



**Cadre d'investissement pour la santé reproductive,
maternelle, néonatale, infanto-juvénile et de
l'adolescent, et pour la nutrition à Madagascar**

2020–2024

Ce document a été produit par Health Policy Plus avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) sous l'accord coopératif No. AID-OAA-A-15-00051.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	iv
RESUME EXECUTIF.....	1
INTRODUCTION	6
Pourquoi un Cadre d'investissement ?.....	6
VUE D'ENSEMBLE SUR LE DOCUMENT	8
Contexte	8
Méthodologie.....	9
Plan du document.....	11
CHAPITRE UN : ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SRMNIA-N.....	13
La santé maternelle.....	13
La santé des adolescents	16
Les progrès vers l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR), dont la planification familiale (PF).....	17
Les progrès pour mettre fin aux décès évitables des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans.....	18
Les progrès pour mettre fin au retard de croissance.....	20
Les progrès pour mettre fin au SIDA et au paludisme.....	21
Les progrès sur l'enregistrement des naissances.....	23
Les progrès sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement	23
CHAPITRE DEUX : LES GOULOTS D'ETRANGLEMENT QUI EMPECHENT D'ATTEINDRE UNE COUVERTURE EFFICACE DES INTERVENTIONS ET CEUX LIÉS AU SYSTÈME DE SANTE	25
Analyse des goulots d'étranglement qui empêchent une couverture efficace des interventions à haut impact	25
Les goulots d'étranglement liés au système de santé	35
La place du secteur privé dans la couverture santé.....	38
CHAPITRE TROIS : CADRE D'INVESTISSEMENT POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS FIXÉS A L'HORIZON 2024 ET AU-DELÀ VERS LES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE.....	40
Vision du Cadre d'investissement	40
But et objectifs du Cadre d'investissement	40
Où investir : Choix des domaines, des régions, des scénarii et impact attendu	41
Les principes directeurs du Cadre d'investissement	45
La théorie du changement	46
CHAPITRE QUATRE : LES EFFETS, LES EXTRANTS ET LES ACTIVITES.....	50

Liste détaillée des effets, extrants et activités	50
CHAPITRE CINQ : LES MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE.....	58
Dispositions institutionnelles	58
Rôles et responsabilités des acteurs clés	59
CHAPITRE SIX : LES RESSOURCES NÉCESSAIRES.....	61
Hypothèses de calcul des coûts	61
Prévision de coûts globaux	62
Cartographie des ressources.....	66
Analyse de l'écart financier	68
CHAPITRE SEPT : LE SUIVI DU RENDEMENT DU CADRE D'INVESTISSEMENT	71
Dispositions de suivi du Cadre d'investissement.....	71
Cadre de résultats.....	71
Recherche opérationnelle et la science au service de la prestation.....	76
REFERENCES	78
ANNEXE A : LISTE DES AUTRES DOCUMENTS ANALYSÉS	80

LISTE DES TABLEAUX, DES GRAPHIQUES ET DES DIAGRAMMES

Diagrammes

Diagramme A : Sommaire de la théorie du changement	4
Diagramme 1 : Feuille de route pour l'élaboration du Cadre d'investissement pour la SRMNIA-N.....	10
Diagramme 2 : Processus de Priorisation	11
Diagramme 3 : Conséquences du retard de croissance à court et à long terme sur la santé et le développement de l'enfant et sur l'économie du pays (Source : OMS).....	20
Diagramme 4 : Théorie du changement	49

Graphiques

Graphique 1 : Evolution du taux de mortalité maternelle	13
Graphique 2 : Evolution du pourcentage des accouchements assistés par un personnel qualifié ...	14
Graphique 3 : Pourcentage des accouchements en établissement de santé	15
Graphique 4 : Tendances de l'indice synthétique de fécondité.....	17
Graphique 5 : Tendances de la malnutrition chronique de 1992 à 2018.....	20
Graphique 6 : Disponibilité de chaque vaccin par type de formation sanitaire.....	30
Graphique 7. Répartition du personnel de santé dans les régions (2016).....	33
Graphique 8 : Exactitude du diagnostic et du traitement par cas clinique.....	35
Graphique 9 : Régions priorisées.....	41
Graphique 10 : Répartition du coût total du Cadre d'investissement	66

Graphique 11 : Contributions aux ressources par partie prenante (ressources engagées de 2020 à 2023)	68
--	----

Tableaux

Tableau 1 : Contexte de Madagascar, 2018	6
Tableau 2 : Disponibilité des vaccins par province	30
Tableau 3 : Disponibilité des différents équipements figurant dans l'indicateur sur les équipements.....	31
Tableau 4 : Disponibilité du matériel médical	31
Tableau 5 : Disponibilité des ressources humaines selon les normes	32
Tableau 6 : Disponibilité des ressources humaines dans les formations sanitaires	32
Tableau 7 : Stockage des vaccins : Réfrigérateurs dont la température est entre 2°C et 8°C	35
Tableau 8 : Disponibilité des différents types d'infrastructures	36
Tableau 9 : Répartition des 22 régions par ordre de priorité	41
Tableau 10 : Les domaines d'intervention composant chaque Paquet	42
Tableau 11 : Les interventions composant chaque Paquet	43
Tableau 12 : Les stratégies de levée des goulots d'étranglement	43
Tableau 13 : Nombre de décès additionnels évités sur 5 ans	44
Tableau 14 : Coûts des divers scénarii sur 5 ans (estimés par EQUIST).....	45
Tableau 15 : Répartition des prévisions des coûts par programme de santé et système de santé par année (en milliards de MGA).....	63
Tableau 16 : Coûts liés aux ressources humaines (en milliers de MGA)	63
Tableau 17 : Coûts liés au financement de la santé (en milliers de MGA).....	64
Tableau 18 : Coûts liés à la gouvernance et au leadership (en milliers de MGA).....	64
Tableau 19 : Coûts liés à la gouvernance et au système d'information sanitaire (en milliers de MGA).....	64
Tableau 20 : Coûts liés aux infrastructures (en milliers de MGA).....	65
Tableau 21 : Coûts liés à la logistique (en milliers de MGA)	65
Tableau 22 : Ressources disponibles par domaine d'intervention et par an (en millions de USD) ..	67
Tableau 23 : Ressources disponibles par partie prenante engagées de 2020 à 2023 (en millions de USD).....	67
Tableau 24 : Ecart financier entre 2020 et 2024 (en millions de USD)	68
Tableau 25 : Ecart financier par domaine d'intervention de 2020 à 2023 (en millions de USD).....	69

REMERCIEMENTS

Le cheminement vers la couverture santé universelle (CSU), pour un accès à des soins de santé de qualité pour l'ensemble de la population, sans avoir à s'exposer à des problèmes financiers, est un objectif prioritaire du Gouvernement, intégré à son Programme Général.

Des efforts ont été consentis depuis des années pour améliorer la situation sanitaire et nutritionnelle des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents. Cependant, les résultats de diverses enquêtes montrent qu'une bonne partie de la population n'a pas facilement accès à des soins de qualité, en raison de nombreux obstacles relatifs à l'offre de soins et à leur utilisation. De nombreux goulots d'étranglement affectent les divers déterminants de la couverture de soins (depuis la disponibilité des ressources essentielles, jusqu'à la couverture de soins effective).

Pour réaliser la vision 2030 des Objectifs de développement durable (ODD), le Ministère de la Santé Publique (MSANP) s'efforce d'améliorer la situation de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Pour y arriver, des mécanismes et programmes spécifiques ont été décrits dans le Plan de Développement du Secteur Santé 2020-2024 (PDSS), ainsi que dans d'autres documents de stratégies sous-sectorielles élaborées par les directions et programmes compétents.

Aligné sur le PDSS, le présent Cadre d'investissement (CI) contribuera à apporter des solutions aux problèmes liés à l'offre de services de qualité en SRMNIA-N (Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent-Nutrition) et au renforcement du système de santé, avec notamment la chaîne d'approvisionnement (pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels et des vaccins dans les formations sanitaires, les ressources humaines (via l'incitation à la performance), le financement de la santé (via l'élaboration de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé [SNFS]), des réformes en matière de finances publiques, la gouvernance, le système national d'information sanitaire (SNIS) et l'enregistrement régulier des faits d'état civil.

Les actions retenues dans ce Cadre d'investissement pour la SRMNIA-N seront mises en œuvre dans 17 des 22 régions de Madagascar. Ces régions ont été identifiées sur des critères objectifs de priorisation en fonction d'une série d'activités à haut impact.

L'élaboration de ce Cadre d'investissement a nécessité la conjugaison des efforts de différents acteurs tant du secteur public que privé, à but lucratif et non lucratif, ainsi que d'organisations de la société civile et des partenaires techniques et financiers. Pour atteindre les résultats visés, il faudra des actions concrètes de financement sur ressources propres avant de compter sur la contribution des partenaires au développement.

Je saisis ici l'occasion de remercier sincèrement tous les experts nationaux et internationaux, ainsi que nos partenaires techniques et financiers, qui ont tous participé au processus ayant conduit à l'élaboration de ce document. Que tous trouvent ici l'expression de ma sincère gratitude pour tous les efforts consentis.

Je tiens particulièrement à adresser par la même occasion tous mes remerciements au Secrétariat du Mécanisme de financement mondial (GFF), pour avoir offert à notre pays cette opportunité sans égal qui nous permettra de répondre aux principaux déterminants de la mortalité infantile et maternelle, et de nous focaliser sur les priorités définies ainsi que l'alignement du financement public et privé pour un secteur sanitaire plus performant.



Professeur RANDRIAMANANTANY Zely Arivelo
Ministre de la Santé Publique

ABREVIATIONS

AC	Agent Communautaire
AFD	Agence Française de Développement
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nouveau-né et du Jeune Enfant
ARV	Antirétroviral
AS	Agent de Santé
AQ	Assurance Qualité
BM	Banque Mondiale
CAID	Campagne d'Aspersion Intra-domiciliaire d'Insecticides
CCDS	Comité Communal de Développement Sanitaire
CCSC	Changement Social et de Comportement
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CHRD	Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Cadre d'Investissement
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CNSS	Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé
CoGe	Comité de Gestion
CoSan	Comité de Santé
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Post-natale
CRENAM	Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire de la Malnutrition Aigüe Modérée
CRENAS	Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire de la Malnutrition Aigüe Sévère sans Complication
CRENI	Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Santé Universelle
DAAF	Direction des Affaires Administratives et Financières
DEPSI	Direction des Études, de la Planification et du Système d'Information
DIU	Dispositif Intra-utérin
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DSFa	Direction de la Santé Familiale
DSM	Dépenses de Santé des Ménages
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base

DTS	Dépenses Totales de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIP	Enquête sur les Indicateurs de Prestation de Services
EMAD	Equipe de Management de District
EMAR	Equipe de Management de Région
ENSOMD	Enquête Nationale pour le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
EPM	Enquête Périodique auprès des Ménages
EQUIST	Equitable Impact Sensitive Tool
ESEC	Enregistrement et Statistiques de l'État Civil
eSIGL	Système d'Information Électronique de Gestion Logistique
FANOME	Fonds d'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels - Fandraisana Anjara No Mba Entiko
FBP	Financement Basé sur la Performance
FE	Fonds d'Équité
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunization
GFF	Global Financing Facility
GTT	Groupe Technique de Travail
HP+	Health Policy Plus
IEC/CCC	Information-Éducation-Communication/Communication pour le Changement des Comportements
IHAB	Initiative Hôpitaux Amis des Bébés
IHP+	International Health Partnership (Partenariat International Elargi de la Santé)
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPS	Indicateurs de Prestation de Services
IRA	Infections Respiratoires Aigües
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissibles
KIA	Kit Individuel d'Accouchement
Kit OC	Kit pour Opérations Césariennes
LiST	Lives Saved Tool
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MEP	Ministère de l'Économie et de la Planification
MGA	Ariary Malagasy
MID	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Efficacité Durable
MIS	Malaria Indicators Survey

MJS	Ministère de la Jeunesse et du Sport
MMR	Maternité à Moindre Risque
MNT	Maladies Non Transmissibles
MPPSPF	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
MSANP	Ministère de la Santé Publique
MSM	Marie Stopes International Madagascar
MSR	Maternité sans Risque
MUAC	Mid Upper Arm Circumference
OC	Opération Césarienne
ODD	Objectifs de Développement Durable
OHT	One Health Tool
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONN	Office National de Nutrition
OSC	Organisation de la Société Civile
PAC	Paquet d'Activités Communautaires (Guide PAC)
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIMEC	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PhaGDis	Pharmacies de Gros de District
PIB	Produit Intérieur Brut
PIP	Programme d'Investissement Public
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PND	Plan National de Développement
PN2D	Politique Nationale de Décentralisation et de Déconcentration
PNNC	Programme National de Nutrition Communautaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSC	Politique Nationale en Santé Communautaire
PSF	Pratiques Sanitaires Familiales
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
Rapport DRH	Collecte de Données Trimestrielle de la Direction de Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines Qualifiées pour la Santé

RSS	Renforcement du Système de Santé
SC	Soins Curatifs
SDSP	Service de District de la Santé Publique
SFPP	Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel
SG	Secrétariat Général
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIGFP	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SILOP	Service des Infrastructures, de la Logistique et du Patrimoine
SMN	Santé maternelle et néonatale
SNIS/RMA	Système National d'Information Sanitaire/Rapport Mensuel d'Activités
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SORH	Service de l'Observatoire des Ressources Humaines
SR/PF	Santé de la Reproduction / Planification Familiale
SRMNIA-N	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infanto-Juvenile, des Adolescents et Nutrition
SSD	Service de Santé de District
SSME	Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
TB	Tuberculose
TDR	Termes de Référence
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TPC	Taux de Prévalence Contraceptive
TPCm	Taux de Prévalence Contraceptive Moderne
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UCP	Unité de Coordination des Projets
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
USD	United States Dollar
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH	Water, Sanitation, and Hygiene (Eau, Assainissement et Hygiène)

RESUME EXECUTIF

Madagascar a souscrit à l'Agenda 2030 du développement durable lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015. Aligné aux Objectifs de développement durable (ODD), et tenant compte de la nécessité de s'acheminer vers la couverture santé universelle (CSU), Madagascar a pris la décision de se doter d'un Cadre d'investissement pour la Santé reproductive, maternelle, néonatale, infanto-juvénile et de l'adolescent, et pour la nutrition (SRMNIA-N). L'équité, l'efficacité et l'efficience sont les principes sur lesquels repose l'amélioration de la SRMNIA-N dans le contexte plus large d'un système de santé résilient.

Contexte

Madagascar, île-continent de 587 000 km², située au sud de l'Océan Indien, hérite d'une grande biodiversité, d'un pays aux frontières naturelles, riche en terres arables et en ressources minières et ligneuses, d'une unicité culturelle et linguistique, mais avec une population classée parmi les plus pauvres de la planète.

Madagascar est par conséquent considérée comme un pays à risque en raison de sa pauvreté chronique, sa vulnérabilité et sa fragilité permanentes. À cette situation viennent s'ajouter les dégâts causés de manière périodique par les paroxysmes climatiques, dont les sécheresses (dans la partie sud du pays), les cyclones et autres dépressions tropicales, ainsi que les épidémies.

Avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF), le pays a élaboré son Plan de Développement du Secteur Santé pour 2020-2024 (PDSS), articulé à la fois avec la Politique Générale de l'Etat et l'Initiative Emergence de Madagascar.

Madagascar s'est engagé depuis 2017 dans la voie de la CSU. Une stratégie nationale dans ce domaine a été élaborée et le pays est en train de définir le cadre de sa mise en œuvre dans un document portant sur la stratégie de financement de la santé.

Toutefois, bien que depuis 25 ans de nombreux efforts aient été mis en œuvre par les différents régimes qui se sont succédés, la situation sanitaire des enfants et des mères demeure préoccupante.

Le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes n'a pas connu de diminution nette sur un quart de siècle. En effet, il est passé de 596 à 426 pour 100 000 naissances vivantes entre 1992 et 2018, avec une réduction annuelle continue de 1,1%. Dans le monde, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle a connu une diminution annuelle de 1,8%, soit une baisse 1,6 fois plus rapide qu'à Madagascar. Cette lente diminution s'explique par une fécondité encore élevée et une faible couverture des soins relatifs à la grossesse et à l'accouchement.

L'indice synthétique de fécondité (ISF), qui mesure le nombre moyen d'enfants par femme dans la tranche d'âge des 15-49 ans, a enregistré une réduction de 25% de 1992 à 2018, s'inscrivant dans une phase décroissante. Les différentes enquêtes nationales effectuées de 1992 à 2018 le montrent. Cependant, l'ISF est 2,5 fois plus élevé dans les ménages les plus pauvres et en milieu rural.

Un peu moins de la moitié (46%) des accouchements sont assistés par du personnel qualifié et 38,7% seulement ont lieu en établissement de santé. Seulement 50,6% des femmes enceintes effectuent 4 consultations prénatales (CPN) ou plus. Par ailleurs, seules 27,2% des femmes enceintes effectuent leur première visite prénatale avant le 4ème mois de grossesse et très peu d'entre elles (22,5%) reçoivent *in fine* les soins complets pour un accompagnement prénatal de qualité. Systématiquement, ce sont les femmes vivant en milieu urbain ainsi que celles appartenant aux ménages les plus riches qui ont la possibilité de bénéficier d'une assistance par du personnel qualifié et/ou de services en établissement de santé.

Cependant, on observe une évolution croissante du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) chez les femmes en union, passant de 7% en 1992 à 40,5% en 2018.

Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une baisse importante, passant de 164‰ en 1997 à 59‰ en 2018, soit une baisse annuelle de 3%. La plus forte décroissance a été observée entre 1997 et 2003, lorsque le taux de réduction annuel était de 5%.

Après 2008, ce taux est descendu à 1,8% jusqu'en 2018. Par ailleurs, on constate également que les enfants vivant en zone urbaine ainsi que ceux issus des ménages les plus riches et dont les mères ont un niveau d'études plus élevé (secondaire ou supérieur) ont plus de chances d'atteindre l'âge de 5 ans, que ceux ne bénéficiant pas de ces conditions. Par ailleurs, le taux de couverture vaccinale a chuté entre 2012 et 2018. En effet, seuls 17% des enfants ont été complètement vaccinés en 2018 alors qu'ils étaient 51,1% à l'être en 2013. Les enfants malades ne reçoivent pas les soins adéquats auxquels ils ont droit, et seuls 6,4% des enfants atteints de diarrhée durant les 2 semaines précédant l'enquête ont reçu un traitement à base de solution de réhydratation orale (SRO) et de Zinc¹. Seuls 3% de ceux ayant présenté de la fièvre pendant les 2 semaines précédant l'enquête ont reçu un traitement à base de combinaison d'artémisinine.

Le taux de mortalité néonatale n'a pas non plus connu de réduction nette. Il est passé de 24‰ en 2009 à 23‰ en 2012, puis à 21‰ en 2018. A Madagascar, la mortalité néonatale représente environ un tiers de la mortalité des moins de 5 ans. La réduction de la mortalité néonatale nécessite des soins continus, avec du personnel qualifié, dès la période prénatale et jusqu'à l'accouchement, voire pendant la période postnatale.

Madagascar présente l'un des plus hauts taux de fécondité des adolescentes au monde, à 151‰. Par contraste, la moyenne de l'Afrique sub-saharienne est de 100‰. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le taux de fécondité des adolescentes en Asie du Sud-Est, est de 7,1‰ tandis qu'il est de 129,5‰ en Afrique centrale. Les mères adolescentes et les nourrissons nés de mères adolescentes font face à des risques plus élevés de mortalité.

Madagascar occupe le 5ème rang mondial des pays dont les taux de malnutrition chronique sont les plus élevés, avec un taux national de 41,6%. On observe de fortes disparités régionales, allant de 20,4% dans la Région Atsimo Atsinanana à 59,9% dans celle de Vakinankaratra. Ce phénomène sévit particulièrement chez les enfants des ménages les plus pauvres et ceux vivant en milieu rural. Le retard de croissance qui en découle, a des effets à long terme aux niveaux individuel et sociétal : diminution du développement cognitif et physique, baisse de la capacité productive et mauvaise santé, ce à quoi s'ajoute un risque accru de maladies dégénératives tel que le diabète.

Les goulots d'étranglement

Un goulot d'étranglement se définit comme une étape d'un processus qui limite les performances globales, c'est-à-dire, l'atteinte d'une couverture santé satisfaisante pour l'ensemble de la population. L'identification d'un goulot d'étranglement dans la couverture des soins permet d'informer les décisions sur les priorités à mettre en œuvre et à corriger. Ne seront cités ici que les principaux goulots d'étranglement relevant du système de santé.

Les ressources humaines sont en nombre insuffisant et mal réparties. En 2016, le ratio habitants par agent était de : 1 médecin généraliste/11 612 habitants (OMS = 1/10 000 habitants) ; 1 infirmier généraliste/8 333 hab. (OMS=1/5 000 hab.) ; 1 sage-femme/10 653 hab. (OMS = 1/500 femmes en

¹ INSTAT, 2018, *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2018*.

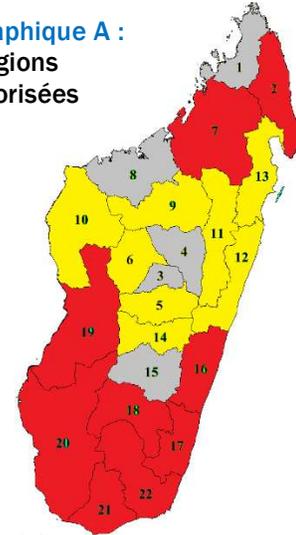
âge de procréer). Soixante-douze pourcent (72%) des médecins opèrent dans les centres urbains et couvrent de manière disproportionnée 21% de la population.

En ce qui concerne le financement, les ménages contribuent massivement au financement de leurs dépenses de santé. En 2010, sur 419 millions de USD de dépenses en soins de santé (soit 20 USD per capita), 41,5% ont été déboursés par les ménages. La part du budget national allouée à la santé stagne autour de 7,5% du budget national. Elle est loin de l'engagement des Chefs d'Etats pris à Abuja de consacrer 15% des ressources budgétaires nationales au secteur de la santé.

Identification des régions prioritaires

Afin de rentabiliser les ressources existantes et mobilisables pour atteindre les résultats les plus élevés en termes de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et de se rapprocher le plus possible des ODD, l'équipe du Cadre d'investissement de Madagascar a procédé à une vaste consultation pour identifier les goulots d'étranglement qui limitent la couverture des interventions à haut impact, puis pour en déterminer les causes et prioriser les stratégies pour y remédier. L'équipe a également procédé à l'identification des régions les plus défavorisées du pays en utilisant l'outil Equist, en prenant en considération divers facteurs déterminants. C'est ainsi que 17 régions ont été priorisées. Toutes les régions du sud du pays sont considérées comme très vulnérables. Seules les régions d'Analamanga, d'Itasy et celles de Haute Matsiatra échappent à notre classification de moyennement vulnérable, pour les Hautes Terres Centrales. Dans le nord, deux régions sur quatre sont considérées très vulnérables. Nous avons retenu dans le Cadre d'investissement les régions hautement prioritaires (en rouge) et les régions prioritaires (en jaune).

Graphique A :
Régions
priorisées



Objectifs du Cadre d'investissement pour la SRMNIA-N

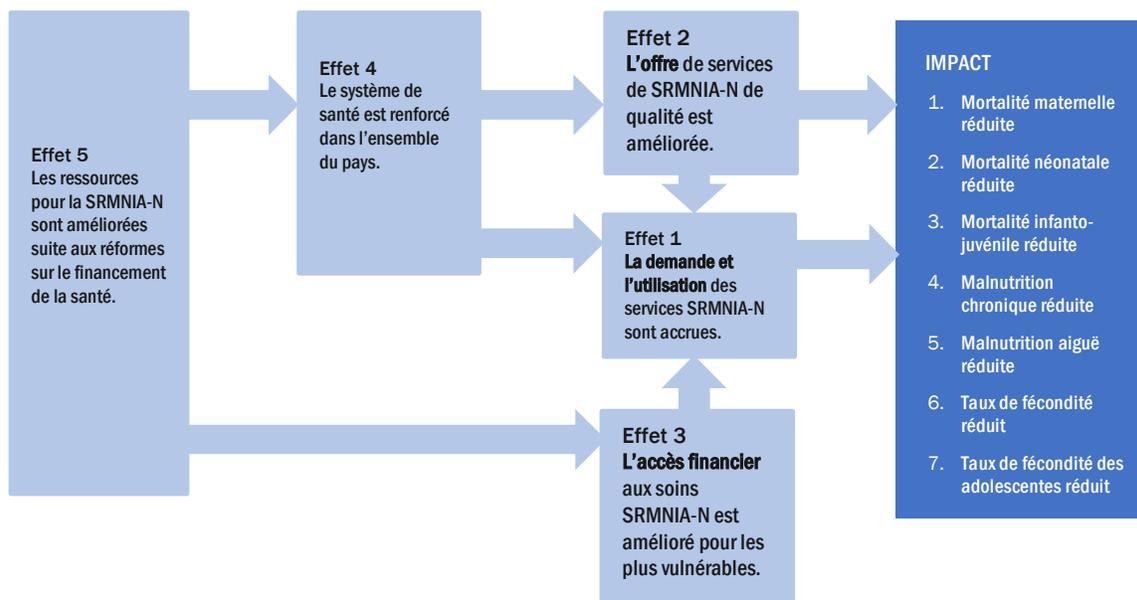
L'impact visé du Cadre d'investissement pour la SRMNIA-N en 2024 se décline ainsi :

- La mortalité maternelle est réduite de 426 à 300 pour 100 000 naissances vivantes. (ODD 3.1.)
- La mortalité néonatale est réduite de 21 à 17‰ naissances vivantes. (ODD 3.2.)
- La mortalité infanto-juvénile est réduite de 59 à 42‰ naissances vivantes au plus. (ODD 3.2.)
- La malnutrition chronique est réduite de 41,6% à moins de 34,1%. (ODD 2.2.)
- Le taux de fécondité des adolescentes est réduit de 151 à moins de 130 pour 1 000. (ODD 3.7.2.)
- L'indice synthétique de fécondité est réduit de 4,6 à 4,2 enfants par femme.

Pour réaliser cet impact, le Cadre d'investissement repose sur 5 effets intrinsèquement liés. Ces liens, représentés par des flèches dans le diagramme ci-dessous, correspondent à des hypothèses sur la manière dont les changements se produiront. La lecture commence à l'effet se trouvant à l'échelon le plus bas des liens de cause à effet devant amener à la réalisation de l'impact.

Les 5 effets et leurs liens de causalité sont illustrés dans le diagramme suivant (Graphique B).

Diagramme A : Sommaire de la théorie du changement



Coûts et ressources disponibles

Les coûts d'investissement sont estimés à 1 84 milliards MGA (soit 512 millions USD), répartis par coûts des services de santé (médicaments et gestion du programme) équivalant à 1 382 milliards MGA, et par coûts du système de santé équivalant à 461 milliards MGA.

La projection des ressources potentielles sur la période 2020-2024 s'est faite à partir d'une cartographie des ressources réalisée en décembre 2020. Selon cette cartographie des ressources, 346,2 millions de USD doivent être alloués et dépensés, donc être disponibles (toutes sources confondues) pour la période de de 2020 à 2023. Cependant, les ressources effectivement disponibles (allouées, toutes sources confondues) présentent un écart de -21 millions de USD pour 2022 et de -54 millions de USD pour 2023. La vaccination présente l'écart financier le plus important (-22 millions de USD pour 2023). Le pays est en phase de préparation de son Plan Pluriannuel Complet (PPAc) qui définit les stratégies et interventions du programme de vaccination et propose une analyse des coûts et des financements. Il en est de même en ce qui concerne le paludisme et le VIH/SIDA, dont l'appui du Fonds mondial est très conséquent et s'inscrit lui aussi dans le cadre du cofinancement avec l'Etat malagasy pour assurer la pérennité des programmes. D'où la nécessité d'un engagement concret de l'Etat.

