Les services privés, d'une part coûteraient moins cher que ceux associés à une éventuelle extension du réseau public de santé à toutes les communautés, et d'autre part ils réduiraient les problèmes qui perturbent le système public, tels que l'iniquité dans la distribution des services de santé de qualité ou la médiocrité de la performance du personnel. Un tel modèle de sous-traitance est illustré par l'exemple de l'organisation Santé Sud (cf. encadré 2), qui démontre que la participation du secteur privé requiert une masse importante de clients, de manière à assurer la rentabilité.

#### **Encadré 2: Programme Santé Sud.**

Pour étendre la couverture médicale jusqu'au milieu rural, l'ONG française Santé Sud a élaboré une approche novatrice qui repose sur la mise à disposition de médecins généralistes dans les communautés éloignées, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé, l'Ordre National des Médecins et l'Association des Médecins en Milieu rural. Le programme supporte les coûts d'installation des jeunes médecins généralistes dans les communautés qui ne disposent pas encore de centres de santé publics ou privés et dont la population dépasse 7 000 à 8 000 habitants dans un rayon de 15 km. Après l'installation initiale, les médecins sont supervisés par le programme Santé Sud, et reçoivent une formation adaptée à leurs besoins. Depuis 2003, 42 médecins ont participé au programme. Ces médecins communautaires offrent un ensemble de services qui incluent, à la fois, les services curatifs, tels que les consultations et les accouchements, et les services préventifs, tels que les consultations de soins anténatals, les consultations postnatales, les vaccinations et la planification familiale.

Cette approche a démontré que, avec des apports de base, l'infrastructure nécessaire et la formation et supervision continue, les médecins généralistes sont disposés à travailler dans des conditions difficiles dans les zones rurales éloignées, si elles se présentent économiquement viables. Cependant, pour qu'une telle initiative puisse marcher dans des communautés privées d'accès physique à un centre de santé et qui disposent de moyens financiers pour couvrir les frais d'usage, ce modèle ne peut pas être viable dans les zones les plus enclavées où une telle initiative ne générerait pas suffisamment de recettes pour être financièrement viable. Il est probable que de nombreuses populations vivant en milieu rural éloigné ne pourraient pas assumer les honoraires de consultation des médecins communautaires. Actuellement, les honoraires des médecins de Santé Sud varient entre 500 ariary pour les vaccinations et 40 000 ariary pour une mini-hospitalisation de deux à trois jours. Les honoraires afférents à l'accouchement varient entre 8 000 et 24 000 ariary.

**La contractualisation à base de performance de la société civile (et du secteur privé) pour un ensemble de services de santé de base prédéfinis, avec un ensemble d'indicateurs mesurables de succès, peut améliorer la qualité des services** auxquels accède la population éloignée<sup>318</sup>. Une politique public-privé pour la contractualisation du secteur privé et de la société civile pour la prestation de services de santé de base dans les zones éloignées devrait être mise en œuvre sur la base de l'expérience internationale et locale. Le partenaire du secteur privé doit être redevable pour la réalisation des résultats concrets, tandis que le Ministère de la Santé doit fournir les ressources financières de manière adéquate et opportune. Les deux partenaires se concentreraient sur les produits et les résultats opérationnels, plutôt que sur les intrants et les processus. Le Ministère de la Santé pourrait procéder à la sélection des services à fournir avec des résultats spécifiques, et le partenaire privé se verrait accordé une certaine flexibilité sur la

<sup>318</sup> Pour des détails sur les contrats de performance, voir Loevinsohn, B. (2008) : *Contracting for Health Services in Developing Countries*, World Bank, Washington.

manière de mettre en œuvre ces services. Cette approche permettrait au Gouvernement de mettre l'accent sur le renforcement de son rôle de planification, d'établissement de normes et de régulation du secteur. La complémentarité des rôles des secteurs public et privé s'avère cruciale pour la réussite d'une telle approche.