Par ailleurs, le financement catalytique accordé par le GFF permettra de réduire cet écart financier.

Conclusion

Un niveau d'investissement de 26,88 USD per capita sur 5 ans, soit 5,4 USD par an et par habitant, permettra d'atteindre une réduction du taux de mortalité néonatale de 19%, du taux de mortalité des moins de 5 ans de 29% et du taux de mortalité infantile de 20%. Ce qui équivaut à un investissement de 19 400 MGA par personne et par an.

Par ailleurs, le Cadre d'investissement devrait permettre de réduire l'ISF de 4,7 à 4,2. Or, d'aucuns savent que l'abaissement de la fécondité entraîne une diminution du nombre d'enfants et *ipso facto*

une réduction relative du coût par habitant de l'éducation, de la santé, du logement et de l'infrastructure. Ceci devrait aboutir à un relèvement du niveau d'investissement et à l'utilisation plus productive de ce dernier. Toutefois, il ne suffira pas de disposer des ressources car il est aussi important de bien les utiliser et de faire un suivi collectif et constructif de l'exécution du plan et du niveau de contributions de chaque partie prenante. C'est tout ceci qui constitue le Cadre d'investissement présenté ici.

INTRODUCTION

Pourquoi un Cadre d'investissement ?

Le Gouvernement de Madagascar, avec l'appui de ses partenaires, se propose de démontrer à travers ce dossier les bénéfices potentiels d'un investissement dans la SRMNIA-N pour le pays, basé sur la priorisation à la fois des domaines d'intervention ainsi que des stratégies les plus pertinentes pour lever les goulots d'étranglement susceptibles d'entraver l'atteinte des couvertures sanitaires optimales.

Ce Cadre d'investissement est le résultat de vastes consultations sur les interventions prioritaires nécessaires pour réduire les taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et améliorer la santé des adolescentes ainsi que la nutrition des enfants. Les interventions prioritaires identifiées résumées dans ce document ont pour objectif de renforcer le système de santé et d'augmenter l'efficacité des services offerts, et de stimuler la demande et l'utilisation des services par la population.

LES QUATRE RAISONS ESSENTIELLES D'INVESTIR DANS LA SANTE REPRODUCTIVE, MATERNELLE, NEONATALE, INFANTO-JUVENILE ET DES ADOLESCENTES, ET LA NUTRITION A MADAGASCAR

- Volonté politique forte pour mettre en œuvre et développer la CSU et améliorer l'accès de toute la population aux soins de santé de qualité.
- Arrivée d'une nouvelle équipe dirigeante à la tête du pays à l'issue des élections présidentielles de fin 2018.
- Retour sur investissement important dans le domaine de la SRMNIA-N.
- Le GFF, en soutien à l'initiative « *Chaque femme, Chaque enfant* », a accordé un avis favorable à la demande de souscription de Madagascar en octobre 2017.

Tableau 1 : Contexte de Madagascar, 2018

	Madagascar	Référence	Afrique sub-saharienne
Population et démographie			
Population totale (millions)	25,68	RGPH 3, 2018	1000,9
Taux de croissance de la population (%)	2,7	RGPH 3, 2018	2,7
Pauvreté à 2 USD PPA actualisé (%) (2012)	91	ENSOMD, 2012	46,1
Indicateurs économiques clés			
Taux de croissance du PIB (%)	4,56	Banque mondiale, 2018	3
PIB par habitant (USD)	490	Banque mondiale, 2018	1570
Taux de chômage (2012) (%)	3,6	INSTAT (Le marché du travail à Madagascar)	8
Taux d'inflation (%)	6,3	LFI 2021	3,8
Déficit (% du PIB)	-5,5	LFI 2021	-2,4

	Madagascar	Référence	Afrique sub-saharienne
Indicateurs de santé clés			
Espérance de vie (années)	67,04	World Data Atlas, 2019	58
Ratio de mortalité maternelle*	426	MICS 2018	573
Ratio de mortalité infanto-juvénile	59	MICS 2018	73
Ratio de mortalité infantile**	40	MICS 2018	60
Ratio de mortalité néonatale	21	MICS 2018	5
Indice synthétique de fécondité***	4,6	MICS 2018	4,7
Taux de fécondité parmi les adolescentes****	151	MICS 2018	100
Prévalence du retard de croissance (%)	41,6	MICS 2018	ND

*Pour 100 000 naissances vivantes ** Pour 1000 naissances vivantes *** Par femme **** pour 1000 femmes de 15 à 19 ans

Sources : Gouvernement de Madagascar, Banque mondiale, Fonds monétaire international

VUE D'ENSEMBLE SUR LE DOCUMENT

Contexte

Le contexte socio-politico-administratif national

Madagascar est la quatrième plus grande île du monde en termes de superficie, dotée d'une biodiversité unique, d'une richesse naturelle considérable (sous-sol et ressources halieutiques riches et variés) et d'une population jeune, facile à former, ce qui lui confère un grand potentiel de développement, bien que mal exploité. Pourtant, la grande majorité de ses 25,7 millions d'habitants sont pauvres et Madagascar fait encore partie des rares pays dont le revenu par habitant était plus faible en 2010 qu'en 1960. La croissance économique, qui est bien en-deçà du taux démographique, a entraîné une régression notable du revenu par habitant, passé de 450 USD en 2008 à 520 USD en 2019². La proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté est de 71,5% (ENSOMD 2012-2013), avec des variations importantes entre les régions.

La population de Madagascar s'accroît rapidement. En effet, elle s'est quasiment multipliée par cinq au cours des cinquante dernières années, passant de 5 millions d'habitants en 1960 à 25,7 millions en 2018. Avec un taux de croissance démographique de 2,7% en 2018, la population de Madagascar pourrait bien encore doubler d'ici 2050. Cela porterait le nombre total d'habitants autour de 55 millions. La taille moyenne des ménages est de 4,5. Cette population est également jeune. En effet, 64% ont moins de 25 ans et presque la moitié (47%) a moins de 15 ans³. Les adolescentes de 15 à 19 ans représentent 4,78% de la population totale. Le pays est majoritairement rural, avec 80% de sa population vivant en zone rurale en 2018⁴.

Le taux d'alphabétisation des adultes était de 74,8% en 2018⁵, mais seulement de 72,8% chez les femmes adultes. En revanche, un peu plus d'un enfant en âge de fréquenter l'école primaire sur 5 (21,8%) n'est pas scolarisé, soit, environ 750 000 enfants de 6 à 10 ans au total. Près de la moitié (44%) des enfants en âge de fréquenter l'école primaire et vivant en milieu rural ne vont pas à l'école.

L'environnement politique de la SRMNIA-N

A. La couverture santé universelle

L'environnement politique actuel de la SRMNIA-N est dominé par la mise en place de la couverture santé universelle à Madagascar. En effet, un système national de couverture du risque-maladie, dont l'objectif est de garantir l'accès à des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population dans des conditions financières soutenables, est en train d'être défini et validé par le Ministère de la Santé Publique à travers un document de Stratégie Nationale sur le Financement de la Santé à Madagascar.

Il s'agit, d'une part, de la promotion et de la mise à échelle des mutuelles de santé visant l'ensemble de la population qui ne bénéficie pas encore d'un système de couverture santé, et d'autre part, d'un régime non contributif, qui vise les indigents, au titre duquel l'Etat, avec des ressources propres internes et l'appui des partenaires, s'assurera de subventionner les soins à des groupes de populations vulnérables de par leur statut social (indigents) et leur vulnérabilité physiologique (femmes enceintes, allaitantes, enfants de moins de 5 ans et adolescents).

² Banque mondiale, 2021, *Données : Madagascar*.

³ INSTAT, 2018, *Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD) 2012-2013*.

⁴ INSTAT, Déc. 2020, *Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2018*.

⁵ Institut de Statistique de l'UNESCO, 2018, « Suivi national : Population analphabète ».

B. L'agenda de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents et de la nutrition.

Le Gouvernement de Madagascar a défini l'agenda de la SRMNIA-N comme une priorité. En effet, la République de Madagascar est signataire des engagements internationaux et régionaux suivants :

- Les Objectifs de développement durable 2030
- La Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent 2016-2030, « Chaque femme, chaque enfant », en s'engageant à consacrer au moins 10% du budget du secteur santé à la SRMNIA-N
- Le Partenariat FP2020, et FP2030
- La stratégie africaine sur la santé
- Le Plan d'Action pour chaque Nouveau-né
- La Déclaration de Paris de 2005
- Le Plan d'Action 2016-2030 de Maputo

Les documents de référence sont :

- La Politique Nationale de Santé de 2016 et le Plan de Développement du Secteur Santé (2020-2024)
- La Loi n°2016-058 portant création d'un Fonds National de Vaccination
- La Loi n°2017- 043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale
- La feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2016-2020

C. L'organisation du système de santé

Elle se fait sur quatre niveaux :

- **Le niveau central** : le MSANP est en charge de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, et de la définition des normes et standards.
- **Le niveau intermédiaire ou régional** : représentant du ministère au niveau régional et sous le rattachement direct du Secrétariat Général du MSANP, la Direction Régionale de Santé Publique (DRSP) a pour mission de planifier, conduire, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes d'intérêt national au niveau des districts sanitaires de la région sanitaire.
- **Le niveau périphérique ou de district** : représenté par le Service de District de la Santé Publique (SDSP) dont la mission consiste à coordonner et appuyer les formations sanitaires (FOSA) de base et de première référence dans l'offre des services de santé.

Ce niveau constitue la pierre angulaire du système de santé et doit disposer d'une autonomie décisionnaire et financière.

- **Le niveau communautaire** : participant à la promotion de la santé, au fonctionnement et à la gestion des structures sanitaires de base, il est le véritable prolongement du système de santé.

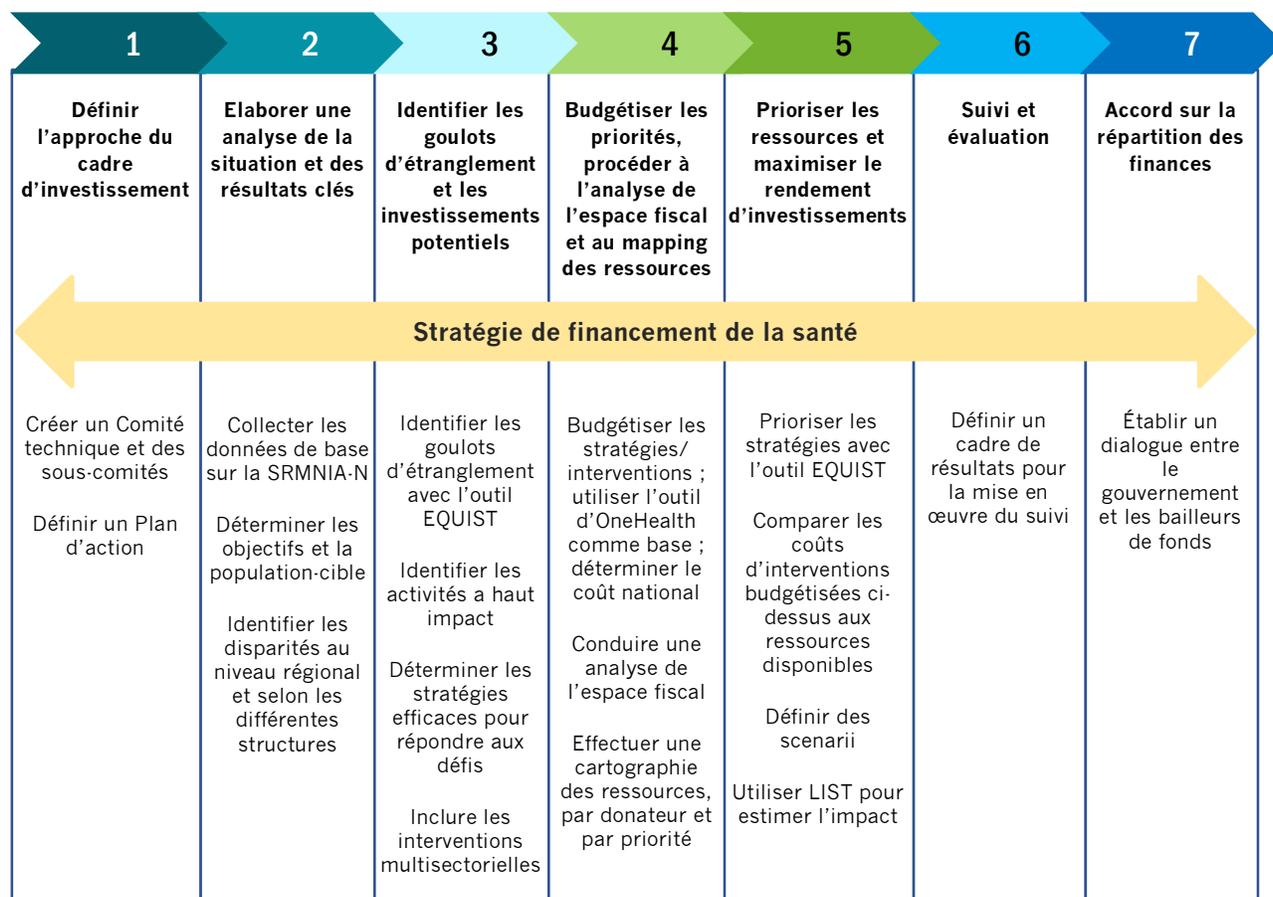
Méthodologie

Madagascar a eu l'opportunité de faire partie des pays pouvant bénéficier du GFF en faveur de « *Chaque femme, chaque enfant* », dont le rôle dans le financement de la Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent (2016-2030) est crucial. Ceci sera aussi une opportunité réelle pour la mise à échelle de la CSU à Madagascar. Le Cadre d'investissement définit

les interventions prioritaires rentables, les stratégies efficaces pour obtenir les meilleures couvertures, une liste des priorités au regard de la SRMNIA-N, les coûts de ces priorités qui peuvent être financés par les ressources disponibles et mobilisables selon différents scénarii, ainsi qu'un plan de suivi des résultats et des investissements nécessaires. Ce cadre servira également de document de plaidoyer pour la mobilisation de financements, et permettra de déterminer comment les interventions seront priorisées et exécutées dans les limites du budget. Dans ce processus d'élaboration, les investissements prioritaires devront être effectués équitablement en tenant compte des inégalités et des populations défavorisées avec un accès limité aux services de santé. Le choix des populations ayant un accès difficile aux services de santé est un grand défi pour Madagascar. De ce fait, un outil d'analyse sur l'équité a été conçu dans le but d'apporter une réponse à cette problématique.

Le MSANP a entrepris une démarche inclusive en associant la société civile, les PTF et le secteur privé aux travaux d'élaboration du CI pour la SRMNIA-N. Une plateforme a été mise en place en 2017, pour commencer le travail d'élaboration du CI.

Diagramme 1 : Feuille de route pour l'élaboration du Cadre d'investissement pour la SRMNIA-N



Une analyse approfondie de la situation a été alors élaborée, discutée et validée. Cela dans le but de :

- Évaluer les résultats au regard des ODD, en portant une attention particulière aux disparités régionales, par lieu d'habitation (urbain vs rural) et par quintile de bien-être économique.
- Analyser les tendances globales pour l'atteinte des ODD.
- Identifier les causes majeures de préoccupation au regard de l'atteinte des ODD.
- Analyser les motifs majeurs des inégalités dans le pays.

Le document a été écrit par six sous-comités dirigés par différentes directions du MSANP et validé par un Comité technique, avec l'appui des PTF.

Il a été soumis ensuite à un exercice participatif incluant les diverses directions du MSANP, les PTF, et des représentants des organisations de la société civile (OSC) pour prioriser la population cible, les problèmes de santé, les interventions, etc.

L'exercice de budgétisation des interventions potentielles a été effectué en août-septembre 2018. Parallèlement à cet exercice de budgétisation, le MSANP a mené avec les PTF une cartographie des ressources utilisées ou allouées dans le cadre de la SRMNIA-N afin d'avoir une idée plus exacte de la capacité du pays à financer les investissements prioritaires de ce CI.

S'en est suivie l'élaboration du cadre de suivi-évaluation du CI en octobre-novembre 2018.

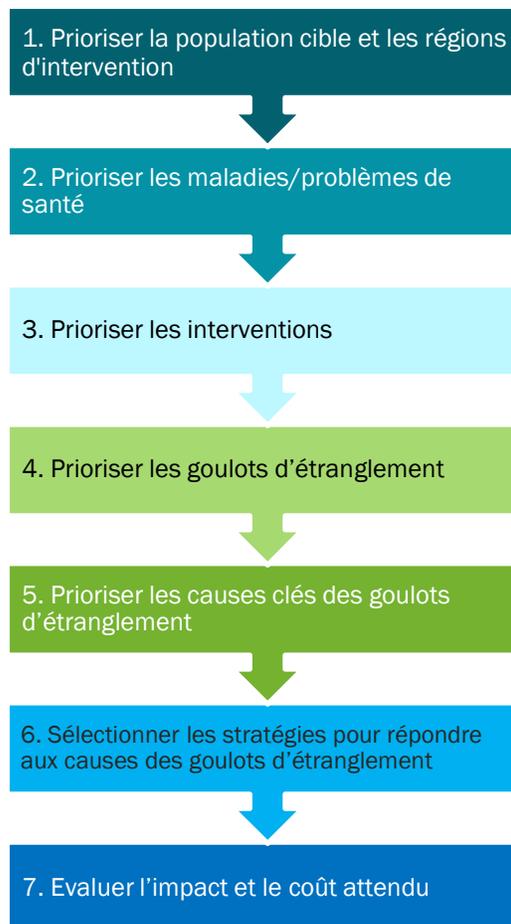
Les outils utilisés pour l'élaboration du CI pour la SRMNIA-N sont :

- EQUIST (Outil de priorisation focalisé sur l'équité et permettant de visualiser les données et d'estimer la rentabilité d'un ensemble d'interventions) pour l'exercice de priorisation, d'identification des goulots d'étranglement, de choix des stratégies et de définition de scénarii pour le calcul de l'impact et des coûts estimatifs.
- Live Saved Tools (LiST) pour estimer l'impact des interventions SRMNIA-N. Il est intégré à OneHealth et EQUIST.
- OHT (OneHealth Tool), outil de planification stratégique à moyen terme, pour la budgétisation des plans.

Plan du document

Le **chapitre 1** définit le contexte dans lequel ce CI est conçu, la période qu'il recouvre, et comment il a été élaboré. Il se termine en mettant en évidence les engagements pris par le Gouvernement de Madagascar pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, pour combattre le

Diagramme 2 : Processus de Priorisation



retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, et pour améliorer la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes.

Le chapitre 2 décrit les progrès vers la réalisation du PDSS et des ODD associés à des objectifs de SRMNIA-N. Il examine également les disparités qui existent dans le pays, selon les régions, le milieu de résidence (urbain vs. rural) et le quintile de bien-être économique des ménages.

Le chapitre 3 identifie les goulots d'étranglement qui ont empêché d'obtenir des résultats satisfaisants par le passé et analyse les régions prioritaires à travers des critères scientifiques rigoureux. Il met également en exergue les principaux goulots d'étranglement liés au système de santé.

Le chapitre 4 présente le CI à proprement parler : les modalités qui ont permis d'identifier les domaines prioritaires de SRMNIA-N, les populations-cibles prioritaires, ainsi que les régions de mise en œuvre. Il offre une feuille de route pour combler les besoins de SRMNIA-N, en fonction d'estimations sur le nombre de vies sauvées et de retards de croissance évités, grâce à la gamme d'interventions rentables choisies. Il propose également une estimation des coûts des interventions prioritaires.

Le chapitre 5 décrit les résultats à atteindre et les interventions attendues dans le CI.

Le chapitre 6 fait état des ressources nécessaires pour éliminer les obstacles au niveau du système de santé et ceux qui empêchent d'offrir les paquets à haut impact dans les régions prioritaires. Il s'agit d'une analyse des ressources nécessaires par domaine, par intervention et par année. Les ressources disponibles et mobilisables sont également identifiées de manière prospective grâce à une cartographie détaillée des ressources. Le chapitre propose enfin une esquisse des déficits de financement actuels et fait état des stratégies pour les combler.

Le chapitre 7 décrit le mécanisme de suivi-évaluation du CI pour la SRMNIA-N.

CHAPITRE UN : ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SRMNIA-N

La santé maternelle

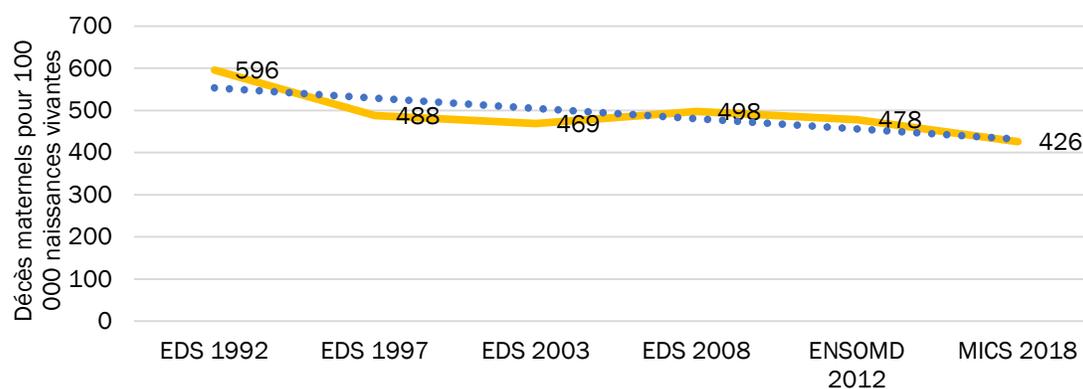
La mortalité maternelle

A. Pas d'évolution positive nette à Madagascar sur un quart de siècle

A Madagascar, le taux de mortalité maternelle est passé de 596 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 426 pour 100 000 naissances vivantes en 2018⁶, avec un taux de réduction globale de 28,5% et une réduction annuelle continue de 5,7% sur une période de 26 ans.

Dans le monde, sur une période de 25 ans (1990 à 2015), le taux de réduction globale de la mortalité maternelle a été de 42,7%, soit une réduction annuelle de 17,1%.

Graphique 1 : Evolution du taux de mortalité maternelle



B. Les causes des décès maternels

Avec un enregistrement de l'état civil et un système de surveillance encore peu fonctionnels, Madagascar, à l'instar d'autres pays d'Afrique subsaharienne, se réfère aux estimations de l'OMS pour déterminer les causes de sa mortalité maternelle⁷. Selon l'OMS, les principales causes de décès maternels sont : les hémorragies (24,5%), les complications liées à l'avortement (9,6%), les désordres hypertensifs (16%), les infections (10,3%), d'autres causes directes (9%) et des causes indirectes (28,6%).

Les hémorragies représentent un total de 24,5% des décès maternels, selon la période de l'accouchement ou elles interviennent : avant (8,4%) ; pendant (0,9%) et après (15,2%).

Les autres causes directes comprennent les complications liées à l'accouchement (3,3%) ; l'obstruction du travail ou l'accouchement dystocique (2,1%), et autres causes directes (3,7%).

Les autres causes indirectes représentent un total de 28,6% des décès maternels, réparties comme suit : causes liées au VIH (6,4%) ; conditions médicales préexistantes comme le paludisme ou l'anémie (12,8%) et autres causes indirectes (9,3%).

⁶ INSTAT, 2018, *MICS*.

⁷ Say et al., 2014, *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*, 323-33.

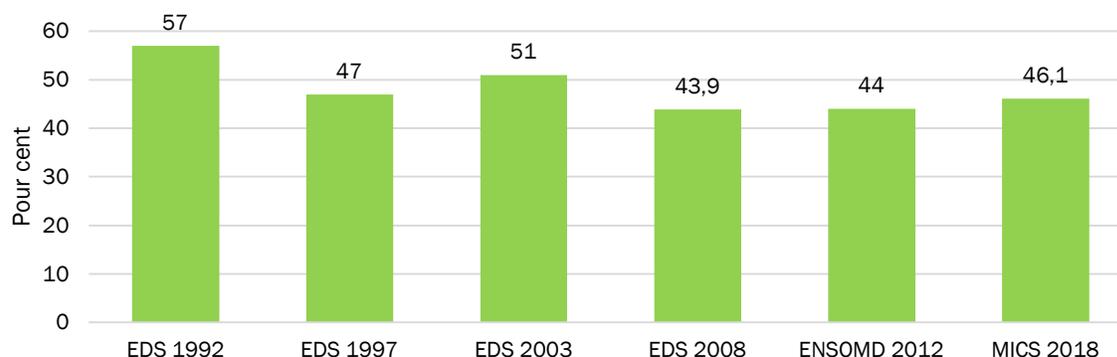
L'étude sur les facteurs déterminants montre que 86,6% des cas de décès maternels ont au moins un facteur lié au prestataire, 70% des cas au moins ont un facteur lié au volet administratif et 56,6% des cas ont au moins un facteur lié à l'individu, la famille ou la communauté⁸. Une principale faiblesse identifiée est l'inexistence d'un plan de communication sur l'accouchement dans les FOSA à l'intention de la communauté, des familles et des mères.

Moins de la moitié (46,1%) des accouchements sont assistés par un personnel qualifié. Seules 38% des femmes accouchent en FOSA, selon le MICS 2018. On observe un recul de ce taux sur la période 1992-2018, avec une réduction de 14%.

L'assistance à l'accouchement

L'une des causes sous-jacentes du fort taux de mortalité maternelle est le fait que de nombreuses femmes accouchent en dehors des structures de santé dotées de personnel qualifié.

Graphique 2 : Evolution du pourcentage des accouchements assistés par un personnel qualifié



Par ailleurs, selon l'enquête MICS 2018, 72% des accouchements assistés par un personnel qualifié se passent en milieu urbain. Et cela a toujours été le cas à Madagascar au fil des années car ce taux était de 68% en 1997⁹.

Selon les résultats d'une étude sur les prestations de services dans les FOSA à Madagascar en 2016, seules 17,7% des FOSA ont la capacité de dispenser des services de soins obstétricaux d'urgence de base (SONUB). Et au niveau des Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD), 73,5% offrent des SONUB, dont 90% se trouvent en milieu urbain.

Pour les consultations prénatales, seulement 50,6% des femmes enceintes ont effectué 4 CPN ou plus. Par ailleurs, seules 27,2% ont effectué leur première visite prénatale avant le 4ème mois de grossesse.

Enfin, concernant le pourcentage de femmes enceintes qui reçoivent des soins déterminants de la qualité d'une consultation prénatale, ce sont toujours les femmes enceintes en milieu rural qui sont les plus lésées.

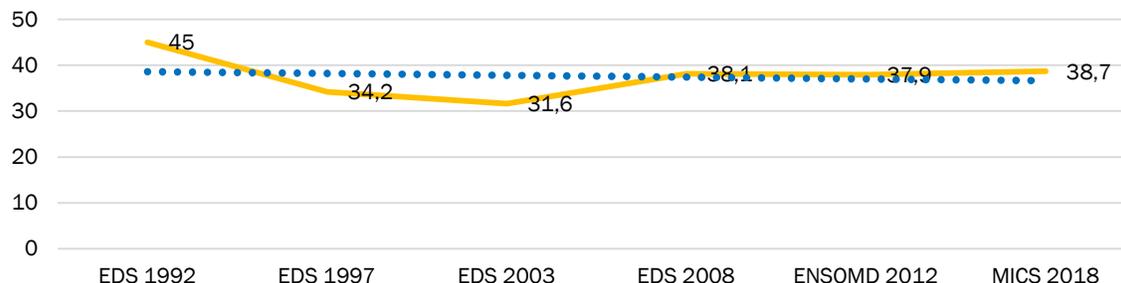
⁸ Ministère de la Santé Publique (MSANP), Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), 2010, *Enquête Confidentielle des Décès Maternels*.

⁹ INSTAT, 1997, *Enquête Démographique et de la Santé (EDS) 1997*.

L'accouchement dans un établissement de santé

Seules 38% des femmes ont accouché dans une FOSA, selon l'enquête MICS 2018. On assiste même à un recul du taux sur la période 1992-2018, avec une réduction de 14% (graphique 3).

Graphique 3 : Pourcentage des accouchements en établissement de santé



Les disparités sont encore plus importantes suivant les régions : seulement 14,5% des femmes accouchent dans un établissement de santé dans la région Atsimo Atsinanana, contre 67,6% dans celle d'Analamanga en 2018 (MICS).

Les offres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets (SONUC)

Selon les résultats de l'étude sur les prestations de services dans les formations sanitaires à Madagascar en 2016, seules 17,7% des établissements de santé ont la capacité de dispenser des SONUB, et ce, nettement plus fréquemment en milieu urbain, avec un taux de 41,5% contre seulement 13,9% en milieu rural. La situation est encore plus marquée dans les CSB1 qui, dans l'ensemble, n'offrent aucun service de SONUB. Cependant au niveau des CHR, 73,5% offrent des services de SONUB. Toutefois, la plupart se trouvent en milieu urbain (90%) contre 10% en milieu rural.

Seuls quelques CHR (4,5%) offrent une couverture complète de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Les consultations prénatales

À Madagascar, 85,1% des femmes enceintes suivent au moins une visite prénatale auprès d'un personnel qualifié, selon l'enquête MICS 2018. Toutefois, le problème se manifeste à la fois en termes de continuité des consultations pour respecter le standard minimum de 4 visites et 8 contacts durant la grossesse, et aussi en termes de qualité des services. En effet, seulement 50,6% des femmes enceintes effectuent 4 CPN ou plus. Par ailleurs, seules 27,2% effectuent leur première visite prénatale avant le 4^{ème} mois de grossesse. Sur le plan de la qualité des services, si 68,5% des femmes enceintes ont fait l'objet d'une prise de tension artérielle, seules 22,5% ont reçu la totalité des soins (prise de tension artérielle, analyse d'urine pour recherche d'albumine et de sucre, prise de sang pour la détection de la syphilis et du VIH). Finalement, il convient de mentionner que ce sont toujours les femmes enceintes vivant en zone rurale et celles appartenant aux ménages les plus pauvres qui sont les plus lésées. En effet, seules 16,8% des femmes du milieu rural ont reçu des soins complets, contre 45,2% pour celles du milieu urbain. Il en est de même pour les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres, avec un taux de 11,7% contre 56,5% pour celles des ménages aisés, concernant les soins CPN complets.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

En moyenne, seulement 60,2% des femmes enceintes ont été reçues au niveau des sites PTME. Seules 59,8% des femmes reçues dans les sites PTME ont accepté d'être dépistées. Ce qui peut être la conséquence d'une mauvaise qualité du conseil et/ou d'une faible implication des hommes dans la démarche.

La proportion des femmes séropositives parmi celles dépistées entre 2007 et 2011 est de 0,03%. Environ 65% des femmes enceintes dépistées séropositives au VIH ont reçu des antirétroviraux (ARV) pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 2007 à 2011.

La santé des adolescents

Le taux de fécondité des adolescentes

Le taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans est de 151 pour 1000 jeunes filles à Madagascar, selon l'enquête MICS 2018, soit une baisse de 7% par rapport aux données de l'enquête ENSOMD 2012 (163‰). Par contraste, l'OMS estime que le taux mondial de fécondité chez les adolescentes a baissé de 11,6% au cours des 20 dernières années. Le taux moyen en Afrique centrale est estimé à 129,5‰¹⁰.

Selon l'OMS, dans le monde entier, les grossesses chez les adolescentes sont plus susceptibles de se produire dans les communautés marginalisées, et sont généralement dues à la pauvreté et au manque d'éducation et de possibilités d'emploi.

Le comportement sexuel des adolescents

Selon l'enquête MICS 2018, près d'une fille de 15-19 ans sur 5 (18,2%) déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Ce taux est de 8,4% chez les garçons. Les filles habitant le milieu rural, avec un taux de 19,2%, ont des rapports sexuels plus précoces que celles en milieu urbain, avec un taux estimé à 10,7%.

On observe le même phénomène chez les garçons à un degré moindre, avec un taux de 10,2% pour ceux en milieu rural contre 7,5% pour ceux en milieu urbain.

Les jeunes appartenant aux ménages les plus pauvres, avec un taux de 29,6% chez les filles et de 13,9% chez les garçons, ont des rapports sexuels plus précoces que ceux des ménages les plus riches (seulement 5,5% chez les filles et 8,8% chez les garçons).

Or, l'utilisation du préservatif lors d'un rapport sexuel avec un partenaire non marital chez les adolescentes non en union mais sexuellement actives est très faible, aussi bien chez les garçons (9,1%) que chez les filles (7,9%).

Par ailleurs, l'utilisation d'une méthode de contraception chez les adolescentes reste encore faible, et a même diminué par rapport à 2012 chez celles en union. En effet, seulement 29,8% des adolescentes de 15 à 19 ans en union utilisent une méthode de contraception moderne selon l'enquête MICS 2019, contre 36,5% en 2012 (ENSOMD).

¹⁰ OMS, Décembre 2020, « La grossesse chez les adolescentes ».

Le mariage précoce chez les adolescentes

À Madagascar, 10,7% des filles de 15 à 19 ans sont en union avant l'âge de 15 ans, et 19% avant 18 ans, selon l'enquête MICS 2018. Parmi les femmes de 15-49 ans mariées avant 15 ans, 24% n'ont reçu aucune instruction tandis que 4% ont au moins suivi des études secondaires.

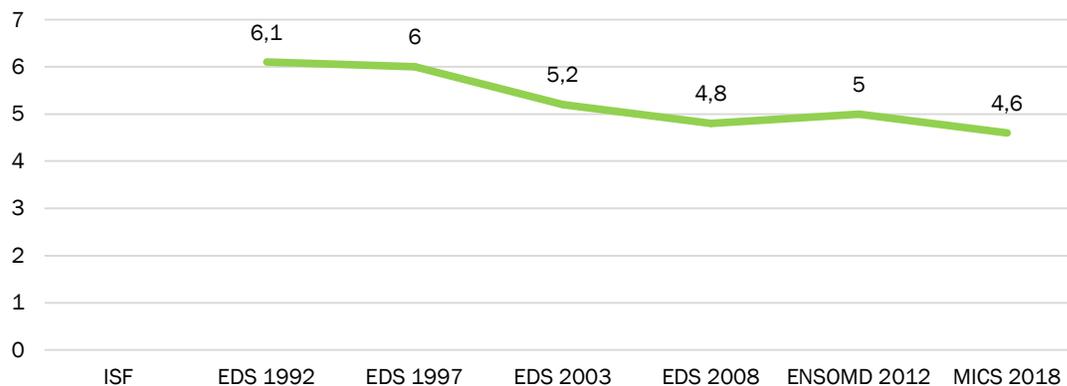
Les progrès vers l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR), dont la planification familiale (PF)

L'indice synthétique de fécondité

L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants par femme pour la tranche d'âge de 15-49 ans. L'enquête MICS 2018 fait état d'un ISF estimé à 4,6. Il est nettement plus élevé en milieu rural (5 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,4 enfants par femme). Il est 2,4 fois plus élevé chez les femmes des ménages les plus pauvres (6,7) que celles des ménages les plus riches (2,8).

L'ISF, qui s'est réduit de 25% de 1992 à 2018, est en déclin, permettant au pays de s'avancer vers sa transition démographique.

Graphique 4 : Tendance de l'indice synthétique de fécondité



La prévalence contraceptive

La tendance de la structure démographique montre une proportion minoritaire des individus en âge de travailler, avec une majorité de personnes à charge accentuant davantage le cycle de pauvreté ; deux tiers de la population ont moins de 25 ans et près de la moitié a moins de 15 ans.

La loi sur la planification familiale a été adoptée et promulguée en 2018. Elle a pour but de remplacer celle élaborée durant la période coloniale, en 1920, dont la politique est nettement nataliste. Cette nouvelle loi permet à tout individu d'avoir accès aux services et produits de SR/PF.

Au fil des années, à Madagascar, on observe une augmentation nette de la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union. En effet, le taux de prévalence contraceptive moderne a connu une croissance de 58%. Une certaine stagnation est constatée depuis une décennie, comme si le taux était arrivé à saturation (40% en 2009, 39% en 2012 et 40,5% en 2018).

Les progrès pour mettre fin aux décès évitables des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans

La mortalité infanto-juvénile

A. Les chiffres

On observe des progrès évidents sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile, mais cela reste encore insuffisant. A Madagascar, la mortalité infanto-juvénile a régressé de 164 à 59 pour mille naissances vivantes de 1997 (EDS) à 2018 (MICS), avec un taux de réduction de 64% sur un quart de siècle.

Toutefois, les disparités régionales sont importantes. Les régions dont les taux sont les plus élevés sont celles de Betsiboka (78,23‰), Anosy (77,42‰), Sofia (69,35‰) et Analanjirofo (62,9‰).

Par ailleurs, toujours selon l'enquête MICS 2018, les enfants vivant dans les zones rurales paient le plus lourd tribut, avec un taux de 63‰ contre 51‰ pour ceux issus du milieu urbain.

La situation des enfants issus des ménages les plus pauvres est encore plus préoccupante car le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans y est de 75‰, comparé aux ménages les plus riches (39‰).

La durée de l'intervalle inter-génésique apparaît comme étant le facteur qui influe le plus nettement sur les niveaux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les intervalles de moins de deux ans, qui réduisent chez la femme le degré de récupération de ses capacités physiologiques, entraînent une mortalité infanto-juvénile environ trois fois plus élevée que celles estimées pour les naissances à intervalle de 4 ans ou plus (93‰ et 39‰, respectivement).

Les quotients de mortalité infanto-juvénile, comme il fallait s'y attendre, augmentent proportionnellement au rang de naissance de l'enfant. Il est de 51‰ pour les enfants de rang 1 ; ils augmentent nettement pour les rangs suivants (68‰ pour les rangs 2-3 et de 75‰ pour les enfants de rangs 7 ou plus).

B. Les causes des décès infantiles

Les causes principales de décès infantiles sont la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la rougeole. La pneumonie emporte plus d'enfants que toute autre maladie, et pourtant, comme dans tous les pays en voie de développement, la proportion des enfants de moins de cinq ans présumés atteints de pneumonie et qui sont examinés par un soignant qualifié, reste faible. La dénutrition est partiellement responsable de plus d'un tiers des décès chez les enfants de moins de cinq ans.¹¹

C. La place de la vaccination dans la réduction de la mortalité infantile

La vaccination est un moyen prouvé de contrôler et d'éliminer les maladies infectieuses potentiellement mortelles.

On estime qu'elle évite entre 2 et 3 millions de décès chaque année. C'est l'un des investissements en santé les plus rentables, basé sur des stratégies sûres qui la rendent accessible même aux populations les plus difficiles à atteindre et vulnérables¹².

Cependant, les résultats en matière de vaccination restent encore nettement en-deçà de ceux attendus à Madagascar. En effet, seulement 32,7% des enfants ont reçu la totalité des vaccins exigés par le Programme Elargi de Vaccination (PEV), selon l'enquête MICS 2018, contre 51,2% en 2013 (ENSOMD). On observe aussi des disparités importantes entre les régions. C'est ainsi que les enfants

¹¹ Nations Unies, n.d. « Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ».

¹² OMS, Juin 2016, « Faits saillants de la vaccination 2015 ».

habitant les régions d'Itasy et d'Analamanga ont les couvertures vaccinales les plus élevées, avec respectivement des taux de 60,9% et 52,2%. Les enfants des zones urbaines, avec un taux de vaccination de 40,8%, ont plus de chance de recevoir la totalité des vaccins que ceux en milieu rural, dont le taux de vaccination est de 30,7%.

D. La prise en charge des maladies infantiles

L'enquête MICS 2018 donne des informations sur le pourcentage d'enfants pris en charge convenablement lors des épisodes de maladies comme la diarrhée, la toux ou le rhume et la fièvre, qui sont les maladies qui touchent le plus fréquemment les enfants de moins de 5 ans.

L'enquête MICS 2018 révèle alors que pour les enfants qui étaient atteints de diarrhée pendant les deux semaines qui ont précédé l'enquête, seuls **6,4%** ont reçu une solution de réhydratation orale (SRO) combinée avec du Zinc sous forme de comprimés (traitement préconisé par le MSANP).

Ceux qui ont présenté de la fièvre et qui ont reçu une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (schéma recommandé par le MSANP) représentent seulement **3%** des enquêtés.

Cependant, le pourcentage d'enfants présentant des signes d'infection respiratoire aigüe (IRA) et qui ont reçu des antibiotiques est nettement plus important, à **43,2%**.

Le recours aux soins et l'administration d'un traitement recommandé sont influencés, pour ces 3 cas de maladies chez les enfants de moins de 5 ans, par les mêmes facteurs, à savoir : l'indice de bien-être économique (en faveur des enfants des ménages aisés) ; le lieu de résidence (en faveur des enfants vivant en zone urbaine) ; et le niveau d'instruction des mères (en faveur de ceux dont les mères ont reçu une formation de niveau secondaire ou supérieur).

La mortalité néonatale

La moyenne nationale est de 21‰¹³ naissances vivantes, mais les disparités régionales et par lieu de résidence sont importantes. En effet, les taux les plus élevés sont observés dans les régions de DIANA (32‰), Atsimo Atsinanana (31‰), Vakinankaratra (30‰) et Betsiboka (30‰). Les taux les plus bas se trouvent dans les régions d'Atsinanana (7‰), Melaky (13‰) et Atsimo Andrefana (15‰). Ce taux varie donc du simple au quadruple, d'un minimum de 7‰ dans la région Atsinanana à 32‰ dans celle de DIANA.

Les risques de mourir dans les 28 jours suivant la naissance présentent surtout des écarts importants selon les conditions socioéconomiques des ménages. D'une manière générale, la mortalité néonatale est nettement moins élevée chez les enfants issus des ménages les plus riches (19‰), en comparaison à ceux des ménages les plus pauvres (23‰). Le lieu de résidence, en revanche, n'a pas d'influence évidente sur la mortalité néonatale.

Par ailleurs, plus l'intervalle avec la naissance précédente est court, plus la mortalité néonatale est élevée. Elle est de 15‰ si l'intervalle est de 4 ans ou plus et de 36‰ si l'intervalle est inférieur à 2 ans. On observe aussi que le risque de décès néonatal augmente avec le rang de naissance. En effet, le taux de mortalité néonatale est de 19‰ si le rang de naissance est de 1, et se trouve à 30‰ si le rang de naissance est de 7 ou plus¹⁴.

¹³ INSTAT, 2018, *MICS*.

¹⁴ INSTAT, 2018, *MICS*.

Les progrès pour mettre fin au retard de croissance

Le retard de croissance : un problème de santé et de développement

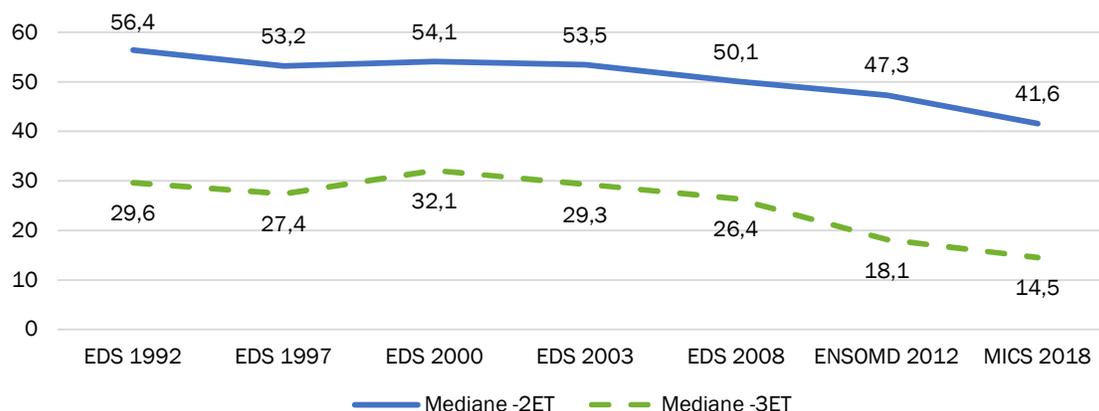
Le retard de croissance chez l'enfant résulte de la dénutrition maternelle et d'une alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadaptée. Corrélié avec des perturbations du développement neurocognitif, il s'agit d'un marqueur de risque de maladies non transmissibles et de productivité amoindrie à un âge plus avancé. Il y a lieu de rappeler ici l'importance de la période des 1000 jours à compter de la naissance, au cours de laquelle se posent les bases de la taille physique d'un individu et de ses capacités physiologiques et intellectuelles à un stade plus avancé de la vie.

Diagramme 3 : Conséquences du retard de croissance à court et à long terme sur la santé et le développement de l'enfant et sur l'économie du pays (Source : OMS)



A Madagascar, le retard de croissance a connu une légère amélioration depuis 1992 (graphique ci-dessous). Toutefois, cette réduction reste encore timide au vu des résultats de l'enquête MICS 2018.

Graphique 5 : Tendances de la malnutrition chronique de 1992 à 2018



Les disparités régionales sont criardes, allant du simple au triple, c'est-à-dire de seulement 20,4% dans la Région Atsimo Atsinanana, à 29% dans l'Itasy et 60% dans celle de Vakinankaratra. Ceci étonne car le Vakinankaratra est réputé pour être une région à fortes activités agricoles et d'élevage.

Les facteurs qui influencent le retard de croissance

Il existe un lien entre la prévalence du retard de croissance et **le lieu de résidence**, nettement en défaveur des enfants en milieu rural (avec un taux de 43%) et en faveur du milieu urbain (38%). Cela est certainement lié aux importantes disparités entre la zone urbaine et la zone rurale en ce qui concerne le type d'habitat et le système d'évacuation des excréments et d'approvisionnement en eau potable. En effet, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2003, les enfants qui

s’approvisionnement en eau de surface sont plus susceptibles d’accuser un retard de croissance (53%) que ceux ayant accès à l’eau du robinet ou l’eau de puits (39%). Par ailleurs, les enfants de ménages sans toilettes ou qui disposent de latrines sont plus susceptibles d’accuser un retard de croissance (51% et 44%, respectivement) que les enfants de ménages disposant de toilettes avec chasse d’eau (31%).

Les enfants déclarés comme ayant un **petit poids à la naissance** (moins de 2500 g) souffrent plus fréquemment (60,7%) de malnutrition chronique par rapport aux enfants ayant un poids normal à la naissance (44,5%)¹⁵.

La supplémentation en Vitamine A

A Madagascar, le pourcentage des enfants anémiés de 6 à 59 mois a diminué de 68% à 50% entre les EDS III (1997) et IV (2009), grâce certainement aux Semaines de la Santé de la Mère et de l’Enfant, organisées de manière biannuelle dans le pays, pour fournir une supplémentation en Vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois.

Le niveau socioéconomique du ménage a aussi une influence sur la charge de retard de croissance. En effet, les enfants des ménages pauvres sont plus touchés par le retard de croissance (40,8% pour le premier quintile de bien-être économique [Q1] ; 44,7% pour le Q2) que ceux des ménages aisés (35,5% pour le Q5).

Les progrès pour mettre fin au SIDA et au paludisme

Les cas du VIH/SIDA

Selon le Spectrum-ONUSIDA de 2018, le taux de prévalence du VIH est de 0,2% à Madagascar. Toutefois, seulement “2687 personnes sur les 31 000 estimées vivre avec le VIH (PVVIH) reçoivent réellement des soins au niveau des formations sanitaires du pays. Mais plus de 80% des personnes suivies bénéficient de traitements antirétroviraux (ARV)”. La situation exige, de ce fait, une amélioration continue de la couverture des soins, y compris au niveau communautaire, liés aux infections sexuellement transmissibles (IST), au VIH et au SIDA.

Les chiffres indiquent que 49,5% des FOSA –soit 1613 sur les 3260 du pays– offrent un service intégré de conseil et dépistage. Le nombre de personnes reçues en conseil pré-dépistage a été plus faible en 2009 et 2010 que les autres années en raison, d’une part, des ruptures de stocks fréquentes des réactifs et consommables de laboratoire, et d’autre part, de la crise politique qu’a traversé le pays. Le taux d’acceptation du test par les personnes reçues varie entre 77,3% et 91%. Cependant, celui des personnes ayant retiré leurs résultats, parmi celles qui avaient effectué le test, était de 91% à 97,4%.

Mettre fin au paludisme

La lutte contre le paludisme joue un rôle majeur dans la Politique Nationale de Santé à Madagascar. Les efforts entrepris par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) avec l’appui des partenaires ont contribué au recul de la morbidité et de la mortalité palustres.

La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (selon les résultats du test de diagnostic rapide [TDR]) est de 5,1% dans l’ensemble du pays. Cette prévalence est plus faible en zone urbaine

¹⁵ INSTAT, 2013, *ENSOMD 2012-2013*.

(1,6%) qu'en zone rurale (5,5%). Elle est plus élevée chez les enfants des ménages les plus pauvres (11%), comparée à ceux des ménages les plus riches (0,1%)¹⁶.

Les interventions mises à l'échelle pour améliorer la lutte contre le paludisme sont les suivantes : campagnes de masse de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide à efficacité durable (MID), prise en charge avec combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) impliquant le secteur privé, prise en charge intégrée des maladies des enfants communautaires (PCIMEc) avec renforcement du diagnostic par introduction des TDR à ce niveau, utilisation des examens microscopiques, campagnes généralisées puis focalisées d'aspersion intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent (CAID) et renforcement du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg).

Principaux résultats :¹⁷

- Au niveau national, 77,5% des ménages possèdent au moins une MID.
- Cette proportion atteint 92% dans les zones endémiques.
- Le taux de couverture universelle en MID est de 44% dans l'ensemble du pays.
- Il est de 54% pour l'ensemble des districts en zone endémique.

Concernant l'utilisation de MID¹⁸ par les enfants de moins de 5 ans¹⁹, si l'on considère qu'un enfant est protégé contre le paludisme en dormant sous une moustiquaire ou en vivant dans un logement dont l'intérieur a été aspergé d'insecticide au cours des 12 derniers mois, alors 76% des enfants de moins de cinq ans sont protégés contre le paludisme.

Concernant les femmes enceintes, dans l'ensemble, 72% des femmes enceintes ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'interview. Dans la majorité des cas (69%), la moustiquaire est une MID. Le taux d'utilisation des MID par les femmes enceintes est beaucoup plus élevé dans les zones endémiques que dans les zones non endémiques (82% contre 38%). Cependant, on constate le contraire sur les Hauts Plateaux (15%).

Peu de femmes enceintes reçoivent deux doses ou plus de Sulfadoxine-Pyriméthamine pour la prophylaxie durant la grossesse. En effet, si près d'une femme sur cinq (22,3%) ont déclaré avoir pris deux doses ou plus de SP, dont au moins une dose lors d'une visite prénatale, une femme enceinte sur dix (10,3%) a pris, comme recommandé, trois doses ou plus d'un traitement préventif intermittent (SP), dont au moins une dose lors d'une visite prénatale de routine.

La prise en charge des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans : Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre deux semaines avant l'enquête, seuls **1,7%** ont reçu une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine. Et 46% des enfants seulement ont fait l'objet d'une demande de conseil ou de recherche de soins en cas de fièvre. Les enfants résidant en zone urbaine sont plus favorisés (53%) par rapport à ceux des zones rurales (45%). Il en est de même pour les enfants issus des ménages les plus riches (57%), par rapport à ceux des ménages les plus pauvres (44%).²⁰

¹⁶ INSTAT, Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Institut Pasteur de Madagascar (IPM) et ICF, Janvier 2017, *Enquête sur les Indicateurs du Paludisme à Madagascar (EIPM) 2016*.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Une MID (moustiquaire imprégnée d'insecticide à efficacité durable) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire.

¹⁹ INSTAT, PNL, IPM et ICF, Janvier 2017, *EIPM 2016*.

²⁰ INSTAT, 2018, *MICS*.

Les progrès sur l'enregistrement des naissances

Sur l'enregistrement des faits de l'état civil

L'enregistrement des naissances et des décès à Madagascar est régi par la loi N° 61-025, qui a été révisée par la loi N° 90-015 en 1990. Le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation est responsable de l'enregistrement des naissances et des décès. L'enregistrement est gratuit et obligatoire. Il doit avoir lieu dans les 12 jours qui suivent les naissances et les décès. Il est effectué manuellement. Un comité national de coordination du système d'enregistrement et des statistiques de l'état civil (ESEC) a été mis en place.

Une évaluation a été réalisée et un plan stratégique a été élaboré.

Enregistrement des naissances

Environ 80% des enfants de moins de 5 ans ont été enregistrés en 2008/09, suivant une augmentation modeste par rapport à 2003/04, lorsque le taux était de 75%. L'enregistrement des naissances était plus élevé que la délivrance d'extraits de naissance (61% en 2008/09), ce qui montre qu'environ un quart des enfants enregistrés ne recevaient pas d'extraits de naissance. L'enregistrement est plus faible pour les ménages les plus pauvres (51%) par rapport aux ménages les plus riches (93%). Des disparités régionales existent.

Enregistrement des décès et des causes de décès

Il n'existe pas d'information sur la couverture de l'enregistrement exploitable des décès et des causes de décès à Madagascar.

Enregistrement des mariages

Il n'existe pas d'information sur la couverture des enregistrements des mariages mais l'EDS de 2008-2009 a montré qu'en 2008, 48% des femmes de 20-24 ans se sont mariées avant leurs 18 ans, plaçant le pays au rang le plus élevé des mariages d'enfants.

Statistiques de l'état civil

Elles sont produites mais sont limitées aux tableaux de base.

Domaines d'amélioration

- Constitution de centres d'enregistrement secondaires et utilisation de l'enregistrement itinérant
- Amélioration des processus et procédures d'enregistrement des faits de l'état civil
- Mise en place d'identifiants uniques et améliorations du système d'information et d'enregistrement des faits de l'état civil
- Archivage et sécurisation des registres d'enregistrement
- Implication des acteurs communautaires dans les processus d'enregistrement des faits de l'état civil
- Renforcement de la demande pour les services de l'état civil

Les progrès sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement

Les résultats des récentes enquêtes ENSOMD et MICS montrent de grandes disparités dans l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement à Madagascar.

En effet, l'ampleur des inégalités en matière d'accès à l'eau et à l'assainissement trouve son origine dans la stratification sociale.

Le revenu et le statut social ont leur importance, de même que le lieu de résidence, les conditions d'emploi ainsi que des facteurs tels que les comportements individuels et l'appartenance ethnique, dans certains cas.

Accès à une source d'eau améliorée

Selon les dernières estimations fournies par l'enquête MICS, 43% de la population Malagasy a accès à une source d'eau potable améliorée²¹. Ce taux est plus élevé en milieu urbain (72,5%) qu'en milieu rural (34,1%). Il existe d'importantes disparités régionales dans l'accès à des sources d'eau améliorées. Certaines régions sont relativement bien équipées (**Analamanga 78,9%** ; **Itasy 55,9%**), tandis que d'autres le sont bien moins (**Atsimo Atsinanana 12,2%** et **Melaky 20,7%**)²².

La répartition de la population par quintile de bien-être économique révèle que les plus riches ont un plus grand accès à des sources d'eau améliorées, avec un taux de **88,6%**, contre **14,3%** pour les plus pauvres.