**Introduire des incitations basées sur la performance aux prestataires de services de santé et aux gestionnaires pour une qualité améliorée des soins.** Afin d'améliorer la prestation des services dans les centres de santé publics existants, des contrats de performance basés sur des preuves tangibles peuvent être signés entre les prestataires publics (tels que les centres de santé) et leurs gestionnaires (tels que les autorités sanitaires de district). En vertu de ces contrats, les prestataires peuvent recevoir des primes de rémunération pour un ensemble défini de services<sup>319</sup>. Cela permettra non seulement de renforcer la prestation des services, mais d'améliorer la redevabilité des prestataires de services à la fois envers leurs dirigeants et envers la population qu'ils desservent.

**Expérimenter de nouveaux mécanismes pour répondre à la faiblesse de l'accès et de l'utilisation des services de santé maternelle.** Les améliorations dans la santé maternelle se montrent en retard et Madagascar n'atteindra certainement pas l'OMD 5 sans l'introduction de mécanismes novateurs. Certains ont déjà été lancés, tels que des mécanismes de stimulation de la demande dans le Sud par le FNUAP. Des transferts d'argent conditionnels (*Conditional Cash Transfers - CCT*) aux individus et des financements basés sur les résultats pourraient être introduits dans des zones différentes du pays, avec des évaluations rigoureuses pour identifier les mécanismes les plus efficaces dans l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé maternelle (tant prénatals que post-natals). Par exemple, le CCT pourrait être introduit dans les deux régions possédant la plus mauvaise couverture d'accouchement assisté afin d'encourager les femmes enceintes à se présenter au moins à quatre visites anténatales et à accoucher dans un centre de santé. Le transfert d'argent devrait permettre de couvrir les coûts, directs et indirects. Les mécanismes de financement basés sur les résultats pourraient être introduits au niveau du centre pour stimuler les prestataires à fournir des soins anténatals de qualité et pour encourager les femmes à y accoucher. Les paiements en espèces seraient assurés après que les résultats attendus du service déterminé à l'avance ont été réalisés et vérifiés de manière indépendante.

**Améliorer la qualité et la fréquence de la supervision des services publics pour renforcer la redevabilité et la gestion en matière de performance.** Le Ministère de la Santé, au niveau central, devrait évaluer et revoir le processus de supervision des centres de santé publiques pour améliorer la qualité de l'interaction superviseur-prestataire. Le superviseur a deux rôles généraux: premièrement, assurer que le centre dispose des ressources nécessaires pour garantir une bonne performance et la conformité des prestataires aux normes cliniques nationales, et deuxièmement servir de lien entre la direction et les centres, de manière à assurer que les informations et les doléances soient communiquées. Ce second rôle semble surtout important pour motiver les prestataires et intégrer les centres, même les plus éloignés, dans un réseau cohérent et fonctionnel. Le Ministère de la Santé devrait, de ce fait, définir clairement les normes d'interaction superviseur-prestataire et donner le détail du rôle des superviseurs, en se

---

<sup>319</sup> Levine, R., & Eichler, R. (2009): *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*. Center for Global Development.

concentrant sur le renforcement de la fréquence, du suivi et du ciblage des visites de supervision. Actuellement, la gestion des ressources humaines de la Santé à Madagascar se montre considérablement centralisée, les responsabilités fondamentales de recrutement, de déploiement et de promotion des employés revenant Gouvernement central. Les autorités sanitaires de district manquent de moyens financiers pour exécuter efficacement leurs devoirs de supervision, et disposent d'une capacité de gestion limitée pour faire face aux questions de performance. Les ressources doivent donc être mises à la disposition des districts pour renforcer leur capacité de planifier et d'effectuer des supervisions régulières, ainsi que pour intégrer les résultats dans un plan plus large d'amélioration de performance. Dans le long terme, le rôle des autorités sous-nationales dans la gestion des ressources humaines demande à être réexaminé dans le sens de responsabilités plus grandes attribuées aux districts/régions.