Accès à l'assainissement

Selon les résultats de l'enquête MICS 2018, 16,7% de la population a accès à des installations sanitaires améliorées. Cependant, 41,2% de la population vivant en milieu urbain utilise des installations sanitaires améliorées contre 9,3% seulement en milieu rural. Les proportions les plus élevées se trouvent dans les régions d'Analamanga (49,7%) et DIANA (29,6%). Les proportions les plus faibles se trouvent dans les régions d'Atsimo Atsinanana (1,2%) et Atsimo Andrefana (2,1%). Parmi les ménages qui utilisent des installations sanitaires améliorées, 61% appartiennent aux quintiles de bien-être économique les plus élevés, contre seulement 0,1% pour les plus pauvres.

Défécation à l'air libre

On estime que **39,7%** de la population totale du pays défèque encore à l'air libre. Cette situation prend de l'ampleur actuellement avec une grande différence entre le milieu urbain (21,7%) et rural (45,2%).

Evacuation des matières fécales des enfants

Les selles des enfants de 0 à 2 ans sont jetées à l'air libre dans **53,5%** des cas. Elles ne sont évacuées en toute sécurité que dans seulement **25,95%** des cas. L'évacuation des selles des enfants de 0 à 2 ans en toute sécurité est encore moins pratiquée par les ménages les plus pauvres (**6%**) en comparaison aux ménages les plus riches (**57%**).

Lavage des mains avec de l'eau et du savon

Dans les faits, seulement 27% des ménages possèdent un dispositif de lavage des mains où l'eau et le savon sont présents.

²¹ INSTAT, 2018, *MICS*.

²² INSTAT, 2013, *ENSOMD 2012-2013*.

CHAPITRE DEUX : LES GOULOTS D'ETRANGLEMENT QUI EMPECHENT D'ATTEINDRE UNE COUVERTURE EFFICACE DES INTERVENTIONS ET CEUX LIÉS AU SYSTÈME DE SANTE

Analyse des goulots d'étranglement qui empêchent une couverture efficace des interventions à haut impact.

L'atteinte d'une couverture effective pour chaque service de soins est déterminée par un certain nombre de facteurs déterminants successifs, à savoir :

- La disponibilité des produits/intrants
- La disponibilité des ressources humaines
- L'accessibilité géographique des soins
- L'accessibilité financière des soins
- L'accessibilité socioculturelle des soins
- L'utilisation des services
- La couverture adéquate
- La couverture effective

L'analyse des goulots d'étranglement a permis d'identifier les facteurs déterminants d'une couverture effective des services de SRMNIA-N, y compris l'approvisionnement, les ressources humaines, la couverture géographique, l'utilisation initiale et continue, et la qualité, dans l'objectif d'identifier les causes profondes des performances sous-optimales du programme.

Les données nationales et désagrégées au niveau des régions issues des enquêtes MICS 2018, ENSOMD 2013 et dans certains cas de l'EDS 2009, ont été utilisées dans cette analyse. Nous avons adapté le modèle de Tanahashi pour estimer la couverture des interventions lors de leurs différentes étapes conditionnelles et identifier les goulots d'étranglement en termes d'accès, de disponibilité opérationnelle des intrants essentiels de santé au niveau des centres de santé, et de pratiques familiales essentielles.

Sur la disponibilité des intrants de santé

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET DU PLATEAU TECHNIQUE

SONU et accouchement

- Bien que plus des trois quarts (75,9%)²³ des formations sanitaires effectuent des accouchements, la plupart n'ont pas la capacité d'offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.
- Malgré les efforts déployés par les autorités et les PTF dans la mise en place des centres SONU, 0,6% disposent d'un plateau technique pour offrir les SONU²⁴, et 47 districts sanitaires sur 114 sont encore en deçà de la norme minimale de 4 FOSA SONUB pour 500 000 habitants.

²³ Banque mondiale Afrique, 2017, *Madagascar : Indicateurs de Prestation de services 2016*.

²⁴ FNUAP, 2009, *Enquête des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence à Madagascar 2009*.

Par ailleurs, le problème de financement se pose pour la mise à l'échelle des activités de formation en SONU, de remise à niveau des agents de santé et de suivi de la formation²⁵.

- Le ratio de FOSA fonctionnelles fournissant des services de SONUB est faible par rapport à la cible recommandée de 4 pour 400 000 habitants : 0,68 en T4/2016, 0,80 en T1/2017, 0,72 en T2/2017, 0,76 en T3/2017.²⁶
- Le ratio de FOSA fonctionnelles fournissant des services de SONUC est aussi faible par rapport à la cible recommandée de 1 pour 500 000 habitants : 0,68 en T4/2017, 0,45 en T1, T2 et T3/2017.
- Dans l'ensemble, on note un faible accès des femmes enceintes au niveau des FOSA SONU et des FOSA SONU fonctionnelles et non fonctionnelles : la proportion des accouchements dans les FOSA SONU varie de 13,1% au T1/2017 à 16,8% au T4/2016, ce qui est en deçà de la cible intermédiaire de 50%.
- La disponibilité des médicaments traceurs est assez faible dans certaines régions²⁷ : la région de Betsiboka (Misoprostol, sulfate de Mg, Hydralazine et Chlorhexidine), la région de Bongolava (Misoprostol, Hydralazine, gentamycine et Chlorhexidine), Ihorombe (Sulfate de Mg, Hydralazine et Chlorhexidine). L'Hydralazine est le médicament le moins disponible car la proportion est de 13% en T4/2016, 15% en T1/2017, 17% en T2 2017 et 15% en T3/2017.
- La dotation en kit individuel d'accouchement (KIA) et en Kit pour opérations césariennes (Kit OC) dépend en grande partie des PTF et s'arrête à la fin des projets qui les apportent. Par ailleurs, les ruptures de stocks en médicaments traceurs pour la santé maternelle sont dues particulièrement à **la mauvaise gestion des stocks, des problèmes de transport et de distribution surtout sur le dernier axe d'approvisionnement, c'est-à-dire, du district vers les centres de santé.**

Santé sexuelle et reproductive

A ce jour, plusieurs programmes ont confié à la centrale d'achats SALAMA les intrants nécessaires à leur fonctionnement. Ainsi les antituberculeux, les antipaludéens, les contraceptifs, les médicaments associés à la maternité sans risque (MSR) et ceux pour soigner les IST/SIDA sont distribués ensemble par le biais de la centrale d'achat. Au niveau des districts sanitaires, les Pharmacies de gros de District (PhaGDis) prennent le relai de SALAMA pour le stockage et la distribution de ces différents intrants de santé aux centres de santé publics et à de nombreux organismes à but non lucratif, assurant les prestations de service. Les PhaGDis sont gérées, dans la plupart des cas, par des ONG. Les responsables de ces ONG sont assistés par un agent de santé responsable du Fonds d'approvisionnement non-stop en médicaments essentiels (FANOME) du SDSP, qui se charge du suivi du fonctionnement de la PhaGDis. A ce titre, ce responsable est chargé de l'inventaire physique mensuel des médicaments et de la réception des rapports techniques et financiers d'utilisation des médicaments par tous les centres de santé publics s'y approvisionnant.

²⁵ FNUAP, Octobre 2012, *Madagascar : Evaluation de l'appui du FNUAP pour la santé maternelle*, p. 52.

²⁶ Ministère de la Santé Publique (MSANP), 2016-2017, *Rapport technique des monitorings des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, 4^e trimestre 2016, 1^{er}, 2^e et 3^e trimestre 2017*.

²⁷ Ibid.

Prévision des besoins²⁸

Pour tous les programmes en général, le processus de prévision des besoins se présente comme suit :

- Détermination des prévisions et quantification effectuées par l'Unité Technique de Gestion Logistique au sein de chaque programme.
- Validation du plan d'approvisionnement effectuée par le Comité de Gestion Logistique.

Pour la composante PF : Le Programme PF organise une réunion hebdomadaire pour discuter et suivre l'état des stocks des produits PF. Un comité de partenaires SR/PF composé des cadres du ministère chargé de la santé et des principaux partenaires actifs dans le domaine de la SR (UNFPA, USAID, PSI, USAID, Mikolo, Mahefa Miaraka, IRH) organise deux ateliers semestriels, dont le premier se concentre sur l'adoption des perspectives de l'année en cours et la validation des besoins pour déterminer le plan d'approvisionnement. Cette première réunion constitue aussi une occasion pour les uns et les autres de confirmer leur positionnement par rapport aux besoins présentés par le sous-comité logistique, un sous-comité très restreint dont le mandat est d'établir les besoins et le plan d'approvisionnement à débattre lors de la réunion du comité des partenaires SR. La deuxième réunion consiste à assurer le suivi de l'état d'avancement du programme établi et de faire des ajustements, le cas échéant.

Pour la composante MSR : les données sur la consommation réelle des produits n'étant pas disponibles, les méthodes démographiques et les statistiques de service sont utilisées pour la prévision.

Les prestations de service nécessitant des intrants de santé sont :

- Surveillance du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat
- SONUB et SONUC
- Soins post-natals (CPoN)
- Soins après avortement (SAA)
- Prévention, dépistage et prise en charge des fistules obstétricales

On compte deux systèmes de distribution en intrants du programme au niveau des bénéficiaires dans les FOSA (FANOME et gratuité des intrants dotés par les PTF).

Le GTT sur les intrants SMN se réunit mensuellement.

Pour la composante IST/SIDA : la prévision est basée sur les objectifs du programme établis au niveau central, sur la base des données des statistiques de services et logistiques sur la quantification des besoins. Le Groupe technique national, dirigé par la DLIS, avec la participation des différentes parties prenantes, pré-valide toutes les prévisions (objectifs, quantification, approvisionnement, etc.). La validation finale est effectuée par le Comité de Gestion Logistique.

Problèmes liés à la prévision des besoins :

- Non disponibilité des données sur la consommation réelle pour les composantes MSR et IST/SIDA ;
- Complexité de la gestion des stocks.

²⁸ MSANP et FNUAP, 2009, *Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction*.

Acquisition et achat des produits

Différents mécanismes sont utilisés pour l'acquisition des produits de santé de la reproduction, selon les partenaires.

Pour la composante **PF** :

- **L'UNFPA** assure les achats et l'acheminement des produits jusqu'à l'entrepôt de SALAMA tandis que le MSANP s'occupe des procédures de dédouanement.
- **L'USAID** assure les achats, la réception et le stockage des produits ; tandis que le MSANP prend en charge le transfert des produits de l'entrepôt de l'USAID jusqu'à l'entrepôt de SALAMA.
- **L'État** prend part à l'acquisition des produits en octroyant une ligne budgétaire à la Direction de la Santé Familiale (DSFa) depuis 2007. La commande est passée par la direction à SALAMA, qui assure par la suite les achats, la réception, le stockage et la distribution des produits.

Pour la composante **IST/SIDA** :

- Dans le cadre du financement du Fonds mondial, SE/CNLS et Population Services International (PSI) sont les 2 principaux bénéficiaires. Le SE/CNLS assure la prise en charge médicale et psychosociale, ainsi que l'acquisition des intrants. PSI assure les activités de prévention et de mobilisation communautaire, ainsi que l'acquisition des préservatifs.
- **L'Unité de Coordination des Projets (UCP) du MSANP**, qui est aussi le principal bénéficiaire du Fonds Mondial sur le volet Renforcement du système de santé (RSS), assure l'acheminement des produits des trois programmes sous Fonds mondial (SIDA, Paludisme et Tuberculose) vers les PhaGDis en collaboration avec SALAMA.
- **L'UNICEF** a également acheté des réactifs pour le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes, et certains intrants pour le traitement des IST courantes chez les adolescents.

Pour la composante **MSR** :

- Une ligne budgétaire de l'Etat, gérée par la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle, a permis d'acquérir certains produits de MSR et des Kits pour opérations césariennes. D'autres partenaires tels que l'UNFPA, MSI, UNICEF, USAID et la Banque mondiale ont aussi participé à l'acquisition de Kits et médicaments MSR.

Problème lié à l'acquisition et à l'achat de produits :

- Ruptures de stock de certains produits chez SALAMA.

Transport et distribution

Pour la composante **PF** :

Les contraceptifs sont intégrés au circuit de distribution des Médicaments essentiels génériques (MEG) et des consommables médicaux de SALAMA, quelle qu'en soit la source. A ce titre, ils sont acheminés des entrepôts centraux de SALAMA jusqu'aux PhaGDis, qui constituent les entrepôts des SSD. Chaque district sanitaire de Madagascar est approvisionné par SALAMA selon un planning d'expédition préétabli (une livraison par trimestre pour les districts sanitaires faciles d'accès et une par semestre pour les districts sanitaires difficiles d'accès). Au niveau des districts, la passation de commande et la levée des produits contraceptifs se font souvent au même moment que les MEG.

Au niveau communautaire, PSI assure directement l'approvisionnement à travers ses circuits.

Pour la composante **IST/SIDA** :

SALAMA assure l'acheminement des intrants vers les PhaGDis, avec le financement de l'UCP, qui est le principal bénéficiaire du Fonds Mondial pour le volet RSS, et conformément à l'état de répartition établi par la DLIS. Pour le cas des CHR, des centres hospitaliers de référence régionaux (CHRR) et des centres hospitaliers universitaires (CHU), SALAMA livre directement les intrants IST/SIDA à leurs pharmacies respectives. Le réapprovisionnement se fait à la demande des médecins référents car la consommation est actuellement encore non maîtrisée et la durée de péremption des produits très courte.

Pour la composante **MSR** :

Les produits MSR empruntent plusieurs circuits de distribution selon la source d'acquisition. Ainsi, les produits financés par le budget de l'Etat suivent le circuit SALAMA. Cependant, les produits acquis auprès des différents PTF sont soit acheminés par ces derniers jusqu'au SSD de destination, soit envoyés via le circuit de SALAMA.

Problèmes liés au **transport et à la distribution** :

- Absence de financement pour le transport des produits SR du SSD vers les points de prestation des services (PPS) ;
- Les prestataires paient parfois de leur poche les frais de transport.

Les médicaments prioritaires dits traceurs

En moyenne, 48% des médicaments prioritaires sont disponibles dans les FOSA à Madagascar. Ce sont les FOSA privées qui enregistrent la disponibilité la plus élevée de médicaments prioritaires (54%). Ni les médicaments prioritaires pour les enfants ni ceux pour les mères n'étaient largement disponibles, avec des scores moyens de 46,6% et 45,5%, respectivement. Même si près de deux tiers (61,7%) des médicaments traceurs étudiés étaient disponibles à Madagascar, **ils n'étaient tous disponibles que dans 4,2%** des FOSA. Aucune FOSA publique rurale n'avait l'ensemble des médicaments traceurs en stock, ce qui est particulièrement alarmant sachant que la majorité de la population vit en milieu rural.²⁹

Disponibilité des vaccins

Selon la Direction du PEV³⁰, tous les vaccins étaient disponibles au niveau central et des districts, bien que les niveaux de stocks de certains antigènes, notamment le VAT, le VAR et VPO, nécessitaient une action proactive pour prévenir les ruptures de stocks et les problèmes de dédouanement.

Le rapport sur les Indicateurs de Prestation de Services (IPS) de 2016-2017 montre qu'à Madagascar, seulement 51,9% des vaccins sont disponibles, quel que soit le type de FOSA. Les causes de non-disponibilité des vaccins comprennent la faible capacité de gestion des stocks au niveau des FOSA, les pannes de réfrigérateurs et le faible approvisionnement du Bureau de Santé de District.

²⁹ Banque Mondiale, 2017, *Madagascar : Indicateurs de Prestation de services 2016*.

³⁰ MSANP, Juin 2017, *Bulletin d'Information du Programme Elargi de Vaccination*.

Graphique 6 : Disponibilité de chaque vaccin par type de formation sanitaire

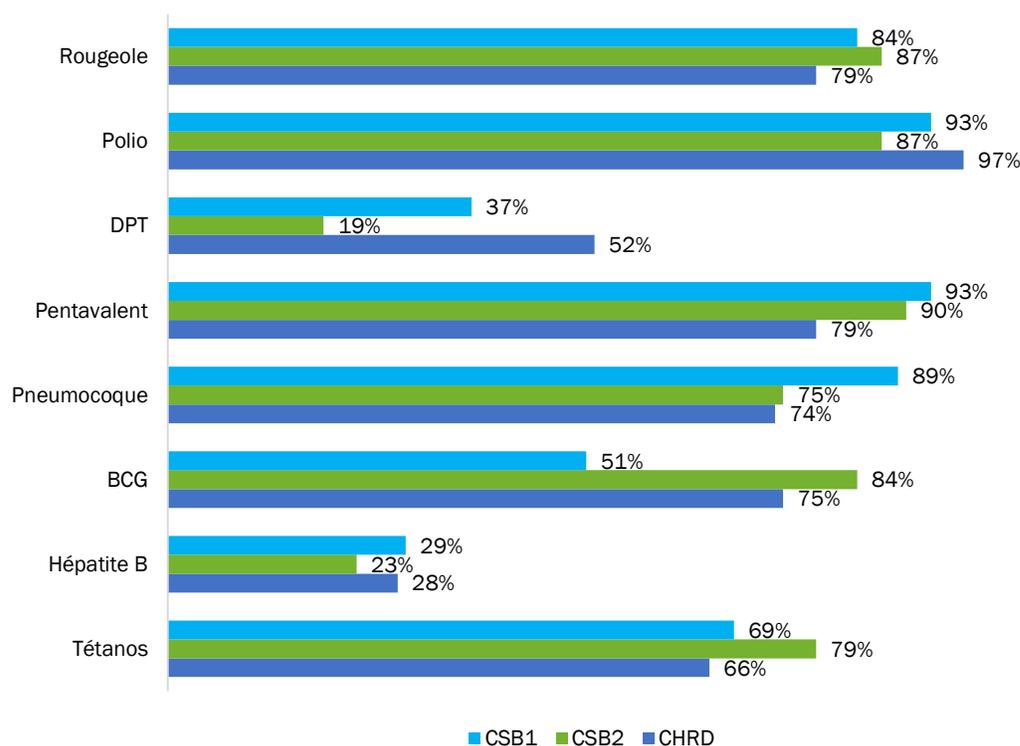


Tableau 2 : Disponibilité des vaccins par province

% de vaccins	Madagascar	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliara	Antsiranana
Dans l'ensemble	51,9	54,7	69,7	42,7	35,4	61,7	31,3
CSB1	51,6	55,1	64,4	32,5	25,5	76,2	50,9
CSB2	51,5	53,5	73,0	52,4	41,5	52,2	19,4
CHRD	66,3	74,1	78,1	0	27,4	100	77,5
Nb. formations sanitaires	319	84	68	50	41	47	29

Source : Prestations de services de santé à Madagascar, Banque mondiale, mars 2017

DISPONIBILITE DES EQUIPEMENTS DE BASE

On note une faible disponibilité des équipements de base en général dans l'ensemble du pays. Les différents équipements devant exister *a minima* dans toutes les FOSA sont : une balance de pesée (adulte, enfant ou nourrisson), un stéthoscope, un tensiomètre et un thermomètre. De plus, les éléments suivants devraient également exister dans les CSB2 et les hôpitaux en tant qu'équipements *a minima* : les équipements de stérilisation et un réfrigérateur. La disponibilité de ces équipements essentiels est illustrée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Disponibilité des différents équipements figurant dans l'indicateur sur les équipements

% formations	Madagascar	Antananarivo	Urbain	Rural	Public	Privé	Public urbain	Public rural
Balance de tout type	94,4	94,1	95,5	94	94	95,6	98,3	93,3
Thermomètre	86,2	82,9	91,7	84,5	83,3	97,2	85,2	83
Stéthoscope	93,2	93,2	96,1	92,2	91,7	98,6	93,9	91,3
Tensiomètre	73,0	76,1	91,1	67,1	66	99,1	81,8	63,5
Réfrigérateur	87,5	95,2	98,4	83,8	85,4	97,6	86,8	100,0
Stérilisation	56,0	70,5	74,1	47,5	46,8	82,4	67	42,3

Source : IPS Madagascar 2016

Le tableau ci-dessous permet de visualiser davantage le problème de disponibilité du matériel médical essentiel, voire vital pour certains, dans l'ensemble du pays.

Tableau 4 : Disponibilité du matériel médical

% formations	Madagascar	Antananarivo	Urbain	Rural	Public	Privé	Public urbain	Public rural
Ballon et masque de réanimation	34,3	23,2	32,6	34,9	35,1	31,5	36,1	34,9
Instrument de dégagement des voies respiratoires	34,9	19	32,8	35,6	36,6	28,6	36,1	34,9
Préservatif masculin	70,5	66,1	61,3	73,5	77,6	43,5	37,4	36,5
TDR du paludisme	91,3	77,3	78,1	95,6	95,5	75,3	35,8	37,9
Kit de dépistage du VIH	57,6	34,2	50,9	59,8	66,2	25,4	96,4	89,0
Kit de dépistage de la TB	9,8	15,1	19	6,8	8,6	14,3	4,6	16,4
Mètre ruban	91,1	90,6	85,2	93	93,7	81,1	31,6	33,0
Plateau de mesure de la taille	61,3	65,9	74,9	56,9	61,1	62,1	87,4	92,2

Source : IPS Madagascar 2016-2017

Parmi les causes de la faible disponibilité du matériel médical essentiel dans les FOSA, on peut noter :

- La non-prise en compte de ce matériel par les différents programmes/projets financés par les PTF ;
- L'absence de comptabilité matière en général et d'outils de gestion de matériels en particulier au niveau des FOSA ;
- L'absence de contrôle du matériel et des équipements lors des supervisions et des inspections.

Sur la disponibilité des ressources humaines formées

FAIBLE DISPONIBILITE DE RESSOURCES HUMAINES QUALIFIEES POUR LA SANTE (RHS)

Des ressources humaines pour la santé en nombre insuffisant et mal réparties

La majorité des RHS se concentrent essentiellement dans la capitale, au détriment des régions périphériques et du milieu rural. Ainsi, 72% des médecins opèrent dans les centres urbains et couvrent de manière disproportionnée 21% de la population. Selon la dernière publication de la Direction des Ressources Humaines du MSANP, 26% du personnel soignant (médecins, dentistes, paramédicaux) se trouvent dans la Région Analamanga.

Tableau 5 : Disponibilité des ressources humaines selon les normes

	Ratio habitants/ agent	Normes minimales de l'OMS
Population sur nombre de médecins généralistes (formations sanitaires)	11 612	1 médecin/5000 à 10000 hab
Population sur nombre d'infirmiers généralistes	8333	1 infirmier/3000 hab
Population sur nombre de sages-femmes	10 653	1 sage-femme/5000 hab

Source : Ministère de la Santé Publique, Direction des Ressources Humaines, 2016

Une analyse des normes du personnel technique au niveau des CSB 1 et 2 dévoile une carence non négligeable qui nécessite des actions à court et moyen termes concernant la nomination, l'affectation et la permutation des RHS (Tableau 6).

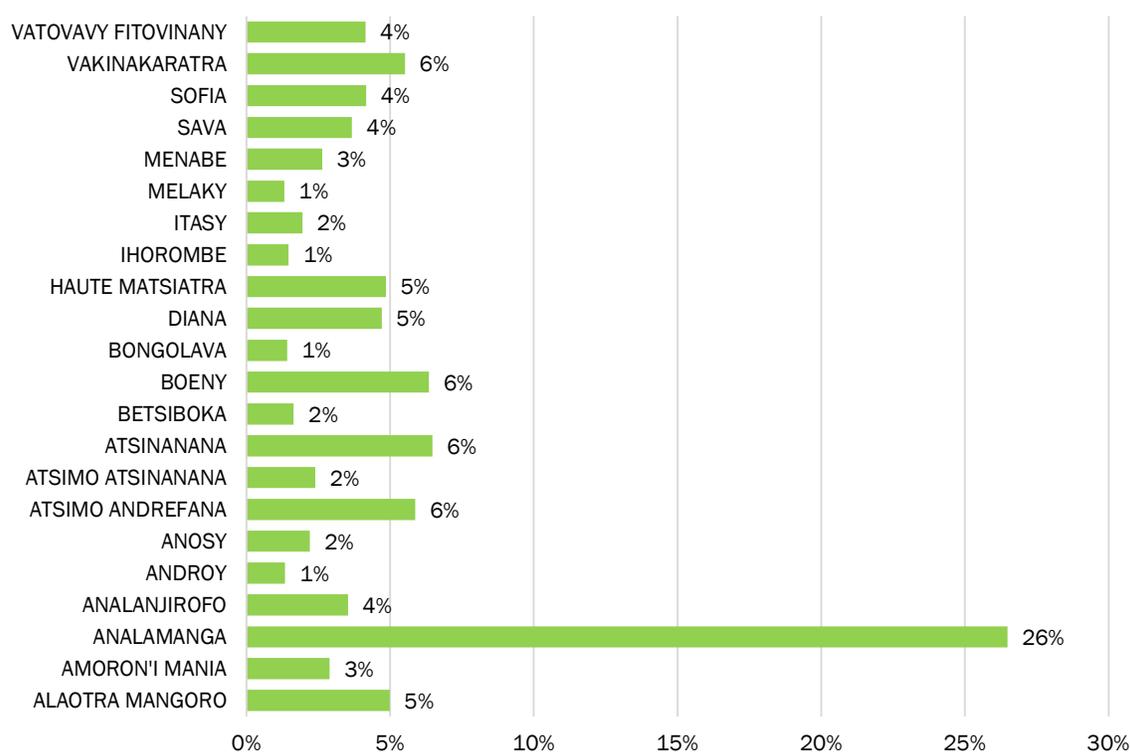
Tableau 6 : Disponibilité des ressources humaines dans les formations sanitaires

Nombre de CSB1 et CSB2 tenus par des agents seuls au poste	1354
Nombre de CSB2 sans médecins	790
Nombre de CSB2 sans paramédicaux (médecin seul au poste)	163
Nombre de CSB2 avec un seul paramédical (seul ou avec médecin), à doubler	842
CSB1 tenus par des aides sanitaires (niveau BEPC)	28

Source : Ministère de la Santé Publique, Direction des Ressources Humaines, 2016

Mais le problème est encore aggravé par les disparités régionales, car on assiste à une concentration anormale des RHS dans la capitale, comme le montre le graphique suivant :

Graphique 7. Répartition du personnel de santé dans les régions (2016)



PROBLEME D'ABSENTEISME AU POSTE

L'IPS montre que le taux d'absence dans le secteur de la santé à Madagascar est élevé, à hauteur de 27,4% lors d'une visite inopinée. Ce taux d'absence est significativement plus élevé à Antananarivo que dans les zones rurales et autres zones urbaines, avec 38,1% d'agents de santé absents. L'absentéisme est particulièrement élevé dans les CSB1 et CSB2 d'Antananarivo, à hauteur de près de deux tiers (59,3%) et plus de deux cinquièmes (44,4%), respectivement. Le taux d'absentéisme le plus élevé est observé chez les médecins avec 33,1%, suivi des infirmiers/ sages-femmes (25,9%), indiquant que les agents de santé ruraux sont généralement plus souvent absents que leurs homologues urbains³¹.

L'accessibilité géographique

Plus de 65% de la population vit à plus de cinq kilomètres, soit plus d'une heure de marche, d'une formation sanitaire de base (Enquête sur les OMD, 2012/2013).

Bien que disposant de moyens de locomotion (surtout motocyclettes), les agents des centres de santé et la population sont limités dans leurs déplacements pour plusieurs raisons :

- Le mauvais état des routes pour une grande partie du pays, surtout en zones rurales et notamment en saison des pluies ;
- L'absence de carburant (faible dotation) ;
- L'absence de motivation ;

³¹ Banque Mondiale, 2017, *Madagascar : Indicateurs de Prestation de services 2016*.

- L'insécurité ;
- Le manque de moyens de transport.

Les évacuations venant des CSB vers les CHRD en particulier soulèvent le problème des moyens de locomotion. Des services d'ambulance doivent être disponibles pour que le système de référence soit efficace. Le niveau de possession d'ambulance est très faible (1,9%³²) : seuls 10,9% des CHRD en possèdent. Moins d'un tiers (27,9%) des FOSA ont accès à un véhicule pour transporter leurs patients.

L'accessibilité financière des soins

La dernière enquête permanente auprès des ménages (EPM 2010) indique que près de 70% de la population ne recourt pas aux soins en cas de maladie.

Compte tenu de la forte relation proportionnellement inverse entre pauvreté et santé, les populations les plus pauvres ont davantage besoin de santé publique. Cependant, on observe une surreprésentation des catégories économiques les plus aisées dans la consommation de différents soins de santé. L'absence de mécanismes de répartition des risques accentue l'inégalité dans l'accès aux soins. La mise en place actuelle de la Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé (CNSS) a donc été salubre pour la population.

L'acceptabilité socio-culturelle des soins

L'acceptabilité socio-culturelle ne pose de problèmes sérieux que pour certaines pratiques de soins et d'hygiène. En effet, l'utilisation des services de santé est totalement ancrée dans les habitudes de la population. Cependant, la pratique de l'allaitement maternel est fortement influencée, et de manière négative, par des traditions encore difficiles à enrayer, telles que le fait de faire boire du « tambavy³³ » aux nouveau-nés.

La couverture adéquate des soins

Les causes essentielles qui expliquent les raisons pour lesquelles les populations ne complètent pas les séries exigées pour une bonne couverture des soins sont :

- L'ignorance : les gens ne semblent pas être au courant des rendez-vous donnés, soit parce qu'ils n'ont pas compris, soit par omission de la part des agents de santé.
- L'éloignement et aux difficultés de trouver des moyens de transport.
- Dans certains cas, on note des causes conjoncturelles comme l'insécurité en zone rurale.

La couverture effective des soins

Les causes essentielles pour lesquelles les populations ne complètent pas les standards exigés concernant la qualité requise sont :

- Le manque de compétence de la part des prestataires de soins : soit par défaut de formation/remise à niveau, soit par manque de supervision, soit par manque de motivation.

L'exemple du respect de la chaîne du froid dans le cadre du PEV est illustré dans le tableau suivant et montre des défaillances importantes, surtout en milieu rural.

³² Banque Mondiale, 2017, *Madagascar : Indicateurs de Prestation de services 2016*.

³³ Décoctions faites à partir de feuilles supposées avoir des vertus thérapeutiques.

Tableau 7 : Stockage des vaccins : Réfrigérateurs dont la température est entre 2°C et 8°C

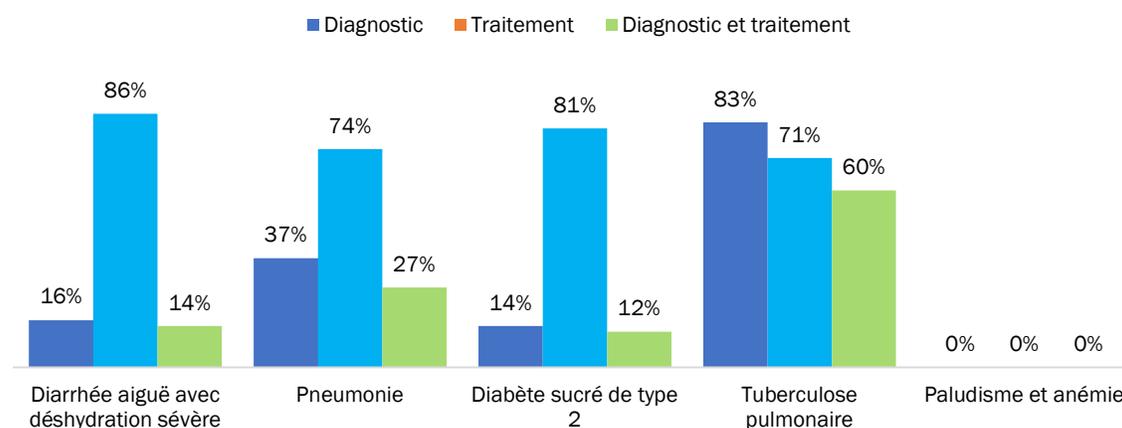
% formations	Madagascar	Antananarivo	Urbain	Rural	Public	Privé	Public urbain	Public rural
Dans l'ensemble	58,3	80,9	65,4	56,5	58,4	57,6	77,6	55,4
CSB1	42,9	77,4	95	38,4	41,2	100	95	36,4
CSB2	65,9	82,7	65,7	65,9	67,1	58,5	73,3	66
CHRD	46,4	69,7	39,8	100	71,4	39,7	71,4	–
Nb. formations sanitaires	180	63	77	103	138	42	41	97

Source : Prestations de services de santé à Madagascar, Banque mondiale, Mars 2017

Les faibles capacités et connaissances des prestataires de soins :

- L'IPS 2016 a également étudié l'exactitude du diagnostic et du traitement de 5 pathologies traceuses (diarrhée aiguë avec déshydratation, pneumonie, diabète sucré de type 2, tuberculose pulmonaire, paludisme et anémie).

Graphique 8 : Exactitude du diagnostic et du traitement par cas clinique



Source : Prestations de services de santé à Madagascar, Banque mondiale, Mars 2017

Les goulots d'étranglement liés au système de santé

Un système de santé peu performant ne parvient pas à remplir ses fonctions à la fois cliniques et managériales. Seul un système de santé revitalisé à tous les niveaux, et des ressources adéquates en quantité et en qualité, est compatible avec son fonctionnement optimum.

Infrastructure/équipement et matériel/ logistique

Infrastructure

Il convient de souligner que l'analyse effectuée ici concerne la disponibilité, au niveau des infrastructures de soins, de trois intrants, à savoir : l'eau, l'assainissement et l'électricité. Les données proviennent de l'Enquête sur les indicateurs de prestation de services (EIP) effectuée en 2016. L'indicateur est obtenu par le calcul de la moyenne non pondérée des notes obtenues pour ces trois composantes. Les sources admissibles sont :

Sources d'électricité : le réseau électrique, un générateur fonctionnant au carburant, un générateur fonctionnant sur batterie ou un système à énergie solaire, en tant que principale source d'électricité.

Sources d'eau : eau courante avec branchement à l'intérieur de la formation sanitaire, eau courante arrivant jusque dans l'enceinte de la formation sanitaire ou eau provenant d'un robinet/borne-fontaine publique, d'un puits tubulaire/puits de forage, d'un puits manuel protégé, d'une source protégée, ou de l'eau embouteillée ou provenant d'un camion-citerne.

Sources d'assainissement : toilettes à chasse d'eau en bon état de marche ou latrines à fosse aérées et améliorées (VIP) ou latrines à fosse recouverte (d'une dalle).

Peu de formations sanitaires (28,4%) ont accès aux trois types d'infrastructures de base. Les plus défavorisés sont les CSB (31,2%) au profit des structures plus élevées dans la pyramide sanitaire (78,4% pour les CHRD). Les structures privées sont nettement mieux dotées (78,4%) par rapport aux formations publiques (15,2%).

Il ressort de cette EIP 2016 que moins d'un tiers (28,4%) des FOSA avaient accès aux trois types d'infrastructures de base³⁴. Une grande différence a été observée entre le secteur privé (78,4%) et le secteur public (15,2%). Comme pour les FOSA publiques, seules 15,5% des FOSA rurales avaient accès aux trois types d'infrastructures de base. L'indicateur sur les infrastructures s'améliore systématiquement avec le niveau des FOSA ; il passe de 13% pour les CSB1 à 31,2% pour les CSB2 et à 78,4% pour les CHRD.

Le Tableau 8 montre la disponibilité des différents types d'infrastructures médicales dans les FOSA à Madagascar.

Tableau 8 : Disponibilité des différents types d'infrastructures

% formations	Madagascar	Antananarivo	Urbain	Rural	Public	Privé	Public urbain	Public rural
Indicateur sur les infrastructures	28,4	50,9	68,1	15,5	15,2	78,4	48,2	9,9
Eau propre	71,7	92,4	95,5	64	66,1	92,9	91,7	62
Toilettes	55,5	64,7	73,4	49,7	48,8	80,6	58,2	47,3
Electricité	50,1	77,8	92,5	36,3	37,7	96,8	85	30,1

Source : EIP 2016

Financement de la santé

Faible financement public du secteur de la santé

Madagascar dépense beaucoup moins que d'autres pays à revenu faible en matière de santé et le même constat est vrai en comparaison avec les autres pays fragiles à revenu faible dans la région d'Afrique subsaharienne.

Les Dépenses Totales de Santé (DTS) étaient de 3% du PIB en 2014, comparativement aux 6% observés chez les pays d'Afrique subsaharienne à revenu faible. Les dépenses de santé per capita sont de **19,9 US\$**, selon les Comptes Nationaux de la Santé de 2010, nettement inférieures à la moyenne

³⁴ Banque Mondiale, 2017, *Madagascar : Indicateurs de Prestation de services 2016*.

dans les pays à revenu faible où elles représentent **40\$ US par personne**, et moins d'un tiers des **60\$ US** préconisés pour atteindre la couverture santé universelle³⁵.

Les charges portées par les ménages en termes de paiement direct sont trop lourdes.

L'EDS de 2010 situe les DSM à 41,5% des DTS. Notons que ceci correspond aux paiements directs par les ménages.

Les dépenses par prépaiement sont encore trop faibles (EDS 2010)

Les dépenses par prépaiement comprennent le prépaiement obligatoire des individus et des familles + prépaiement obligatoire des employeurs + prépaiement volontaire des individus et des ménages (mutuelles de santé et assurances privées) + prépaiement volontaire des employeurs (assurances privées de santé). Elles ne constituent que **3%** des DTS.

La part dédiée au MSANP dans le budget général de l'Etat (y compris les transferts d'origine étrangère et gérés par l'administration) est de 7% (LFI 2021).

Y compris avec les financements externes, le budget total alloué au MSANP n'atteint pas la moitié de l'investissement nécessaire dans la santé conformément aux engagements pris par le pays dans la Déclaration d'Abuja.

Contribution des PTF en dehors du budget de l'État

Entre 2009 et 2016, Madagascar comptait environ 205 projets de développement dans le secteur de la santé, financés à hauteur de plus de 1,11 milliard de dollars US au total. L'USAID est le plus grand bailleur de fonds du secteur de la santé. Son financement représente 35,69% du décaissement effectif total (tous bailleurs confondus). Les six bailleurs de fonds principaux du secteur de la santé sont³⁶ :

- USAID (35,69% du décaissement effectif total)
- Fonds mondial (17,10%)
- GAVI (10,93%)
- Banque mondiale (7,45%)
- UNICEF (6,33%)
- Union européenne (4,18%)

Le financement de ces six bailleurs représente 81,68% des décaissements externes effectifs dans le secteur de la santé pour la période 2009-2016. Les subventions constituent le mécanisme de financement le plus utilisé (88,92% des décaissements effectifs sur la période 2009-2016), suivies des emprunts (8,16% sur la même période).

Supervision, inspection, contrôle et audit

La supervision suit l'organisation hiérarchique du système de santé. Les structures déconcentrées assurent aussi la supervision programmatique des FOSA dans leurs aires de santé respectives, selon une périodicité bien définie. Les agents de santé au niveau des CSB supervisent les relais communautaires. Toutefois, on observe un manque de supervision à tous les niveaux. En effet, la supervision est surtout menée dans le cadre des programmes verticaux financés par les PTF (PEV, tuberculose, paludisme, etc.) et n'est de ce fait pas intégrée.

³⁵ OMS, 2015, *Fiscal space, public finance management and health financing*.

³⁶ Lang, Saint-Firmin, Olivetti, Rakotomalala et Dutta. 2018, *Analyse du système de financement de la santé à Madagascar pour guider de futures réformes, notamment la CSU*.

La Direction des Affaires Financières du MSANP veille, en collaboration avec l'Inspection Générale des Finances, au suivi de la régularité des opérations comptables et financières des FOSA, des directions et des services.

Un Service de l'Audit et du Contrôle de Gestion existe au sein du MSANP et est chargé de mesurer et d'expliquer les écarts entre les objectifs et les résultats, les moyens utilisés et les accomplissements. Un audit interne a été mené en 2017 par le service en question.

Système national d'information sanitaire, suivi et évaluation

Le plan de suivi-évaluation du PDSS 2020-2024 comporte des indicateurs de performance, le chronogramme du suivi-évaluation, et devrait permettre d'aboutir à l'émission des recommandations pour réorienter la mise en œuvre de toutes les interventions du PDSS. La réalisation de ce plan a été confiée à la Direction des Etudes et de la Planification.

Collaboration et coordination

Madagascar a adhéré à l'Initiative IHP+ et en a signé le Pacte mondial en mai 2008. Le document sur les Principes directeurs de la mise en place d'une approche sectorielle entre le Gouvernement, les PTF, la société civile et le secteur privé a été lancé en décembre 2008. Les troubles socio-politiques de 2009 ont mis en veilleuse ce Pacte, qui sera désormais remis à l'ordre du jour par le présent Cadre d'investissement pour la SRMNIA-N.

Le MSANP s'est doté d'une Service du Partenariat et de la Contractualisation (l'ancienne Direction du Partenariat), dont le mécanisme de coordination a permis un meilleur alignement des PTF et une meilleure cohésion interne. En effet, une réunion annuelle rassemble tout le personnel central du MNSANP, avec les DRSP et les SDSP, en un seul et même endroit du pays pour discuter des avancées des programmes nationaux, des contraintes rencontrées ainsi que des opportunités. Cette réunion est toujours suivie d'une rencontre entre les responsables du MSANP à tous les niveaux du système de santé et les PTF.

La place du secteur privé dans la couverture santé

Le secteur privé joue, à plusieurs titres, un rôle essentiel et croissant dans le système de santé. En effet, la couverture santé effective et réelle dépend des interventions et du développement du secteur privé. Ainsi, il est opportun pour le gouvernement et les partenaires internationaux de renforcer le secteur privé de la santé et la promotion de l'assurance maladie comme deux axes stratégiques et complémentaires.

L'offre de soins dans le secteur privé s'organise de la manière suivante :

- Des FOSA privées de base englobant les postes d'infirmier, les postes d'accouchement, les cabinets médicaux, les dispensaires privés et les centres de santé privés.
- Des établissements hospitaliers privés dont les cliniques, les polycliniques et les hôpitaux privés. La clinique est un établissement où est pratiquée une seule spécialité médicale, contrairement à la polyclinique et l'hôpital privé, où cohabitent plusieurs spécialités médicales. On observe trois catégories d'établissements hospitaliers privés : ceux à but lucratif, ceux à but non lucratif, et ceux qui sont placés sous la tutelle technique du MSANP.

Les principaux atouts du secteur privé reposent sur la présence d'établissements libéraux et la médecine privée communautaire, en particulier grâce aux prestataires religieux qui peuvent opérer dans les zones rurales et les zones urbaines pauvres. Ces prestataires comblent les lacunes en matière de services offerts par le secteur public et mobilisent des ressources provenant de sources extérieures,

qui n'auraient autrement pas accès au secteur de la santé. Les prestataires confessionnels fournissent également des informations au SNIS.

On compte de nombreux exemples d'organisations travaillant dans le secteur privé.

- Sampan'Asa Loterana Momba Ny Fahasalamana (SALFA) est une organisation confessionnelle dotée d'un réseau de neuf hôpitaux et 40 cliniques rurales. SALFA offre des services de santé infantile, de PF et de prévention du VIH et SIDA, entre autres services de santé.
- Population Services International (PSI) soutient le réseau de cliniques privées Top Réseau. Top Réseau compte actuellement 247 centres de santé privés et autonomes (urbains : 67% ; périurbains : 17% ; ruraux : 16%). Ce réseau s'appuie sur 398 prestataires³⁷. Le tarif pour les jeunes dans les cliniques appartenant aux réseaux devrait être compris entre 1500 et 4000 MGA, mais ce montant est difficilement abordable pour certains clients. Dès lors, un programme de bons de réduction est mis en œuvre avec des pairs éducateurs qui en distribuent un certain nombre chaque mois, permettant ainsi aux clients de payer entre 500 et 3500 MGA³⁸.
- Un réseau de centres de santé privés soutenu par Marie Stopes International de Madagascar (MSM) et Blue Star, présent dans 11 régions du pays. Il y a actuellement 150 membres Blue Star, et 54 CSB Star³⁹. Madagascar devrait envisager d'autres possibilités pour impliquer le secteur privé et dispenser tous les services selon une approche de franchise globale, tout en tenant compte de la durabilité des réseaux.

Dans les zones rurales, l'offre privée est limitée, en particulier l'offre à but lucratif. La population de ces zones est souvent dépendante des prestataires publics et confessionnels. Selon l'ENSOMD, 56% des consultations ont lieu dans des centres de santé publics, et les consultations dans le secteur privé sont plus nombreuses en milieu urbain (54%) qu'en milieu rural (29%). Au total, 35,9% de toutes les consultations sont tenues dans un CSB2 et représentent 41,6% des consultations en milieu rural. En milieu urbain, 35,8% des consultations ont lieu avec un médecin privé. Les personnes les plus riches sont plus susceptibles (38,4%) de consulter un médecin privé que les plus pauvres (11,9%).

Un peu plus de la moitié des consultations s'effectuent dans des établissements de santé publics en cas de maladie. Le recours aux cliniques et médecins privés formels représente un quart des soins recherchés, contre 3% seulement pour le secteur confessionnel. Outre les lieux de consultations n'ayant pas été définis, le total des consultations dans les différents établissements privés, qu'il s'agisse d'établissements de soins formels ou informels, de pharmacies ou de dépôts de médicaments, représente 40%.

Moins du quart des consultations des malades issus du deuxième au quatrième quintile de bien-être économique, ainsi que des populations les plus pauvres, sont effectuées dans le secteur privé formel. Par contraste, plus de la moitié des membres des ménages appartenant au quintile de bien-être économique le plus élevé ont recours au secteur privé, dont les deux tiers relèvent du secteur privé formel.

³⁷ Praz, Morton et Matondo, 2013, *Evaluation Report: End-of-Project Evaluation of the PSI Social Marketing Project in Madagascar*.

³⁸ PSI, 2020, *Social Franchise Case Study : Madagascar's Top Réseau Network*.

³⁹ Burke, Gold, Razafinirinasoa et Mackay, 2017, *Youth Voucher Program in Madagascar Increases Access to Voluntary Family Planning and STI Services for Young People*.

CHAPITRE TROIS : CADRE D'INVESTISSEMENT POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS FIXÉS A L'HORIZON 2024 ET AU-DELÀ VERS LES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

Vision du Cadre d'investissement

En droite ligne avec le Plan national de développement, la Politique sanitaire nationale, le Plan de développement du secteur santé, et le Plan multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile 2015-2030, la vision de ce Cadre d'investissement est énoncée comme suit :

« Madagascar, un pays où l'accès aux soins et services de qualité pour les femmes, les enfants et les adolescents est rendu universel, où les décès maternels, néonataux et infantiles évitables sont éliminés, où chaque enfant qui naît est un enfant désiré et protégé, et où le retard de croissance est ramené à un niveau qui assure le développement harmonieux des enfants ».

La vision en ce qui concerne l'enregistrement de l'état civil s'aligne sur les ODD, à savoir, parvenir d'ici 2030 à l'enregistrement universel de l'état civil.

But et objectifs du Cadre d'investissement

Le but essentiel du CI est de contribuer à « Mettre fin aux décès évitables chez les mères, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans ». **De manière concrète, le CI permettra d'éviter 39 414 décès d'enfants de moins de 5 ans ; 9579 décès néonataux et 2906 décès maternels.**

Un autre but est de contribuer au bien-être des familles malagasy à travers l'accès universel aux services de planification familiale volontaire basée sur les droits humains.

Le présent CI pour la SRMNIA-N se propose également de contribuer à l'atteinte de l'ODD qui consiste à « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à un coût abordable ».

Il doit aussi contribuer, d'ici à 2030, à « mettre fin à toutes les formes de malnutrition », y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs fixés par la communauté internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes et des femmes enceintes ou allaitantes ».

LES INDICATEURS D'IMPACT DU CADRE D'INVESTISSEMENT :

- Taux de mortalité maternelle réduit de 426 pour 100 000 à 300 pour 100 000
- Taux de mortalité néonatale réduit de 21 pour 1000 à moins de 17 pour 1000
- Taux de mortalité infanto-juvénile réduit de 59 pour 1000 à 42 pour 1000
- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de retard de croissance modéré et sévère réduit de 41,6% à moins de 34,10%
- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition aigüe modérée et sévère réduit de 6,4% à 4,5%
- Taux de fertilité des adolescentes réduit de 151 pour 1000 à moins de 130 pour 1000
- Indice synthétique de Fécondité réduit de 4,6 à 4,2 enfants par femme

Où investir : Choix des domaines, des régions, des scénarii et impact attendu

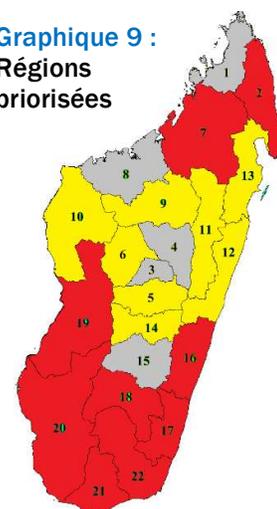
Comme présenté plus haut, l'écart de mise en œuvre tend à être particulièrement important dans les zones défavorisées et difficiles d'accès (particulièrement dans les régions du sud et du sud-est du pays), et contribue à des inégalités en matière de santé. Pour ces raisons, les populations présentant les moins bons résultats de santé, étant les plus démunies et les moins couvertes par les interventions à haut impact, ont été principalement visées dans le choix des domaines d'intervention et des régions prioritaires.

Le processus de priorisation a été informé par les données probantes, et le dialogue qui a permis d'atteindre un consensus entre les principales parties prenantes. Lors de la phase préparatoire, les principaux acteurs ont initié une construction de consensus sur le processus de priorisation lui-même et ses critères. Plusieurs séances de travail et un atelier ont permis d'analyser les différentes conditions épidémiologiques à l'aide du logiciel EQUIST.

L'ensemble des 22 régions de Madagascar sont considérées comme vulnérables au regard des différents indicateurs de mortalité utilisés pour l'analyse. Toutefois, des disparités importantes existent. Par consensus, les régions prioritaires ont été sélectionnées sur la base de 14 indicateurs de mortalité (maternelle, infanto-juvénile et néonatale), de santé (de la mère, du nouveau-né et de l'enfant), de malnutrition (retard de croissance et malnutrition aigüe), de fécondité des adolescentes, de pauvreté et d'accès aux installations d'eau, d'hygiène et d'assainissement. Les régions ont été classées selon un exercice de pondération. Un total de 42 points a été attribué aux 22 régions (1 à 3 points par indicateur, pour 14 indicateurs). La priorisation est ainsi basée sur une analyse comparative des régions.

A l'issue de cet exercice de pondération, 9 régions sur 22 ont été identifiées comme étant fortement prioritaires, avec un score allant de 30 à 37. Avec un variant entre 25 et 36, les régions de niveau prioritaire intermédiaire ont été identifiées au nombre de 8. On compte enfin 5 régions évaluées comme faiblement prioritaires, avec un score inférieur à 25.

Graphique 9 :
Régions prioritaires



■ Régions fortement prioritaires
■ Régions prioritaires

Tableau 9 : Répartition des 22 régions par ordre de priorité

REGIONS	SCORE	REGIONS	SCORE	REGIONS	SCORE
Atsimo Andrefana	37	Betsiboka	29	Analamanga	24
Androy	33	Atsinanana	28	Boeny	23
SAVA	33	Vakinankaratra	27	DIANA	23
Anosy	32	Alaotra Mangoro	26	Haute Matsiatra	22
Sofia	32	Bongolava	26	Itasy	22
Ihorombe	31	Amoron'i Mania	25		
Atsimo Atsinanana	30	Analanjirifo	25		
Menabe	30	Melaky	25		
Vatovavy Fito Vinany	30				

Elaboration de scenarii

Des scenarii ont été pris en considération pour terminer la priorisation des régions. Quatre scenarii ont été soumis à évaluation sur la base des différents critères proposés par EQUIST, à savoir :

- Les domaines d'intervention choisis
- Les interventions elles-mêmes
- Les stratégies pour lever les goulots d'étranglement

Tableau 10 : Les domaines d'intervention composant chaque Paquet

DOMAINES D'INTERVENTION

PAQUET MAXIMUM		PAQUET MOYEN		PAQUET MINIMUM	
MORTALITE NEONATALE					
Asphyxie	X	Asphyxie	X	Asphyxie	
Anomalies congénitales	X	Anomalies congénitales		Anomalies congénitales	
Prématurité	X	Prématurité	X	Prématurité	
Septicémie	X	Septicémie		Septicémie	X
Tétanos	X	Tétanos	X	Tétanos	X
MORTALITE JUVENILE					
Malnutrition aigüe sévère	X	Malnutrition aigüe sévère		Malnutrition aigüe sévère	
Retard de croissance dû à la santé de l'enfant	X	Retard de croissance dû à la santé de l'enfant	X	Retard de croissance dû à la santé de l'enfant	X
Retard de croissance dû à la nutrition de l'enfant	X	Retard de croissance dû à la nutrition de l'enfant	X	Retard de croissance dû à la nutrition de l'enfant	X
MORTALITE MATERNELLE					
Hémorragies du 3ème trimestre	X	Hémorragies du 3ème trimestre	X	Hémorragies du 3ème trimestre	X
Complications liées à l'avortement	X	Complications liées à l'avortement		Complications liées à l'avortement	
Maladies hypertensives	X	Maladies hypertensives	X	Maladies hypertensives	X
Accouchements dystociques	X	Accouchements dystociques	X	Accouchements dystociques	
MORTALITE INFANTO-JUVENILE					
Diarrhée	X	Diarrhée	X	Diarrhée	X
Paludisme	X	Paludisme	X	Paludisme	X
Rougeole	X	Rougeole	X	Rougeole	X
Pneumonie	X	Pneumonie	X	Pneumonie	X
Autres causes juvéniles	X	Autres causes juvéniles		Autres causes juvéniles	

Tableau 11 : Les interventions composant chaque Paquet

PAQUET MAXIMUM			PAQUET MOYEN			PAQUET MINIMUM		
PSF	SP	SC	PSF	SP	SC	PSF	SP	SC
WASH 2/3	PF 2/2	PCIMNE 11/12	WASH 2/3	PF	PCIMNE 8/12	WASH 2/3	PF	PCIMNE 5/12
MILD 1/1	CPN 11/13	Accouchement assisté personnel qualifié	MILD	CPN 8/13	Accouchement assisté par personnel qualifié	MILD	CPN 5/13	Accouchement assisté par personnel qualifié
ANJE 4/5	PEV 8/9	SONU	ANJE 3/5	PEV 7/9	SONU	ANJE 1/5	PEV 6/9	SONU

Tableau 12 : Les stratégies de levée des goulots d'étranglement

	PAQUET MAXIMUM	PAQUET MOYEN	PAQUET MINIMUM
FINANCEMENT			
« Chèques santé »	X	X	
Exemptions	X	X	
Assurance santé	X		
Transfert conditionnel	X		
Financement basé sur la performance	X		
PRESTATIONS DE SERVICE			
Intégration des services	X		
Construction/Réhabilitation	X	X	
Qualité des services	X	X	
Stratégie communautaire	X	X	X
Stratégie avancée	X	X	X
Fonds d'urgence	X		
Education communautaire et sensibilisation	X	X	X
PRODUITS MEDICAUX, VACCINS ET TECHNOLOGIES			
Equipement	X	X	X
Logistique/ approvisionnement	X	X	
Gestion des stocks	X		
Régulation de la qualité pharmaceutique	X		
RESSOURCES HUMAINES EN SANTE			
Relocalisation/ Redéploiement	X		
Formation en cours d'emploi	X	X	
Supervision renforcée	X	X	X
INFORMATION			
Rappel aux patients-CommCare	X		
Renforcement du système d'information sanitaire	X		

Présentation des scenarii

SCENARIO 1 : Avec 9 régions fortement prioritaires mettant en œuvre un paquet complet d'interventions à haut impact

Le scénario est composé de 9 régions couvrant 10 213 180 habitants, soit 38,1% de la population totale, et portant, respectivement, 41%, 44% et 48% des charges de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile de l'ensemble du pays. Ici, c'est le Paquet maximum qui est mis en œuvre. Dans ce Paquet, les domaines d'intervention répondent à toutes les grandes problématiques de la SRMNIA-N (Tableau 10). Les interventions elles-mêmes sont parmi celles qui ont le plus d'impact sur les domaines d'intervention (Tableau 11). Les stratégies sont centrées à la fois sur le renforcement de l'offre de soins de qualité, et sur tous les aspects de l'amélioration de l'accès financier aux services, ainsi que sur des réformes du système de santé (Tableau 12).