**Améliorer les éléments mécaniques et logistiques de la chaîne d'approvisionnement de médicaments pour en accélérer la livraison, en particulier entre les niveaux central et de district, et maintenir l'élan du PAIS.** Le Ministère de la Santé doit rapidement résoudre les problèmes de disponibilité des médicaments et l'échec du système à fournir les médicaments essentiels aux centres de santé avant les ruptures de stocks, ce qui affaiblit encore davantage la qualité des soins. Le PAIS a été développé en 2008 pour aborder ce problème et intégrer les 90 % des fournitures des programmes verticaux dans un système de distribution unifié mis en œuvre à travers SALAMA. Toutefois, pour que le PAIS réussisse, le système d'approvisionnement et de distribution de SALAMA doit d'abord s'améliorer, et les goulots d'étranglement disparaître. Les retards entre la commande et la livraison des médicaments pourraient être largement réduits par l'utilisation des interventions actuelles à faible coût. Par exemple, la technologie de téléphonie mobile pourrait se substituer à la lenteur du système postal, permettant ainsi l'envoi électronique des commandes des pharmacies de district à SALAMA. Afin d'améliorer le mécanisme de paiement lent (identifié comme un goulot d'étranglement dans l'Étude de Prestation de Services), le système de paiement par chèque pourrait être remplacé par le recours aux institutions de micro-finance ou aux banques locales pour effectuer les paiements nécessaires.

**Renforcer le Système d'Information et de Gestion Sanitaire (SIGs).** Le système d'information du Ministère de la Santé nécessite un renforcement pour permettre de mieux mesurer l'impact des actions et interventions prioritaires et d'avoir des informations fiables pour aider à la prise de décisions. Le SIGs recueille actuellement des données sur 74 indicateurs relatifs à la prestation de services ainsi que sur le recouvrement des coûts de la vente des médicaments. Au niveau du centre de santé, la collecte de données se fait sur les rapports papier, qui sont soumis au district. Les données sont ensuite entrées dans un ordinateur au niveau du district, transmises aux autorités régionales qui les envoient aux services centraux des statistiques de santé, où les données sont consolidées et rendues disponibles aux gestionnaires de programme et aux décideurs. Ce processus se révèle long et fastidieux, et peut faire naître des réserves quant à l'exactitude des données. Le système peut progresser en utilisant les nouvelles technologies à faible coût. Pour les centres bénéficiant d'une couverture de réseau mobile, les rapports papier gagneraient à être remplacés par la collecte de données mobiles. EpiSurveyor<sup>320</sup>, un logiciel de collecte de données de santé publique mobile et gratuit<sup>321</sup> a été utilisé avec succès dans 13 pays

---

<sup>320</sup> <http://www.datadyne.org>

<sup>321</sup> Développé par DataDyne avec des dons de la Fondation des Nations Unies et la Fondation Vodafone.

d'Afrique sub-saharienne. Ce logiciel, facilement utilisable, peut être modifié en fonction des besoins locaux, et une évaluation du coût et de l'impact devrait être effectuée dans le secteur. A Madagascar, Human Network International (HNI) met à l'essai l'utilisation de la technologie du téléphone mobile et informatique pour rendre l'information disponible sur demande et recueillir des données sur les indicateurs-clés de la prestation des services. Actuellement, HNI travaille sur un projet pilote dans le cadre du Projet Multisectoriel de la Prévention du VIH/SIDA, financé par la Banque Mondiale, et destiné à améliorer la gestion des médicaments antirétroviraux et des produits de santé essentiels aux soins des personnes atteintes du virus.

**Renforcer l'exécution budgétaire à tous les niveaux.** Le Ministère de la Santé avait initié un certain nombre de mesures pour améliorer les taux de suivi et d'exécution budgétaire au cours des deux dernières années, et leur poursuite doit rester une priorité. Cet effort doit comprendre, en particulier, la formation continue du personnel sur les procédures de l'exécution budgétaire et de la passation des marchés, et l'amélioration de la communication entre le Ministère de la Santé et les partenaires au développement mais aussi avec le Ministère des Finances et du Budget, parce que certaines insuffisances financières s'expliquent en partie par la mauvaise ventilation de l'aide des partenaires au développement. Des réunions régulières entre le Ministère et le point focal de chaque partenaire au développement paraissent impératives pour faciliter les échanges d'informations et pour obtenir les pièces justificatives nécessaires à la régularisation en temps voulu des dons de bailleurs.