SCENARIO 2 : Avec l'association des 9 régions fortement prioritaires et des 8 autres de niveau prioritaire intermédiaire, mettant en œuvre un paquet moyen d'interventions à haut impact

Ce scénario s'applique à 17 régions couvrant un total de 19 122 650 habitants, soit 78,4% de la population totale du pays. Les charges de ce scénario en termes de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile se chiffrent à 71%, 78% et 80%, respectivement.

Le paquet moyen est composé de domaines d'intervention relativement réduits (Tableau 10), avec des interventions à haut impact moins importantes que pour le Paquet complet (Tableau 11) et des stratégies portées à la fois sur l'offre de services de qualité et sur la demande, mais avec un nombre plus réduit que pour le Paquet maximum.

SCENARIO 3 : Appliqué sur l'ensemble du pays mais avec un Paquet minimum d'interventions

Il englobe l'ensemble des 22 régions du pays avec une mise en œuvre d'interventions à haut impact dans des domaines cibles, ainsi que des interventions et de stratégies identiques à celles du scénario 1.

SCENARIO 4 : Appliqué sur l'association des 9 régions hautement prioritaires et des 8 autres de niveau prioritaire intermédiaire, sur l'ensemble du pays mais avec un Paquet maximum d'interventions

Les domaines cibles ainsi que les interventions et les stratégies sont ceux du scénario 2 mais cette fois-ci, appliqués aux 17 régions prioritaires.

Impact estimé des scenarii

L'outil EQUIST a été utilisé pour la détermination de l'impact et l'estimation des coûts des différents scenarii. Une comparaison a été faite entre les 4 scenarii. Le résultat de cette comparaison est schématisé dans le Tableau 13.

Tableau 13 : Nombre de décès additionnels évités sur 5 ans

SCENARIO	Nombre de décès néonataux évités	Nombre de décès maternels évités	Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans évités
1	9 098	1 398	25 218
2	1 783	343	7 523
3	9 040	2 520	17 252
4	9 579	2 906	39 414

Coûts estimés des scenarii

Tableau 14 : Coûts des divers scenarii sur 5 ans (estimés par EQUIST)

SCENARIO	COUTS TOTAUX en USD	Nombre de vies sauvées pour 1 million de USD investi
1	169 880 309	62
2	40 000 000	41
3	131 000 000	54
4	225 000 000	71

Choix du meilleur scenario

C'est le scenario 4 qui a été retenu par consensus pour le Cadre d'investissement ici présenté. En effet, c'est le scenario qui a un meilleur rapport coût-efficacité car il permet d'obtenir le plus de décès évités pour le même montant investi.

Les principes directeurs du Cadre d'investissement

Les principes directeurs suivants vont guider la mise en œuvre du Cadre d'investissement pour la SRMNIA-N à Madagascar.

Le continuum de soins

Il s'agit ici de garantir le continuum de soins durant tout le cycle de vie, depuis la période prénuptiale, en passant par la grossesse, le travail et l'accouchement, la phase néonatale, l'enfance et l'adolescence, et ce, à tous les niveaux de la prestation des soins.

Soutenir un continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés passe également par la création d'un environnement favorable à la santé maternelle et néonatale basé sur le respect des droits des femmes et des filles, et l'élimination de la discrimination dont souffrent celles-ci. Ceci se fera par le biais de l'éducation et la participation des femmes et des filles, par la lutte contre le mariage précoce, les mutilations génitales féminines et autres violences, et par la promotion d'une demande pour des services de qualité à travers l'éducation pour la santé.

Il est donc évident que pour obtenir une diminution intéressante du nombre de décès maternels et néonataux, qui a peu évolué depuis plusieurs décennies, il faudrait que l'offre et l'utilisation des soins soient améliorées non seulement pour quelques interventions à haut impact, mais aussi tout au long du cycle de vie.

Madagascar met déjà en œuvre la quasi-totalité des interventions à haut impact fondées sur des données probantes pour endiguer la mortalité des mères et des enfants de moins de 5 ans. Toutefois, la couverture actuelle et la qualité de la plupart de ces interventions restent encore trop faibles pour espérer avoir un impact suffisant sur la mortalité. Par ailleurs, la couverture à travers le continuum SRMNIA-N varie entre chaque point de service. Des études ont montré que pour avoir un impact réel sur la mortalité, notamment dans les pays où de grandes disparités existent, il faudrait que la

couverture des interventions observée chez les populations pauvres puisse atteindre celle des populations les plus aisées⁴⁰.

L'intégration des soins

La mise en œuvre du Cadre d'investissement s'assurera que les services SRMNIA-N soient fournis de manière intégrée, notamment dès le point d'entrée dans le système de santé afin d'améliorer l'accès aux services et de réduire les occasions manquées.

Approche basée sur les données probantes

Il s'agira également ici de veiller à ce que les interventions soient basées sur les besoins prioritaires mis en évidence par l'utilisation de l'outil EQUIST, qui a fait l'objet d'un exercice ayant impliqué toutes les parties prenantes. L'outil EQUIST a également permis de sélectionner des interventions dont l'impact sur la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et le coût-efficacité, ont été scientifiquement prouvés.

Complémentarité

Le CI s'appuie sur les programmes existants du MSANP, déjà mis en œuvre sur le terrain, ayant fait leurs preuves, en tenant compte des avantages comparatifs des différentes parties prenantes dans la participation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

Transparence et redevabilité

Il s'agira également, dans la mise en œuvre du CI de promouvoir le sens de la responsabilité, de la redevabilité et de la transparence, aussi bien du côté du Gouvernement que de toutes les autres parties prenantes, afin de garantir la durabilité des actions.

Equité et responsabilité

Le principe est de mettre à échelle un paquet d'interventions à haut impact et avec un bon rapport coût-efficacité, en portant une attention particulière aux jeunes, aux enfants et aux mères les plus vulnérables, ainsi qu'aux autres groupes dans le besoin, dont les populations vivant dans les zones reculées et celles des quartiers pauvres des grandes villes.

Alignement et convergence

Les programmes/projets appuyés par les PTF devraient être alignés sur le développement de la CSU à Madagascar. Si le présent CI pour la SRMNIA-N ainsi que les autres programmes/projets de santé doivent apporter les soins de qualité à la population, la CSU (avec ses composantes de mise en commun du financement et de partage des risques) assure le mécanisme de protection financière pour la population.

La théorie du changement

Elle vise à apporter plus de clarté et de qualité au processus de conception et de mise en œuvre des interventions du programme, et sur comment ces dernières, grâce à des articulations logiques de liens de causalité, sont censées produire des effets ainsi que l'impact attendus. La théorie du changement a été élaborée de manière participative et consultative afin de tenir compte de l'expérience et de la compréhension de toutes les parties prenantes. Elle est fondée sur des éléments de preuves solides,

⁴⁰ Dickson K., A. Simen-Kapeu, M. Kinney, L. Huicho, L. Vesel et al., août 2014, *Every Newborn: health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries*.

éprouvée scientifiquement à toutes les étapes. Elle s'appuie sur l'apprentissage et l'amélioration permanents, de la conception à la clôture de l'ensemble du programme.

Principales étapes de l'élaboration de la théorie du changement

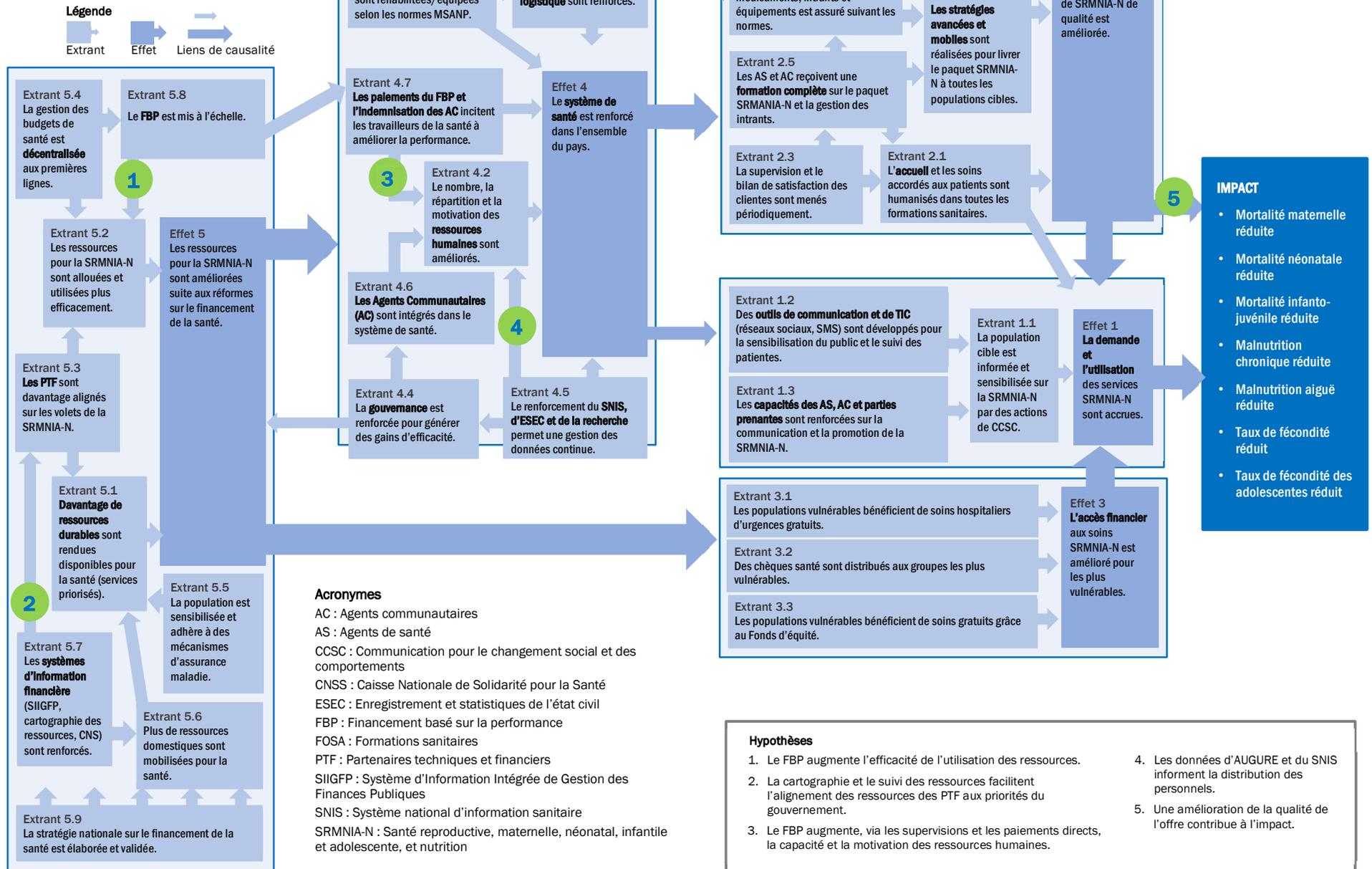
L'élaboration de la théorie du changement a été un processus participatif qui est passé par 4 étapes essentielles.

1. Ciblage du changement de haut niveau que Madagascar entend obtenir dans le cadre de l'atteinte des ODD en matière de santé et celle de la vision « Chaque femme, chaque enfant ». Grâce à un travail collectif et avec l'appui de l'outil EQUIST, les parties prenantes ont identifié les priorités épidémiologiques. C'est ainsi que les problématiques sur la mortalité maternelle, néonatale, des enfants de moins de 5 ans, la santé reproductive des adolescentes et la nutrition ont été prises en considération avec leurs causes directes. Les goulots d'étranglement des services de soins et du système de santé ont été discutés et priorisés ainsi que leurs causes principales. Ceux-ci constituent les causes sous-jacentes et fondamentales/profondes des problématiques énoncées ci-dessus. Le choix de ces priorités a été basé sur le principe d'équité.
2. Détermination des conditions à réunir pour que le changement souhaité se produise, en s'aidant des éléments de preuve scientifique liés aux interventions à haut impact, des acquis de l'expérience de chaque partie prenante, et des évaluations sur les interventions menées par le passé avec l'appui des partenaires. C'est un processus participatif qui s'appuie sur l'observance des normes et standards internationaux et sur le respect des engagements nationaux et internationaux du pays dans le domaine de la SRMNIA-N.
3. Identification des principales hypothèses qui sous-tendent la théorie du changement, et des principaux risques susceptibles de l'affecter. Des discussions ont été menées pour déterminer les raisons pour lesquelles les solutions envisagées seraient les principaux moteurs du changement dans un contexte donné, et les facteurs qui pourraient influencer sur ces moteurs. Les hypothèses envisagées ont été surtout celles qui concernent le lien de cause à effet : Qu'est-ce qui conduit à quoi, et comment ? Au moyen de quel(s) mécanisme(s) ? Cela comprend la question de savoir comment les solutions envisagées contribuent au changement de haut niveau souhaité en matière de développement.
4. Analyse des risques. Trois types de risque ont été identifiés par les parties prenantes lors de l'atelier, à savoir :
 - a. **Risques environnementaux et politiques** : Risques politiques associés à des événements de grande envergure dans le pays, comme les élections et la sensibilité des parties prenantes à certains enjeux (la CSU par exemple) et domaines programmatiques ; un niveau élevé de changements à des postes de décision et de niveau intermédiaire au sein du gouvernement en général, et du MSANP en particulier ; des risques liés aux catastrophes naturelles (cyclones, sécheresse, etc.) ; des risques liés aux épidémies (peste par exemple) qui peuvent imposer d'autres orientations ; les changements dans les politiques nationales ou de fortes fluctuations des prix des matières premières.
 - b. **Risques associés à la conception** : Il peut y avoir des difficultés à cibler de nouvelles priorités épidémiologiques, de nouveaux groupes-cibles ou de nouvelles régions en particulier et/ou de leur accorder la priorité. Ces difficultés peuvent être liées par exemple au manque de données ou d'accès ; il peut y avoir des interrogations sur la capacité à garder une certaine souplesse pour repenser les stratégies et approches en présence de nouvelles données provenant du suivi ou de sources externes.

- c. **Risques liés au partenariat :** D'éventuels conflits ou tensions entre des points de vue, des intérêts et des exigences de partenaires peuvent surgir à tout moment ; la capacité à s'accommoder de nouveaux partenariats lorsque les occasions se présentent peut également influencer sur le déroulement du programme. L'identification des risques au début du processus devrait permettre d'anticiper sur les stratégies indiquées qui peuvent aider à les maîtriser et à mieux tirer profit des nouvelles opportunités et atténuer les menaces.

La théorie du changement reconnaît que le changement implique souvent des échecs et des recommencements, et que différentes activités de rectification sont nécessaires à chaque stade de la mise en œuvre du programme. Des discussions ont été menées à chaque étape afin de s'assurer de la solidité de l'analyse sur les liens de causalité étroits, en termes d'adéquation, d'exhaustivité et de précision.

Diagramme 4 : Théorie du changement



CHAPITRE QUATRE : LES EFFETS, LES EXTRANTS ET LES ACTIVITES

Pour inverser les tendances de mortalité et pour atteindre l'impact énoncé ci-dessus, en tirant les leçons du passé et en renforçant l'idée de durabilité des efforts, 5 changements stratégiques ou effets principaux sont attendus.

Liste détaillée des effets, extrants et activités

Afin d'atteindre ces changements stratégiques (et leurs résultats mesurables), ce Cadre d'investissement identifie une sélection d'activités prioritaires, ainsi que les extrants qu'elles vont livrer.

Effet 1 : La demande et l'utilisation des services SRMNIA-N sont accrues.	
EXTRANT 1.1 : La population est informée et sensibilisée sur la SRMNIA-N par des actions de communication pour le changement social et comportemental (CCSC).	
Activités prévues	<p><i>Plaidoyer pour une compréhension commune et pour le succès des efforts multisectoriels en faveur de la SRMNIA-N</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Identification d'un ou des champion(s) de la SRMNIA-N parmi les personnalités politiques et les artistes de grande renommée nationale• Focalisation du plaidoyer à l'endroit des groupes suivants : journalistes, parlementaires, secteur privé, société civile, autorités locales <p><i>Activités de marketing social et de promotion</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Élaboration et déploiement des interventions de changement de comportement et de promotion au sein des populations (y compris les visites à domicile, etc.), des autorités traditionnelles et religieuses, etc.• Promotion du marketing social, implication du secteur privé, à savoir les pharmacies et les dépôts de médicaments, et des associations locales <p><i>Actions de communication pour le changement social et de comportement</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Élaboration de Plans de CCSC par FOSA et par communauté• Mise en œuvre et suivi des plans de CCSC à tous les niveaux <p><i>Utilisation optimale des technologies de l'information et de la communication (TIC) (messages SMS pour informer les mères/parents, adolescentes, jeunes et associations locales, sur les dates de rendez-vous) en utilisant la plateforme CommCare</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Acquisition d'équipement nécessaire pour la mise en œuvre de cette approche dans 10 districts à titre expérimental• Mise en place du système dans les communes de plus de 15 000 habitants <p><i>Organisation du concours « Communes méritantes » pour susciter l'émulation au sein des communautés, dans les communes de plus de 15 000 habitants</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Identification des communes concernées• Planification du concours• Organisation du concours <p><i>Organisation de « journées spéciales » sur des sujets concernant la SRMNIA-N : journée de la PF, mois de l'enfant, semaine de l'allaitement maternel, etc.</i></p>

Effet 1 a continué

EXTRANT 1.2 : Des outils de communication et de TIC (réseaux sociaux, SMS) sont développés pour la sensibilisation du public et le suivi des patients.

- Activités prévues**
- Plateforme CommCare. Les TIC seront exploitées pour atteindre les clients dans divers domaines, par exemple utilisation des SMS pour le suivi des clients, rappel des rendez-vous de CPN aux femmes enceintes, aux jeunes, rappel aux mères des rendez-vous de vaccination de leurs enfants, sensibilisation des clients sur divers sujets, feedback des clients, etc.
 - Réseaux sociaux pour partager l'information : Facebook, Twitter, WhatsApp, etc. dans les CSB « amis des jeunes et des adolescents »
 - Des outils de communication (cartes-conseils, dépliants, vidéos, etc.) seront développés et distribués au niveau des CSB et des communautés.

EXTRANT 1.3 : Les capacités des agents de santé (AS), des agents communautaires (AC) et des parties prenantes (APART) sont renforcées sur la communication et la promotion de la SRMNIA-N afin d'obtenir l'appui des divers canaux de communication.

- Activités prévues**
- Formation des AC sur la CCSC ciblant les leaders d'opinion, y compris les autorités traditionnelles, les hommes, les mères.

Effet 2 : L'offre de services de SRMNIA-N de qualité est améliorée.

EXTRANT 2.1. L'accueil et les soins accordés aux patients sont humanisés dans toutes les formations sanitaires.

- Activités prévues**
- Elaborer un document officiel sur l'accueil et l'humanisation des soins
 - Identifier 50 CHRD et 250 CSB2 pour la mise en œuvre et le suivi d'un programme d'accueil et de soins humanisés
 - Assurer le suivi du programme d'humanisation des soins dans les 50 CHRD et 250 CSB2

EXTRANT 2.2. Les stratégies avancées et mobiles sont réalisées pour livrer le paquet SRMNIA-N à toutes les populations cibles.

- Activités prévues**
- Elaborer un document de référence sur les stratégies avancées et mobiles
 - Dépister les enfants de 0 à 59 mois dans les communautés et fournir les mêmes paquets de services (PF, PEV, PCIMNE, CPN, CPoN, Nutrition, dépistage du VIH chez les jeunes et les femmes enceintes) que dans la formation sanitaire
 - Programmer au niveau de tous les CSB2 au moins 1 stratégie avancée tous les 3 mois et au moins 1 tous les 6 mois pour les CSB1
 - Organiser la recherche active des populations cibles perdues de vue ou ayant raté leurs rendez-vous
 - Utiliser la plateforme « CommCare » pour annoncer de nouveaux rendez-vous
 - Organiser les stratégies avancées selon les données de la recherche active et de la plateforme « CommCare »
 - Produire les outils de gestion nécessaires et les disposer au niveau de tous les CSB

EXTRANT 2.3. La supervision et le bilan de satisfaction des utilisatrices des services des AS et AC sont menés périodiquement.

- Activités prévues**
- SUPERVISION**
- Supervision des Equipe de Management de District (EMAD) par les Equipe de Management de Région (EMAR) = tous les 6 mois
 - Supervision des CSB par les EMAD = tous les 3 mois
 - Supervision des AC par les CSB = tous les mois
 - Réintroduction d'une grille de supervision intégrée (dans tous les programmes) au niveau des CSB et des AC

Effet 2 et Extrait 2.3 a continué

MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ASSURANCE QUALITE DES PRESTATIONS SRMNIA-N DANS TOUTES LES FORMATIONS SANITAIRES

- Elaboration et dissémination d'un guide sur la procédure d'assurance qualité (AQ)
- Elaboration d'un Plan d'AQ ; Formation des équipes régionales, de districts sur l'AQ (8 personnes par région)
- Mise en œuvre des activités d'AQ (réunion d'orientation dans les régions, descentes des équipes régionales dans les district/FOSA, mise aux normes des FOSA en termes d'équipement et ressources humaines, réorganisation des services, etc.)
- Suivi et supervision des interventions AQ
- Evaluation des activités AQ

ENQUETE DE SATISFACTION DES UTILISATRICES

- Elaborer les outils nécessaires pour les enquêtes et les mettre à la disposition des SDSP et CHRDR
- Mettre en œuvre les enquêtes dans les CSB et les CHRDR
- Organiser des réunions de synthèse des enquêtes de satisfaction
- Disséminer les recommandations des réunions de synthèses aux DSDP, CHRDR, CSB

EXTRANT 2.4. L'approvisionnement à temps en médicaments, intrants et équipements de qualité est assuré.

Activités prévues *Prestation de services essentiels intégrés, de qualité et complets autour de la grossesse et de l'accouchement*

- Renforcer les plateaux techniques des centres de santé (CSB, CHRDR, CHRR, CHU) pour la prise en charge des mères et des nouveau-nés :
 - dotation de MEG pour les soins préventifs et les soins curatifs
 - dotation de KIA
 - dotation de kit OC
 - dotation de kit de réanimation des nouveau-nés
 - dotation de réactifs de laboratoire
- Doter les AC d'intrants pour les soins PF au niveau communautaire : contraceptifs oraux et condoms
- Equipement des coins pour les soins « mère kangourou » pour la prise en charge des prématurés et des enfants avec un petit poids à la naissance.
- Organisation de recherche active des femmes ayant manqué des occasions de PF et de CPN et stratégies avancées
- Rapports spéciaux et systématiques à tous les niveaux sur les cas d'asphyxie, d'infections néonatales, de prématurité, de faible poids à la naissance, ainsi que d'accouchements par des mères séropositives

Prestation de services essentiels intégrés, de qualité et complets aux enfants de moins de 5 ans

- Dotation initiale de kits de prise en charge intégrée de maladies de l'enfant (PCIMNE) (paludisme, diarrhée et infections respiratoires aiguës) aux AC
- Approvisionnement continu en médicaments essentiels génériques (MEG) (paludisme, diarrhée et IRA) et en outils de gestion aux CSB1/2
- Introduction du vaccin polio inactivé
- Approvisionnement continu en vaccins

Prestation de services nutritionnels et de supplémentation aux enfants de moins de 5 ans

- Dotation de matériel/équipement aux CSB/hôpitaux/maternités « amis des bébés » : balances SALTER, bandes MUAC (mesure du périmètre brachial) ; manuels de l'AC sur la nutrition ; posters ; kits de cuisine ; kits de jardinage (jardin potager) ; uniformes de travail ; tableaux nutritionnels

Effet 2 a continué

EXTRANT 2.4. L'approvisionnement à temps en médicaments, intrants et équipements de qualité est assuré.

- Dotation des sites Programme National de Nutrition Communautaire (PNNC) en manuels de l'AC sur la nutrition ; balances SALTER, bandes MUAC (mesure du périmètre brachial) ; posters ; kits de cuisine ; kits de jardinage (jardin potager) ; uniformes de travail ; tableaux nutritionnels
- Dotation de Kits Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB)
- Mise en place de nouveaux Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire de la malnutrition aigüe sévère sans complication (CRENAS) : dotation d'équipement
- Dotation d'intrants (RUTF, etc.) aux CRENAS déjà fonctionnels et nouvellement créés
- Dotation de déparasitant dans les CSB et au niveau communautaire
- Prestation de services intégrés de santé des adolescents et des jeunes

EXTRANT 2.5 : Les AS et les AC reçoivent une formation complète sur le paquet SRMANIA-N et sur la gestion des intrants.

- Activités prévues**
- Renforcer les capacités nationales, régionales et de districts en gestion logistique, y compris la quantification des besoins en contraceptifs et intrants PF
 - Renforcer les compétences des AS et des AC en PF notamment pour les méthodes à longue durée d'action (pour les AS) : implants contraceptifs
 - Renforcer les compétences des AS en SONU de base, SMN, et en matière de SR en situation humanitaire.
 - Détermination des besoins de formation des acteurs des FOSA, sur la base d'un audit du personnel (qui déterminera les formations reçues par l'ensemble du personnel)
 - Formation des AS selon les normes en PCIMNE (à distance)
 - Formation des AC selon les normes en PCIMNE
 - Dupliquer le curriculum de formation en SRMNIAN (114 districts et 2710 CSB)
 - Réaliser des supervisions formatives en cascade des districts et CSB (106 districts et 2373 CSB)

Effet 3 : L'accès financier aux soins SRMNIAN est amélioré pour les populations les plus vulnérables.

Extrant 3.1 : Les populations vulnérables bénéficient de soins hospitaliers d'urgences gratuits.

- Activités prévues**
- Recensement des personnes les plus vulnérables au niveau des fokontany avec validation par les communes, dans les districts identifiés pour la mise en œuvre de la CSU
 - Identification et formation des agents locaux pour la gestion dans les districts identifiés pour la mise en œuvre de la CSU
 - Sensibilisation de la population sur la CSU, dans les districts identifiés pour la mise en œuvre de la CSU
 - Mise en place de mécanisme de parrainage permettant à des tiers de contribuer au paiement des cotisations des populations vivant dans l'extrême pauvreté ; il sera fait appel à des contributeurs individuels ou collectifs nationaux et à la diaspora
 - Collecte des fonds attribués par les PTF qui optent pour ce mécanisme pour soutenir la demande de soins par les populations les plus vulnérables

Effet 3 a continué

Extrant 3.2 : Des chèques santé sont distribués aux groupes les plus vulnérables.

- Activités prévues**
- Couverture des services suivants : consultations prénatales, accouchement, opérations césariennes, consultations des enfants malades, planification familiale
 - Identification des personnes les plus vulnérables pouvant bénéficier des « chèques santé »⁴¹
 - Gestion des « chèques santé » à tous les niveaux

Extrant 3.3 : Les populations vulnérables non bénéficiaires des soins hospitaliers d'urgences gratuits et ne recevant pas de chèques santé bénéficient de soins gratuits grâce au Fonds d'équité.

- Activités prévues**
- Utilisation des mêmes méthodes d'identification des indigents que pour le cas de la CNSS et des chèques santé
 - Renforcement du contrôle de gestion du FANOME

Effet 4 : Le système de santé est renforcé dans l'ensemble du pays.

Extrant 4.1 : Les infrastructures sanitaires sont réhabilitées/équipées selon les normes du MSANP

- Activités prévues**
- Equipement des centres de santé et des sites communautaires de nutrition d'installations d'eau, assainissement et hygiène (WASH) répondant aux normes nationales.
 - Equipement des CSB et des Hôpitaux (CHRD/CHRR/CHU) en moyens d'incinération et de gestion des déchets médicaux
 - Mise aux normes des équipements des CSB
 - Mise aux normes des équipements des CHRD⁴²

Extrant 4.2 : Le nombre, la répartition et la motivation des ressources humaines sont améliorés.

- Activités prévues**
- Redéploiement du personnel qualifié disponible dans les zones et CSB défavorisés
 - Renforcement des mécanismes de fidélisation aux postes en zones d'accès difficiles selon les besoins (recrutement par poste, logement gratuit, clarification des profils de carrière qui détermine la durée acceptable du séjour dans ces zones, etc.)
 - Mise en œuvre de l'initiative de délégation des tâches visant à transférer la responsabilité de l'exécution des interventions techniques simples aux prestataires complémentaires tels que les AC ou autres personnels subalternes, etc.), selon les besoins sur le terrain
 - Élaboration des directives pour la délégation des tâches
 - Formation des prestataires devant assumer les nouvelles tâches
 - Mise en œuvre des directives
 - Organisation des formations sur site (« On-The-Job training ») / du mentorat, par exemple dans le développement des capacités de certains médecins et sages-femmes sur les services obstétricaux de base, des nouveau-nés et les soins aux nourrissons

⁴¹ Les critères de ciblage des personnes bénéficiaires du système de « chèque santé » sont :

- Les ménages ayant un faible niveau de revenu, pour qui la contribution financière offerte permet d'utiliser des services de santé bien précis et d'éviter de sombrer dans l'extrême pauvreté ; la liste des « indigents » établie dans le cadre de la CSU au niveau des communes est la plus indiquée si elle existe.
- Les personnes déjà membres de la CNSS (soit par affiliation par un tiers, soit de façon volontaire) ne peuvent plus bénéficier de « chèque santé ».

⁴² Chaque CHRD doit disposer de l'eau courante en permanence, branchée au réseau JIRAMA (milieu urbain) ou avec un puits ou une citerne alimentée par captage ou avec pompe ; un éclairage source d'énergie stable à partir d'un branchement au réseau public ou privé de fourniture d'électricité, soit d'un groupe électrogène et ou d'un dispositif solaire adapté ; un mécanisme de traitement des déchets solides et liquides ; des latrines et douches ; des moustiquaires imprégnées d'insecticide sur les lits d'hospitalisation.

Effet 4 a continué

Extrant 4.3 : Les systèmes de la chaîne logistique sont renforcés.

- | | |
|--------------------------|--|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Appui à la mise en place du système d'information de gestion logistique (GesRes) au niveau national avec connexion au système d'information sanitaire des districts DHIS-2• Achat des indicateurs de gestion logistique dans le cadre du FBP aux niveaux CSB et SDSP• Formation d'au moins un responsable de gestion logistique à tous les niveaux, surtout au niveau des points de prestation de services |
|--------------------------|--|

Extrant 4.4 : La gouvernance est renforcée pour générer des gains d'efficacité.

- | | |
|--------------------------|--|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Réunions périodiques de coordination et de suivi• Poursuite de la conduite régulière d'un audit annuel managérial et financier avec délivrance d'un quitus aux structures auditées et prise en compte de cet élément dans la gestion des RH |
|--------------------------|--|

Extrant 4.5 : Le renforcement du SNIS, de l'ESEC et de la recherche permet une gestion des données continue.

- | | |
|--------------------------|---|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Réaliser des réformes juridiques et politiques sur l'enregistrement des naissances• Réaliser la planification stratégique de l'état civil• Renforcer les capacités des responsables au niveau central et communautaire sur l'enregistrement des naissances• Mener des activités de sensibilisation• Intégrer l'enregistrement des naissances à d'autres services comme la santé et l'éducation• Utiliser la technologie de messagerie SMS et l'aide à la mise au point de systèmes d'enregistrement des naissances |
|--------------------------|---|

Extrant 4.6 : Les agents communautaires sont intégrés au système de santé.

- | | |
|--------------------------|--|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Intégrer la mise en œuvre de la Politique Nationale en Santé Communautaire (PNSC) dans l'agenda des planifications et des revues à tous les niveaux• Vulgariser le texte régissant le statut et le recrutement des AC• Vulgariser le Guide de Paquet d'Activités Communautaires (PAC) réactualisé : duplication du document au niveau central• Faire participer les membres du Comité communal du développement sanitaire (CCDS), des chefs de fokontany, des AC et des CoSan et CoGe dans la planification au niveau des CSB• Mettre en place un système de coordination de l'approvisionnement et du suivi de la disponibilité des intrants, équipements, matériels et outils de gestion au niveau communautaire suivant les normes et attributions• Renforcer les compétences et l'implication effective des chefs de CSB en matière de santé communautaire, notamment à travers la révision du manuel de gestion des CSB pour y inclure les responsabilités en santé communautaire• Développer un système de suivi et évaluation basé sur un dispositif d'information communautaire efficace et intégré au système d'information et de suivi-évaluation du système de santé national |
|--------------------------|--|

Effet 5 : Les ressources pour la SRMNIA-N sont améliorées suite aux réformes sur le financement de la santé.

Extrant 5.1 : Davantage de ressources durables sont rendues disponibles pour la santé (services priorités).

- | | |
|--------------------------|--|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Organiser un atelier sur la mobilisation des ressources pour la SRMNIA-N (domestiques et privées)• Encourager les engagements de financement à plus long terme (sur trois ans)• Plaider pour une taxation progressive et donnant la priorité à la santé, dans un cadre macroéconomique durable |
|--------------------------|--|

Effet 5 a continué

Extrant 5.2 : Les ressources pour la SRMNIA-N sont allouées et utilisées plus efficacement.

- | | |
|--------------------------|--|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Augmenter le soutien financier aux programmes SRMNIA-N dans le cadre du budget national de la santé• Utiliser les ressources existantes plus efficacement (taux d'engagement et taux d'utilisation)• Revoir périodiquement la priorisation des investissements |
|--------------------------|--|

Extrant 5.3 : Les PTF sont davantage alignés sur les volets de la SRMNIA-N.

- | | |
|--------------------------|---|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Améliorer l'efficacité de l'aide et la coordination dans le secteur de la santé par l'adhésion du pays à l'IHP+• Mobiliser des ressources supplémentaires auprès des partenaires et d'autres sources pour les services de soins de SRMNIA-N• Mettre en commun les ressources des PTF par le biais d'une approche sectorielle• Intégrer les critères PCIMNE, PF, CPN, Accouchement, CPoN et PTME dans l'outil d'évaluation de la qualité dans le PBF et la mise en place des dispositions pour veiller à ce que les FOSA s'investissent pour atteindre leurs performances au regard de leur plan d'activités• Octroyer des primes aux AS• Vérifier et valider les données |
|--------------------------|---|

Extrant 5.4 : La gestion des budgets de santé est décentralisée aux premières lignes.

- | | |
|--------------------------|--|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Répartir les ressources entre les régions et les districts en fonction des besoins• Inverser la proportion d'allocation par niveau de soins en donnant la priorité aux niveaux CSB et CHRD• Le mécanisme de gestion de crédits destinés aux CSB du MSANP dénommé « Dotation CSB » est alimenté convenablement et généralisé dans l'ensemble du pays. |
|--------------------------|--|

Extrant 5.5 : La population est sensibilisée et adhère à des mécanismes d'assurance maladie.

- | | |
|--------------------------|--|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Mise à échelle des mutuelles de santé dans les districts : sensibilisation de la communauté, plaidoyer auprès des autorités, formation des parties prenantes, mise aux normes des CSB et CHRD, démarrage• Suivi de la CSU et des mutuelles de santé |
|--------------------------|--|

Extrant 5.6 : Plus de ressources domestiques sont mobilisées pour la santé.

- | | |
|--------------------------|---|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Effectuer une étude sur l'espace fiscal• Documenter l'expérience de la contribution de solidarité volontaire liée aux téléphones portables• Effectuer une étude sur la possibilité de mise en place d'impôts indirects sur les aliments mauvais pour la santé (sucre, sel)• Effectuer une étude sur la contribution des impôts spéciaux sur les grandes entreprises rentables, notamment celles basées sur les industries extractives déjà mise en œuvre au niveau de certaines régions• Faire un plaidoyer pour une augmentation de la part attribuée au secteur santé dans le budget de l'Etat• Améliorer le partenariat public-privé• Aligner l'aide internationale sur les priorités du pays (PDSS, CI-SRMNIA-N)• Elaborer un pacte national pour une utilisation à bon escient de l'aide internationale |
|--------------------------|---|

Effet 5 a continué

Extrant 5.7 : Les systèmes d'information financière sont renforcés.

- | | |
|--------------------------|--|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Systématiser et réaliser la cartographie annuelle et le suivi trimestriel des ressources SRMNIA-N• Aligner cette cartographie des ressources sur la plateforme de gestion de l'aide (PGA) nationale• Finaliser, valider et publier le rapport sur les comptes nationaux de la santé (CNS) et mettre en place les éléments nécessaires pour leur réalisation de manière périodique et systématique• Appuyer le Système d'information de gestion des finances publiques (SIGFP)• Élaborer et utiliser une méthodologie de classification santé primaire/outre (par exemple, celle de OMS) pour le budget et les dépenses• Finaliser, valider et publier les résultats de l'étude sur les flux financiers hors soldes en parallèle avec l'enquête de suivi des dépenses publiques de santé |
|--------------------------|--|

Extrant 5.8 : Le financement basé sur la performance (FBP) est mis à l'échelle.

- | | |
|--------------------------|---|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Organiser une réunion nationale pour définir les dispositions institutionnelles à tous les niveaux et pour la planification en vue de la mise à échelle dans les régions• Former les différentes parties prenantes (nationales, régionales, districts et FOSA, associations) sur le FBP• Mettre en place les structures de pilotage du FBP et établir les contrats de performance aux niveaux DRSP et SDSP : régulation et mise en œuvre de l'approche FBP• Vérification et authentification des prestations• Paiement en 3 étapes des performances• Supervision technique |
|--------------------------|---|

Extrant 5.9 : La stratégie nationale sur le financement de la santé est élaborée et validée.

- | | |
|--------------------------|---|
| Activités prévues | <ul style="list-style-type: none">• Organiser une table ronde sur le financement de la santé pour galvaniser l'engagement de toutes les parties nationales et obtenir un niveau de connaissances nécessaires pour un dialogue politique productif• Rédiger et valider la politique nationale• Assurer une large diffusion de la politique nationale |
|--------------------------|---|

CHAPITRE CINQ : LES MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE

Dispositions institutionnelles

La validation et le lancement du CI ne garantissent pas sa mise à exécution.

Bien que le pilotage de la mise en œuvre du CI relève généralement de la responsabilité du MSANP, il est important de souligner que les ONG, le secteur privé, les autres ministères, ainsi que les PTF ont un rôle prépondérant à jouer.

Cette configuration institutionnelle est un facteur clé et implique des actions intentionnelles pour s'assurer que toutes les institutions participantes opèrent de manière à contribuer à une mise en œuvre adéquate du CI.

Canevas de coordination

Dans la mesure où le CI est un document vivant et de référence pour toutes les parties prenantes dans le domaine de la SRMNIA-N, il est important qu'il y ait une coordination harmonisée entre les acteurs.

Niveau national

Si le MSANP assure la direction du processus et la prise de décision, toutes les parties prenantes demeurent impliquées et ont un rôle à jouer.

Un Comité restreint assure ainsi la coordination globale de toutes les activités entrant dans le cadre de la SRMNIA-N et de toutes leurs composantes. Il constitue la structure faitière de coordination du Cadre d'investissement.

Les responsabilités du Comité restreint sont de :

- Servir d'organisme de décision pour l'ensemble du processus, des livrables et du suivi-évaluation.
- Assurer le suivi périodique des performances dans le domaine de la SRMNIA-N, détecter les variations par rapport à la trajectoire prévue et émettre des orientations pour la corriger, au besoin.

Le Comité restreint est composé des membres suivants :

- Secrétaire Général du MSANP, qui en assure la présidence
- 3 Points focaux responsables du suivi de l'élaboration et du CI
- Directeurs centraux du MSANP concernés par le CI
- 1 représentant de l'Office National de Nutrition (ONN)
- PTF : OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, BM, AFD, GiZ
- Représentant du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)
- 1 représentant des OSC
- 1 représentant du secteur privé

En-dessous du Comité restreint se trouve le GTT, qui est de type consultatif. Il est dirigé par les 3 Points focaux du MSANP et composé de 3 sous-groupes (Programmatique, Finances et Suivi-Evaluation). Chaque sous-groupe est composé de commissions techniques. Le GTT rend des comptes au Comité restreint.

- Le GTT est composé des 3 points focaux, qui en assurent la présidence de manière collégiale
- Les directeurs centraux du MSANP concernés par le CI : DSFa, DRH, DEPSI, CA-CSU, DAAF, DSSB
- 1 représentant de l'ONN
- Les responsables de Programmes/Projets des PTF : OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, OIT, BM, AFD, Union européenne, PIVOT, GAVI, ONUSIDA, Fonds mondial, Principauté de Monaco
- 1 représentant du MEF
- 1 représentant des OSC
- 1 représentant du secteur privé : OSIE, secteur privé confessionnel, etc.

Niveau sous-national

Au niveau régional et sous la direction du directeur régional de la santé publique et du responsable en charge de la SRMNIA-N, un comité regroupant toutes les parties prenantes sera mis en place pour assurer la coordination et le suivi de la réalisation de toutes les activités.

Le même scénario est également à mettre en place au niveau de chaque district sanitaire. Néanmoins, dans ce cas, le comité sera sous la direction du médecin inspecteur et de son responsable en charge de la PF.

Rôles et responsabilités des acteurs clés

Le MSANP : À travers les 3 points focaux, le MSANP assure la bonne mise en œuvre et le suivi des performances du CI à tous les niveaux du système de santé. Ils assurent ainsi l'élaboration des documents cadres et la diffusion des politiques et des lois en matière de SRMNIA-N. En termes de renforcement des capacités, c'est le MSANP qui s'occupe d'organiser la supervision de tous les acteurs, ainsi que d'harmoniser les curricula de formation. Tout plaidoyer auprès des hautes autorités et influenceurs clés sera pareillement structuré sous la conduite du MSANP.

Concernant les autres ministères, leurs attributions contribuent en grande partie à la réussite de la mise en œuvre du CI.

- **Le Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme (MPPSPF)** : Par le biais de la Direction Générale de la Protection Sociale, le MPPSPF est chargé de la conception, de la mise en application, du pilotage et de l'évaluation des programmes et des stratégies de mise en œuvre de la politique nationale de la protection sociale relative au régime non contributif. Cette politique est axée sur les domaines suivants : la promotion des Droits humains fondamentaux, l'amélioration du bien-être de la population et de l'équité sociale, du renforcement de la cohésion sociale basée sur la solidarité nationale, ainsi que de la lutte pour la réduction de la pauvreté, la réduction de l'exclusion sociale, la lutte contre la vulnérabilité et l'amélioration des conditions de vie de la population.
- **Le Ministère de la Jeunesse et du Sport (MJS)** : à travers la direction de la protection de la jeunesse, le ministère contribue à favoriser l'environnement juridique, politique et stratégique en matière d'accès des jeunes aux services de santé de la reproduction. Il est un acteur clé dans la mise en œuvre des actions en faveur des adolescents et des jeunes, essentiellement en matière de sensibilisation, d'information et d'orientation, en se focalisant plus particulièrement sur les jeunes filles en milieu rural et celles appartenant aux ménages pauvres.

Les ONG : Les ONG et projets contribuent à la mise en œuvre des activités relatives aux priorités stratégiques pour l'atteinte des ODD. Ils apportent leur appui au MSANP pour renforcer la prestation de services au sein du système de santé, tout en améliorant le plaidoyer et la formation des prestataires. Leur collaboration avec les services techniques décentralisés a essentiellement trait à la coordination de la mise en œuvre et au suivi-évaluation des activités.

Les PTF : Les partenaires techniques et financiers apportent des contributions financières pour la mise en œuvre du CI et soutiennent le MSANP dans la mobilisation des ressources. Ils participent au renforcement des capacités des acteurs dans le domaine de la SRMNIA-N à tous les niveaux en matière de sécurisation des produits, d'offre de services, de mise en place de systèmes d'information, de formation initiale et continue, de recherche, de plaidoyer, d'équipements, et de dotations matérielles. Ils participent à l'approvisionnement en médicaments essentiels et font part de leur expertise technique dans l'élaboration des documents cadres.

Le secteur privé : Le secteur privé de la santé est très actif à Madagascar et fournit des services ambulatoires et hospitaliers. Il est aussi impliqué dans le développement des infrastructures, ainsi que dans la production de médicaments et de technologies de la santé, et dans leur approvisionnement. Le recours au secteur privé de la santé est particulièrement important, d'autant plus que les dépenses publiques consacrées à la santé sont insuffisantes, et que le pays est souvent en proie à des situations d'urgence. Toutefois, jusqu'ici, le secteur privé de la santé ne fait pas partie de la planification du secteur de la santé menée par le gouvernement, et constitue donc une ressource inexploitée dans le contexte de la SRMNIA-N. Faire participer le secteur privé au processus de planification à tous les niveaux du système de santé serait donc une initiative salutaire.

La société civile : Les organisations de la société civile contribuent amplement à la santé publique et aux systèmes de santé en termes d'élaboration des politiques, de prestation des services et de gouvernance. On citera à cet égard l'apport d'éléments de preuve, la sensibilisation, la mobilisation de la population, la recherche de consensus, la prestation de services médicaux et de services liés aux déterminants sociaux de la santé, l'établissement de normes, l'autoréglementation et la promotion du partenariat social. Elle est la garante du principe de redevabilité envers la population.

CHAPITRE SIX : LES RESSOURCES NÉCESSAIRES

Hypothèses de calcul des coûts

L'outil OneHealth Tool (OHT) a été utilisé pour calculer les coûts des interventions prioritaires du CI sur la SRMNIA-N. Un atelier de 5 jours a été consacré à l'exercice avec la participation des responsables des divers programmes et projets de SRMNIA-N.

OHT est un outil de planification stratégique à moyen terme (3 à 10 ans) dans le secteur de la santé au niveau national. OHT est un modèle intégré avec trois composantes principales : module de programmes et d'interventions, module de systèmes de santé et module d'impact.

Module de programmes et d'interventions

OHT estime les coûts par programme (santé maternelle, santé de l'enfant, vaccinations, VIH/SIDA, nutrition, santé des adolescents et des jeunes, promotion de la santé) et par interventions, ainsi que les implications de l'utilisation de certains aspects des systèmes de santé (ressources humaines et infrastructures). Il calcule les coûts des médicaments et consommables par interventions et par programme en tenant compte de la population cible, de la population dans le besoin, et de la couverture des interventions ainsi que leur coût unitaire.

Ce module contient aussi un sous-module qui permet d'enregistrer des données et de calculer les coûts de gestion des programmes de santé. Les catégories de ce module sont les suivantes : ressources humaines, formation, suivi et évaluation, supervision et autres coûts spécifiques à ces programmes.

Module du système de santé

En plus des programmes de santé, l'outil OHT comprend des modules pour les systèmes de santé : ressources humaines, infrastructures, système d'information pour la gestion, financement de la santé. Les composantes du système de santé incluses sont basées sur la définition de l'OMS des « six blocs » du système de santé.

Module d'impact

Ce module comprend des données démographiques et des taux de couverture, dont la source provient des données par défaut fournies par UNPOP (Division de la Population des Nations Unies), l'OMS, l'UNICEF et d'autres organismes basés à Madagascar. Ces données peuvent cependant être mises à jour par les utilisateurs d'OHT, si des données plus récentes sont disponibles. Ce module permet d'estimer les impacts de santé pour des interventions clés, par exemple, la mortalité maternelle, la mortalité infantile et néonatale, le retard de croissance et l'émaciation, ou encore la fécondité totale.

La collecte des données

Les différentes interventions des programmes de santé qui ont fait l'objet d'un calcul de coûts sont :

- Santé de la mère, santé du nouveau-né et santé de la reproduction
- Santé de l'enfant
- Vaccination
- Paludisme
- VIH/SIDA
- Nutrition

- Promotion de la santé
- Santé des adolescents et des jeunes

Chaque programme prioritaire comporte deux éléments de coûts, à savoir celui du programme et celui relatif aux médicaments, produits et matériels.

Les divers éléments du système de santé qui ont fait l'objet d'une analyse des coûts ont été :

- Ressources Humaines (hormis les salaires et les formations avant emploi)
- Infrastructures (hormis les constructions neuves, mais y compris l'équipement, l'ameublement et les véhicules ; Coûts de réhabilitation ; Coûts opérationnels et de maintenance)
- Médicaments, produits et matériels (uniquement en termes de sécurité et pertes de stocks)
- Financement de la santé
- Système d'information sanitaire (en tenant compte des coûts liés à la réforme du système d'enregistrement des naissances et ceux de la gestion du Programme.
- Les équipes du MSANP ont travaillé pour recueillir des informations détaillées pour chaque intervention sur les aspects suivants :
 - Définition des populations cibles
 - Définition des populations dans le besoin
 - Taux de couverture
 - Coûts par cas de traitement pour chacune des interventions (accouchements assistés, vaccination rougeole, etc...).
 - Coûts de gestion de programmes

Ces équipes du MSANP ont eu des sessions de travail avec les principaux responsables de programmes afin de collecter les informations sur les coûts.

Pour affiner les coûts, chaque programme spécifique a travaillé séparément pour déterminer certains coûts unitaires, préciser la nature de chaque intervention.

Normalisation de certains coûts unitaires

Pendant le processus d'établissement des coûts, l'équipe technique OHT a pu identifier et harmoniser les coûts d'activités similaires, telles que des visites de supervision nationales dans les régions, les districts situés à équidistance ou offrant des programmes de même durée, ou encore les per diem pour les activités de formation. Pour amoindrir les coûts, les équipes OHT ont intégré toutes les formations et les supervisions.

Prévision de coûts globaux

Coût récapitulatif du Cadre d'investissement

Le coût total récapitulatif du CI s'élève à **1 842 milliards MGA (soit 512 millions USD)**, répartis par coûts de services de santé (médicaments et gestion du programme) pour **1 382 milliards MGA** et par coûts du système de santé pour **461 milliards MGA**, soit un investissement de 28,66 USD par habitant sur 5 ans.

Tableau 15 : Répartition des prévisions des coûts par programme de santé et système de santé par année (en milliards de MGA)

Milliards de MGA	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction	57	64	71	77	84	353
Santé de l'enfant	16	16	16	17	17	82
Vaccination	91	93	98	103	108	493
Paludisme	19	24	75	26	32	176
VIH/SIDA	0	0	0	0	0	1
Nutrition	33	37	40	43	45	198
Eau, Assainissement et Hygiène	1	1	1	0	0	4
Promotion de la santé	1	1	1	1	1	4
Santé des adolescents	11	17	17	17	9	72
Sous-total des programmes	229	254	318	284	297	1 382
Ressources Humaine	16	23	26	28	39	131
Logistique	0	1	1	1	1	3
SIS	4	4	4	3	3	19
Gouvernance	0	0	0	0	0	1
Financement	18	18	40	73	94	243
Infrastructure	14	13	13	13	12	64
Sous-total du système de santé	52	59	84	117	149	461
Total milliards de MGA	281	313	402	401	446	1 842
Total millions d'USD	78	87	112	111	124	512

Tableau 15 : Coûts liés aux ressources humaines (en milliers de MGA)

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Formation	3 702 000	3 650 500	3 629 000	3 629 000	3 605 000	18 215 505
Fidélisation	1 326 700	1 326 700	1 326 700	1 326 700	0	5 306 800
Recrutement nouveaux agents	10 745 843	18 040 348	21 015 758	22 692 713	35 023 304	107 517 966
Total	15 774 543	23 017 548	25 971 458	27 648 413	38 628 304	131 040 266

Tableau 17 : Coûts liés au financement de la santé (en milliers de MGA)

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Coûts directs						
PBF	10 508 048	10 508 048	28 435 847	53 248 156	77 276 143	179 976 243
Urgences hospitalières	3 184 463	4 044 251	5 136 214	6 522 986	8 284 176	27 172 089
Vouchers	3 819 221	3 819 221	6 517 566	12 835 850	8 733 140	35 724 998
Sous-total	17 511 732	18 371 520	40 089 627	72 606 991	94 293 459	242 873 329
Coût de la gestion du Programme						
Autres coûts : CNS, Stratégie nationale de financement de la santé, Cartographie des ressources...	356 412	98 600	4000	4000	17 000	480 012
Sous-total	356 412	98 600	4000	4000	17 000	480 012
Total	17 868 144	18 470 120	40 093 627	72 610 991	94 310 459	243 353 341

Tableau 16 : Coûts liés à la gouvernance et au leadership (en milliers de MGA)

Activités de gouvernance	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Enquête de satisfaction des usagers sur les services de santé	6000	25 000	25 000	25 000	25 000	106 000
Recherche opérationnelle et science au service de la prestation	0	3 500	17 000	25,000	0	45 500
Suivi du rendement du Cadre d'investissement	0	4 500	9 500	4500	4500	23 000
Mise en œuvre du plan d'assurance qualité des prestations SRMNIA-N	26 797	75 000	350 000	150 000	350 000	951 797
Coûts de la gestion du Pacte	213 000	20 000	20 000	20 000	20 000	293 000
Total	245 797	128 000	421 500	224 500	399 500	1 419 297

Tableau 19 : Coûts liés à la gouvernance et au système d'information sanitaire (en milliers de MGA)

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Formation	1 224 652,50	1 168 000,00	584 000	292 000	0	3 268 652,50
Supervision	2 140 000,00	2 140 000,00	2 140 000	2 140 000	2 140 000	10 700 000,00
Système d'information communautaire	941 750,00	941 750,00	941 750	930 775	825 000	4 581 025,00
Total	4 306 402,50	4 249 750,00	3 665 750	3 362 775	2 965 000	18 549 677,50

Tableau 20 : Coûts liés aux infrastructures (en milliers de MGA)

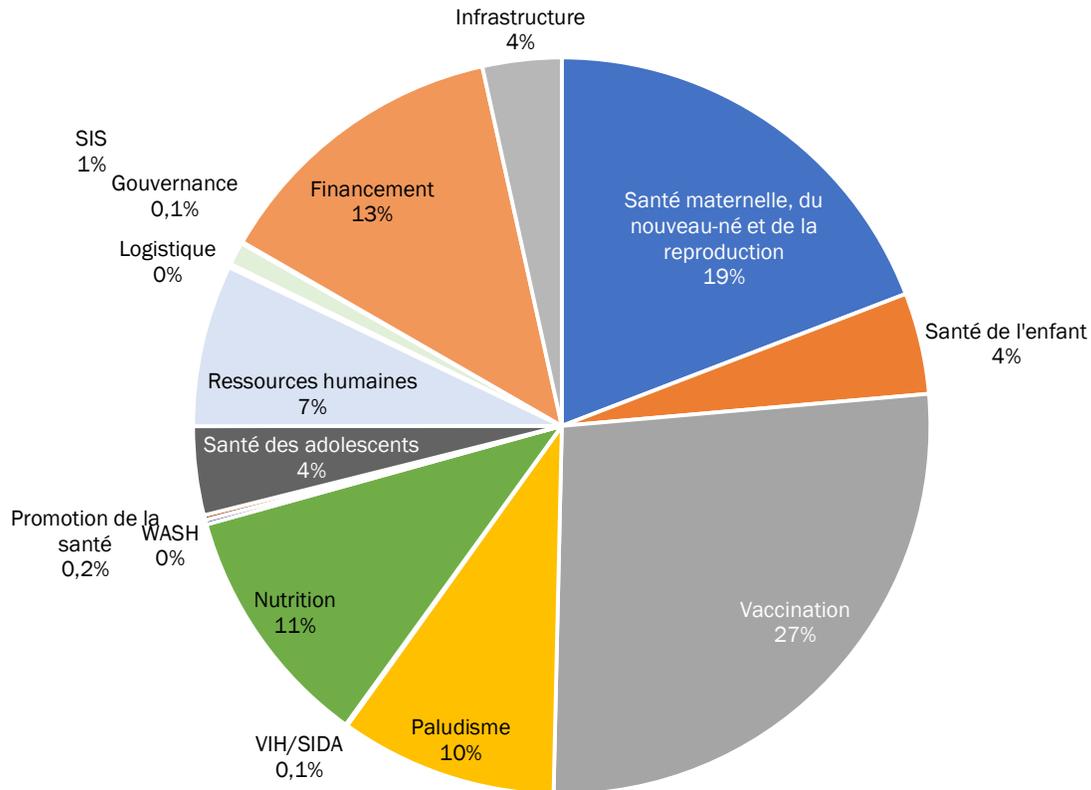
Récapitulatif des Coûts de l'infrastructure

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Coûts de construction	0	0	0	0	0	0
Coûts de réhabilitation	8 384 588	7 723 794	7 723 794	7 723 794	6 589 794	38 145 765
Achat de véhicules	805 000	805 000	805 000	805 000	805 000	4 025 000
Achat d'équipement de communication	22 453	22 453	22 453	22 453	22 453	112 265
Coût total en capital	9 212 042	8 551 247	8 551 247	8 551 247	7 417 247	42 283 031
Coûts opérationnels						0
Coûts d'entretien et réparation des véhicules	3 220 000	3 220 000	3 220 000	3 220 000	3 220 000	16 100 000
Coûts du carburant des véhicules	1 079 735	1 079 735	1 079 735	1 079 735	1 079 735	5 398 675
Coûts opérationnels totaux	4 299 735	4 299 735	4 299 735	4 299 735	4 299 735	21 498 675
Coûts totaux de l'infrastructure	13 511 776	12 850 982	12 850 982	12 850 982	11 716 982	63 781 705

Tableau 21 : Coûts liés à la logistique (en milliers de MGA)

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Ressources humaines spécifiques au programme	0	0	0	0	0	
Formation	98 200	439 400	417 400	408 400	390 400	1 753 800
Supervision	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	500 000
Infrastructure de gestion de la logistique	0	150 000	125 000	100 000	100 000	475 000
Contrôle qualité	2 750	2 750	2 750	2 750	2 750	13 750
Total	200 950	692 150	645 150	611 150	593 150	2 742 550

Graphique 8 : Répartition du coût total du Cadre d'investissement



Cartographie des ressources

La cartographie des ressources du CI pour la SRMNIA-N s'est avérée difficile à réaliser pour plusieurs raisons :

- D'abord parce que la classification des domaines d'intervention du CI pour la SRMNIA-N ne correspond pas nécessairement à celle des parties prenantes, qui est, la plupart du temps, plus englobante ; en effet, les parties prenantes ont parfois tendance à allouer leurs ressources à un ensemble de domaines comme la santé reproductive, maternelle et infantile (SRMI) ; il en est de même pour les diverses composantes du système de santé, dont le financement est alloué globalement au « renforcement du système de santé ».
- Ensuite, parce qu'il est difficile de faire des prévisions au-delà de 2020-2021.
- Enfin, il existe également des ressources qui ne sont pas liées à des régions.