**En même temps, l'expérience internationale a démontré que l'amélioration de la mise en œuvre et le suivi du budget nécessitera une accélération du processus de décentralisation** (cf. *Note sur la décentralisation*). Dans la plupart des cas, les gouvernements locaux ne disposent pas des ressources humaines et financières pour fournir les services de santé à leurs communautés respectives. Dans ce contexte, la décentralisation devrait s'accompagner du renforcement de la capacité et des contrôles aux niveaux régional, de district et des prestataires de service. Une série de mesures effectuées et réussies en 2008 ont besoin d'être renforcées et institutionnalisées :

- La formation sur les procédures budgétaires dispensée par des équipes de *coaching* aux autorités déconcentrées au niveau régional et de district ;
- L'utilisation de méthodologies de « l'apprentissage en faisant » telles que les audits internes au niveau régional.
- Le partage des expériences interrégionales, par le biais de l'organisation de réunions de personnels dans les régions performantes. En outre, la nécessité de l'élaboration et de la diffusion d'un manuel normalisé, décrivant les procédures d'exécution budgétaire et les pratiques comptables, se fait également sentir.

**Le programme du secteur de la Santé doit s'articuler avec ceux d'autres secteurs tels que l'Education, et l'Eau et l'assainissement.** Pour assurer une meilleure santé et un bien-être à la population malgache, non seulement l'amélioration des programmes de santé apparaît prioritaire (au centre de santé et au niveau communautaire), mais il convient également que ces programmes soient mieux intégrés et alignés avec les autres secteurs, tels que l'Education ou l'Eau et l'assainissement. En effet, la santé se trouve directement liée à des réflexes d'hygiène élémentaire, comme l'habitude de se laver les mains. Les preuves abondent que l'excès de

contamination fécale peut entraîner un retard de croissance chez l'enfant, en inhibant l'action des hormones de croissance. Des liens plus étroits doivent être créés avec les autorités compétentes afin de s'assurer de la propreté et de la fonctionnalité (adduction en eau) des installations sanitaires. Les partenariats avec les ONG locales peuvent également cibler la promotion de l'hygiène au niveau communautaire. Enfin, les écoles constituent d'excellentes plate-formes pour discuter des questions de santé reproductive propres aux adolescents, et les enseignants peuvent aussi être formés pour tenir des séances de *counseling* et diffuser des messages d'éducation à la santé.

#### 4. Conclusion : le besoin d'agir

**L'amélioration des conditions sanitaires apparaît cruciale pour le bien-être de la population.** Malheureusement, même si Madagascar affiche une espérance de vie relativement élevée, les femmes (enceintes et qui accouchent) et les nourrissons, surtout les nouveau-nés, courent un plus grand risque de mourir, et l'OMD lié à la santé maternelle ne pourra que difficilement être atteint. Les efforts récents ont mené à des gains marginaux, notamment visibles à travers la baisse de la mortalité infantile entre 2003/04 et 2008/09, mais ils ont été en partie remis en cause par la longue crise politique, qui a non seulement accru le niveau de pauvreté dans le pays, mais aussi affecté la prestation de services dans les secteurs sociaux. Le Gouvernement a le devoir d'agir en édictant des priorités claires pour améliorer les services de santé offerts aux femmes et aux enfants, notamment dans les zones éloignées. En parallèle, l'efficacité des dépenses publiques se doit d'être améliorée, les partenariats avec les communautés locales et le secteur privé multipliés, afin que les synergies puissent se construire dans le temps, créer des économies d'échelle et accroître la redevabilité sociale entre les prestataires et les clients. Cependant, un tel progrès ne peut s'accomplir que si le dialogue et la communication avec le Gouvernement sont relancés et si des discussions techniques en profondeur peuvent être menées sur les problèmes de santé les plus critiques à Madagascar.