Toutefois, prise dans son ensemble, la cartographie s'est révélée très utile pour apprécier d'abord la capacité du pays à trouver le financement global du Cadre d'investissement, au regard des ressources engagées de 2020 à 2023.

Les tableaux suivants font état de la répartition de ces ressources par année et par domaine d'intervention, mais aussi de leur répartition par partie prenante.

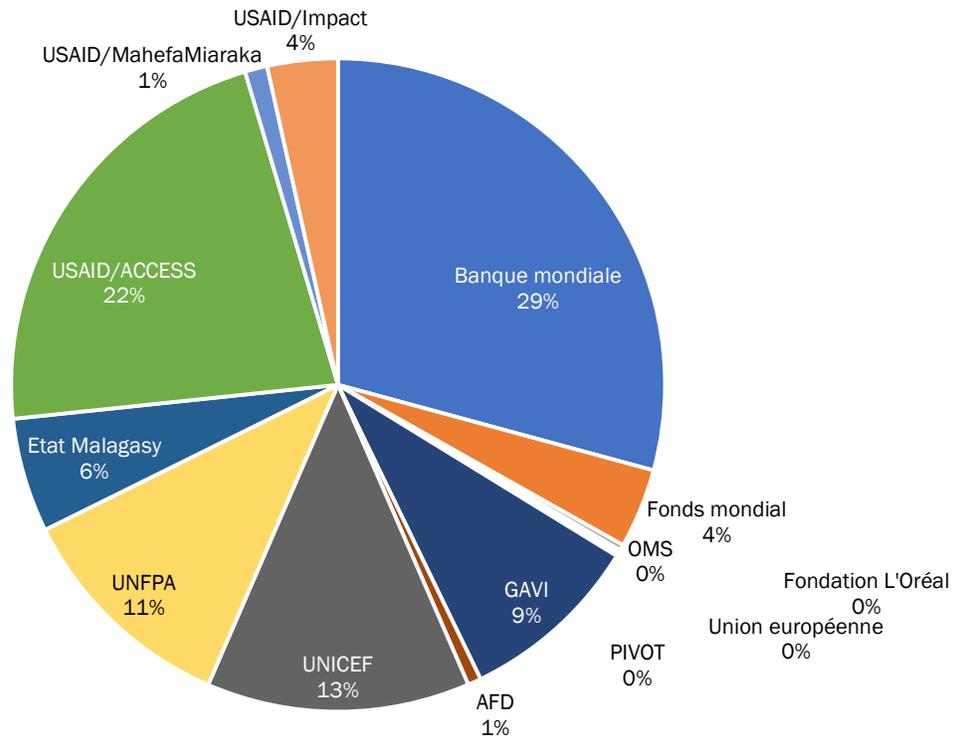
Tableau 22 : Ressources disponibles par domaine d'intervention et par an (en millions de USD)

Domaine	Engagement 2020	Engagement 2021	Engagement 2022	Engagement 2023	TOTAL
SR/PF	10,4	4,9	1,7	1,5	18,5
SMN	4,6	9,9	9,2	9,0	32,7
Santé de l'enfant	1,0	1,9	0,8	0,6	4,3
SRMNI	26,3	43,2	34,1	15,4	119,0
Santé des adolescents	1,2	5,2	3,9	3,4	13,8
Vaccination	26,5	19,9	7,2	6,4	60,0
Nutrition	8,9	16,0	12,3	5,0	42,1
Renforcement du système de santé	2,4	11,8	16,3	11,5	42,0
Autres	0,5	3,6	4,7	5,1	13,8
Total	81,7	116,5	90,1	57,9	346,2

Tableau 23 : Ressources disponibles par partie prenante engagées de 2020 à 2023 (en millions de USD)

Partenaire	Engagement 2020	Engagement 2021	Engagement 2022	Engagement 2023	TOTAL
Banque mondiale	11,5	30,4	37,8	21,4	101,1
Fonds mondial	0,5	3,5	4,6	5,0	13,7
OMS	0,3	0,6	0,0	0,0	0,9
Union européenne	0,2	0,3	0,1	0,0	0,5
Fondation L'Oréal	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3
PIVOT	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3
GAVI	22,4	9,0	0,0	0,0	31,4
AFD	0,7	1,6	0,0	0,0	2,3
UNICEF	9,4	19,3	9,7	6,7	45,1
UNFPA	8,6	11,7	9,2	9,2	38,7
Etat Malagasy	0,0	8,3	5,2	6,1	19,6
USAID/ACCESS	20,6	26,2	21,4	8,2	76,3
USAID/Mahefa Miaraka	2,1	1,8	0,0	0,0	3,8
USAID/Impact	5,4	3,4	2,0	1,3	12,1
Total	81,7	116,5	90,1	57,9	346,2

Graphique 9 : Contributions aux ressources par partie prenante (ressources engagées de 2020 à 2023)



Analyse de l'écart financier

Tableau 24 : Ecart financier entre 2020 et 2024 (en millions de USD)

	2020	2021	2022	2023	2024
Coût totaux	78	87	112	111	124
Ressources disponibles	81,7	116,5	90	58	Pas de collecte
Ecart financier	3,7	29,5	-21,5	-53,5	- 124

Tableau 25 : Ecart financier par domaine d'intervention de 2020 à 2023 (en millions de USD)

Domaines d'intervention	2020	2021	2022	2023
Santé maternelle et néonatal et reproductive	-0,9	-3,1	-8,8	-10,9
Santé de l'enfant	-3,5	-2,4	-3,6	-4,1
Santé des adolescents (10-19 ans)	-1,8	0,4	-0,8	-1,3
Vaccination	1,2	-5,9	-20,1	-22,1
Nutrition	-0,2	5,6	1,2	-6,8
Eau, Assainissement et Hygiène (WASH)	-0,3	-0,3	-0,2	-0,1
Renforcement de system de sante	-12,0	-4,7	-6,9	-21,1
Autre	21,2	39,8	17,7	13,0
Total	3,7	29,5	-21,5	-53,5

Les coûts susceptibles d'être couverts

Les deux derniers tableaux (24 et 25) montrent un écart de financement à partir de 2022.

Si l'on considère la période de 2020 à 2023, étant donné que pour l'année 2024, la collecte des données financières a été très restrictive, les ressources disponibles se trouvent à 346 millions de USD pour un budget total du CI de 388 millions de USD. Ce qui laisse un écart de 42 millions de USD. Toutefois, l'écart est de -21,5 millions de USD en 2022 et de -53,5 millions de USD en 2023. Il est évident que les montants annoncés par les parties prenantes pour les années 2022 et 2023 sont estimatifs et ceux pour l'année 2024 n'ont même pas été collectés en raison de l'impossibilité de faire des prévisions aussi lointaines.

Le tableau 26 montre que le domaine d'intervention qui affiche l'écart financier le plus important est la vaccination pour les années 2022 (-18,9 millions d'USD) et 2023 (-22,6 millions d'USD). Ceci s'explique par le fait que le Plan pluriannuel complet (PPAc) du pays, qui est le document de planification des stratégies et interventions essentielles sur la vaccination, et en même temps une analyse de leurs coûts et financements, est encore en phase d'élaboration. Ce document couvrira les cinq prochaines années. Le principe de cofinancement a été instauré pour la pérennité financière des vaccins et du programme de vaccination. C'est ainsi que l'Etat apporte sa contrepartie à hauteur de 1 à 1,5 million de USD par an, GAVI contribue en moyenne avec 14,7 millions de USD par an, et l'UNICEF soutient le programme avec des ressources propres internes. D'autres partenaires apportent leurs contributions de manière directe ou indirecte. Les contributions de l'Etat sont consignées dans le cadre de dépense à moyen terme (CDMT), puis écrites dans les lois de finances de chaque année. Elles sont considérées comme essentielles pour la pérennité du programme car le financement externe reste un appui complémentaire.

Il en est de même pour la santé de l'enfant, dont le déficit pour l'année 2022 est de -3,4 millions de USD et de -4,4 millions de USD pour 2023. Ici encore, l'écart sera facilement comblé par les contributions du Fonds mondial, lesquelles sont conditionnées par l'inscription au budget annuel d'une contrepartie nationale.

Des efforts particuliers sont demandés pour financer les divers domaines d'intervention, et notamment celui sur la nutrition et du renforcement du système de santé pour l'année 2024.

Stratégies pour réduire l'écart financier du plan

- S'appuyer sur ce qui existe :
 - Fonds catalytiques provenant du GFF (15 millions de USD)
 - Contribution du gouvernement à travers :
 - Une allocation dédiée au CI/SRMNIA-N par le MSANP
 - Une allocation budgétaire spéciale à solliciter auprès du MEF
- Identifier les investissements catalytiques qui permettent à la fois de renforcer le système de santé et d'améliorer les résultats de la SRMNIA-N
- Saisir l'opportunité de la programmation du Système des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA) de 2021 à 2024
- Inscrire et maintenir chaque année la contribution de l'Etat au financement du programme de vaccination et à la santé de l'enfant dans les lois de finances (initiales et rectificatives)
- Assurer un plaidoyer pour un meilleur alignement des bailleurs de fonds sur la SRMNIA-N avec :
 - Amélioration de l'efficacité de l'aide et de la coordination dans le secteur de la santé par l'adhésion du pays à l'IHP+
 - Mise en commun des ressources des partenaires par le biais d'une approche sectorielle
- Utiliser avec plus d'efficacité et plus d'efficience les ressources du secteur santé par :
 - Un examen périodique de la priorisation des investissements
 - Des taux d'engagement et d'utilisation satisfaisants
 - Des contrôles et audits réguliers
- Mobiliser davantage de ressources domestiques (budget national et secteur privé) pour le secteur de la santé en aidant à :
 - Organiser une étude sur l'espace fiscal
 - Documenter l'expérience sur la contribution de solidarité volontaire liée aux téléphones portables, déjà mise en œuvre dans le cadre de la CNSS
 - Conduire une étude sur la mise en place d'impôts indirects sur les aliments mauvais pour la santé (alcool, tabac, boissons gazeuses sucrées, produits trop salés) Démontrer que ces taxes permettent de réduire la consommation de ces produits mauvais pour la santé, améliorent la santé de la population et augmentent les ressources que le gouvernement pourra alors allouer pour la SRMNIA-N
 - Conduire une étude sur la contribution des impôts spéciaux sur les grandes entreprises rentables, notamment celles basées sur les industries extractives
- Développer un programme de plaidoyer pour que le gouvernement confère une plus haute priorité à la santé en général et à la SRMNIA-N en particulier dans les allocations budgétaires.
- Elaborer et valider la Stratégie Nationale sur le Financement de la Santé

CHAPITRE SEPT : LE SUIVI DU RENDEMENT DU CADRE D'INVESTISSEMENT

Dispositions de suivi du Cadre d'investissement

Conformément au principe d'un CI dynamique, intégrant des corrections de trajectoire rapides si nécessaire, le suivi du CI s'effectuera à trois niveaux :

- Le Comité restreint suivra chaque année **les indicateurs d'effet et d'impact du CI**. De pair avec des exercices annuels de cartographie des ressources, cela permettra d'ajuster les stratégies, la théorie du changement ou même (si des ressources supplémentaires sont disponibles) les résultats attendus.
- Le GTT et les comités régionaux suivront tous les trimestres **des indicateurs 'traceurs' d'extrants et d'effets du CI**, un sous-groupe d'indicateurs reposant sur des sources de données de routine. Cela permettra de réagir rapidement à des problèmes de mise en œuvre et, le cas échéant, d'ajuster en cours d'année les activités ou stratégies prévues.
- Le suivi **d'activités et d'extrants spécifiques** sera intégré aux plans opérationnels de chaque direction, région et district. Les rapports rétro-information seront développés pour le suivi de ces rapports opérationnels.

Les deux ensembles d'indicateurs, qui seront utilisés par le Comité restreint et le GTT pour ce suivi, sont présentés dans les pages suivantes.

La responsabilité de la production de tableaux de bord trimestriels et annuels basés sur ces deux ensembles d'indicateurs incombera à la Direction des Études, de la Planification et du Système d'Information (DEPSI). Un guide technique fournit une documentation détaillée sur les sources de données, les définitions et les formulations pour tous les indicateurs du cadre de résultats. Une assistance technique sera aussi fournie par le GFF/ Banque mondiale pour la production de ces tableaux de bord annuels et trimestriels.

Ces tableaux de bord seront non seulement fournis au Comité restreint et au GTT, mais seront également diffusés (avec commentaires) à toutes les parties prenantes, à tous les niveaux du secteur de la santé, ainsi qu'aux autres ministères, partenaires, à la société civile et au secteur privé.

Cadre de résultats

Matrices complètes des indicateurs, cibles et sources de données

Indicateurs d'impact

Indicateur	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Ratio de mortalité maternelle	Impact	426 p100 000	MICS 2018	300 p100 000
Taux de mortalité néonatale	Impact	21 p1000	MICS 2018	17 p1000
Taux de mortalité infanto-juvénile	Impact	59 p1000	MICS 2018	42 p1000
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de retard de croissance modéré à sévère	Impact	41,6%	MICS 2018	34,1%

Indicateur	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition aiguë modérée à sévère	Impact	6,4%	MICS 2018	4,5%
Indice synthétique de fécondité	Impact	4,6 par femme	MICS 2018	4,2 par femme
Taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans)	Impact	151 p1000	MICS 2018	130 p1000

Effet 1 : La demande et l'utilisation des services SRMIA-N sont accrues.

Indicateurs	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union <i>Proxy de routine : Couple-Années de Protection (CAP) dans les formations sanitaires publiques</i>	Effet	40,5%	MICS 2018	45,0%
Proportion de femmes enceintes ayant effectué 4 CPN ou plus <i>Proxy de routine : nombre de CPN dans les formations sanitaires publiques où les femmes enceintes ont effectué 4 CPN ou plus)</i>	Effet	50,6%	MICS 2018	80,0%
Proportion des femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)	Effet	61,1%	MICS 2018	90,0%
Proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié <i>Proxy de routine : nombre de accouchements en formations sanitaires publiques</i>	Effet	46,1%	MICS 2018	80,0%
Proportion des accouchements où la mère a bénéficié d'une consultation post-natale dans les 48 heures post-partum <i>Proxy de routine : nombre de visites post-natales dans les 48hrs</i>	Effet	72,1%	MICS 2018	80,0%
Proportion des cas d'infection respiratoire aiguë chez les enfants de moins de 5 ans traités avec antibiothérapie <i>Proxy de routine : proportion des cas d'infection respiratoire aiguë chez les enfants de moins de 5 ans vus dans les FOSA qui sont traités avec antibiothérapie</i>	Effet	43,2%	MICS 2018	60,0%
Proportion de cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge avec ACT <i>Proxy de routine : proportion de cas du paludisme confirmés chez les enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans les formations sanitaires publiques et la communauté</i>	Effet	3,0%	MICS 2018	60,0%
Proportion de cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans qui sont pris en charge selon les normes nationales (SRO et poursuite de l'alimentation) <i>Proxy de routine : proportion de cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires qui sont traités avec SRO-Zinc</i>	Effet	41,2%	MICS 2018	60,0%
Pourcentage des enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu le PENTA3 (DTP3 HepB3 Hib3)	Effet	58,9%	MICS 2018	90,6%

Indicateurs	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Pourcentage des enfants de 9 à 11 mois qui ont reçu le VARR	Effet	54,9%	MICS 2018	90,0%
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide	Effet	62,3%	MICS 2018	90,0%
Taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants jusqu'à l'âge de 6 mois	Effet	50,6%	MICS 2018	65,0%
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois dans les CRENAS avec malnutrition aiguë sévère (MAS) qui sortent guéris	Effet	40%	SNIS/RMA	80,0%
Prévalence contraceptive moderne chez les adolescentes (15 à 19) ans <i>Proxy de routine : Couple-Années de Protection (CAP/CYP) des 15-19 ans dans les formations sanitaires publiques</i>	Effet	28,2%	MICS 2018	40,0%
Proportion des adolescentes (femmes de 15 à 19) ans ayant fait le test de dépistage IST/ VIH et ayant retiré leurs résultats <i>Proxy de routine : nombre d'adolescentes (femmes de 15 à 19 ans) ayant fait le test de dépistage IST/ VIH</i>	Effet	2,5%	MICS 2018	9,7%
Extrant 1.1 La population cible est informée et sensibilisée sur la SRMNIA-N par des actions de communication pour le changement social et comportemental (CCSC).				
Pourcentage de communes de plus de 10 000 habitants où des interventions de promotion du changement de comportement impliquant les autorités traditionnelles et religieuses	Extrant	47,3%	ND	80,0%
Extrant 1.2 Des outils de communication et de TIC (réseaux sociaux, SMS) sont développés pour la sensibilisation et le suivi des patients.				
Nombre de notifications SMS de promotion ou de suivi envoyées à la population	Extrant	ND	Rapports de système	À déterminer

Effet 2 : L'offre de services de SRMNIA-N de qualité est améliorée.

Indicateur	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Pourcentage des agents de santé publique appliquant correctement les directives cliniques de prise en charge des complications maternelles et néonatales	Effet	22,9%	IPS/SDI 2016	60,0%
Pourcentage de formations sanitaires publiques disposant de tous les équipements de base	Effet	56,4%	IPS/SDI 2016	80,0%
Pourcentage de médicaments prioritaires de l'OMS disponibles dans les formations sanitaires publiques	Effet	46,4%	IPS/SDI 2016	90,0%
Taux de césarienne pour accouchements dans les CHR	Effet	2,0%	MICS 2018	5,0%
Pourcentage des nouveaux nés n'ayant pas respiré ni crié à la naissance, réanimés/réveillés	Effet	15%	OHT	80,0%
Extrant 2.1. L'accueil et les soins accordés aux patients sont humanisés dans toutes les formations sanitaires.				
Taux de satisfaction des clientes	Extrant	ND	Enquêtes de satisfaction des usagers	À déterminer

Indicateur	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Extrant 2.2. Les stratégies avancées et mobiles sont réalisées pour livrer le paquet SRMNIA-N à toutes les populations cibles.				
Nombre de sites nutritionnels communautaires fonctionnels	Extrant	2.936	Projet PARN (août 2020)	5.050
Nombre de CPN réalisées en stratégies avancées	Extrant	0	SNIS/RMA	À déterminer
Extrant 2.3. La supervision et le bilan de satisfaction des usagers sont menés périodiquement.				
Pourcentage de CSB publics supervisés trimestriellement par les SDSP dans les régions prioritaires	Extrant	ND	Rapports de supervision	90,0%
Extrant 2.4. L'approvisionnement en médicaments, intrants et les équipements de qualité est assuré.				
Disponibilité moyenne dans les formations sanitaires de 14 produits de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant le jour de la visite	Extrant	61,2%	Enquête « Impact » auprès des clientes	85,0%
Extrant 2.5. Les AS et les AC reçoivent une formation complète sur le paquet SRMANIA-N et sur la gestion des intrants.				
Pourcentage des formations sanitaires dans les régions prioritaires avec au moins un prestataire formé sur le paquet SRMNIA-N	Extrant	0%		90,0%

Effet 3 : L'accès financier aux soins SRMNIA-N est amélioré pour les populations les plus vulnérables.

Indicateur	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Pourcentage des dépenses directes sur les dépenses totales de santé	Effet	40%	EPM	<25%
Taux d'accouchement dans les formations sanitaires par les femmes appartenant au groupe le plus défavorisé (quintile 5) <i>Proxy : nombre d'accouchements dans les formations sanitaires publiques rurales</i>	Effet	15,7%	MICS 2018	38,7%
Extrant 3.1. Les populations vulnérables bénéficient de soins hospitaliers d'urgences gratuits.				
Nombre de personnes vulnérables bénéficiant des soins d'urgences hospitalières gratuits	Extrant	ND	SIGFIP	354 737
Extrant 3.2. Des chèques santé sont distribués aux groupes les plus vulnérables.				
Nombre d'utilisateurs des services qui bénéficient d'un mécanisme de protection financière sous forme de chèque santé	Extrant	ND	UCP	888 689
Extrant 3.3. Les populations vulnérables bénéficient de soins gratuits grâce au fond d'équité.				
Taux d'utilisation du Fonds d'équité	Extrant	3,3%	DHIS2	30,0%

Effet 4 : Le système de de santé est renforcé dans l'ensemble du pays.

Indicateur	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Pourcentage des CSB2 tenus par un médecin	Effet	52,0%	Données de la DRH 2021	80,0%
Taux d'absentéisme des agents de santé dans les formations sanitaires publiques	Effet	26,4%	IPS/SDI 2016	<15,0%
Disponibilité des infrastructures (sources d'eau, d'électricité et d'assainissement) dans les formations sanitaires publiques	Effet	15,20%	IPS/SDI 2016	26,20%
Extrant 4.1. Les infrastructures sanitaires sont réhabilitées/équipées selon les normes du MSANP.				
Nombre cumulatif de CSB2 et CHR2 (hôpital de district) réhabilités	Extrant	Non déterminé	DSSB, DHRD,	125
Extrant 4.2. Le nombre, la répartition et la motivation des ressources humaines sont améliorés.				
Pourcentage de médecins et infirmiers dans les CSB et CHR2 rurales	Extrant	ND	Données de la DRH	À déterminer
Extrant 4.3. Les systèmes de la chaîne logistique sont renforcés.				
Pourcentage des produits en rupture de stock dû à la non-disponibilité des produits dans la Pharmacie du Gros de District (PhaGDIs)	Extrant	14%	Enquête « Impact »	5%
Extrant 4.4. La gouvernance est renforcée pour générer des gains d'efficacité.				
Pourcentage de membres des plateformes de coordination du CI/SRMNIA-N (Comité restreint, GTT) assistant à une réunion chaque trimestre	Extrant	ND	Comptes-rendus des réunions	80%
Extrant 4.5. Le renforcement du SNIS, de l'ESEC et de la recherche permet une gestion des données continue.				
Pourcentage des formations sanitaires dont les données du RMA sont saisies sur DHIS2	Extrant	ND	SNIS/RMA	90%
Pourcentage de nouveau-nés enregistrés à la naissance dans les statistiques de l'état civil	Extrant	ND	Statistiques de l'état civil	90,0%
Extrant 4.6. Les agents communautaires sont intégrés au système de santé.				
Pourcentage de fokontany disposant de CoSan érigés selon les directives et fonctionnels (une réunion dans les derniers six mois)	Extrant	ND	DSSB	50%

Effet 5 : Les ressources pour la SRMNIA-N sont améliorées durablement, à la suite des réformes sur le financement de la santé.

Indicateur	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Dépenses totales de santé par habitant	Effet	22 USD	GHED 2018	45 USD
Pourcentage des dépenses de santé destinées aux soins de santé primaires <i>Proxy : pourcentage du budget du MSANP destiné aux soins de santé primaires</i>	Effet	ND	Comptes nationaux de la santé (CNS)	60,0%

Indicateur	Type	Valeur	Source et date	Cible 2024
Extrant 5.1. Davantage de ressources durables sont rendues disponibles pour la SRMNIA-N (services priorités).				
Montant total des ressources annuelles allouées à la SRMNIA-N dans les trois ans en cours (Cartographie des ressources)	Extrant	260 millions d'USD (2019-2021)	Cartographie et suivi des ressources (2021)	À déterminer
Pourcentage des ressources annuelles allouées à la SRMNIA-N, qui sont décaissées	Extrant	ND	Cartographie et suivi des ressources	95%
Extrant 5.2. Les ressources pour la santé sont allouées et utilisées plus efficacement.				
Taux d'engagement du budget du MSANP (Loi de finances avant modifications)	Extrant	Central 58% Périphérie 88%	SIIGFIP	Central 80% Périphérie 95%
Extrant 5.3. Les PTF sont mieux alignés sur les volets de la SRMNIA-N.				
Nombre de PTF qui se sont alignés sur le Cadre d'investissement (fonds et plan de mise en œuvre)	Extrant	0	Rapport DRH	X
Extrant 5.4. La gestion des budgets de santé est décentralisée aux premières lignes.				
Proportion du budget du MSANP gérée par les communes via le mécanisme « Dotation CSB »	Extrant	0%	SIIGFIP	A déterminer
Extrant 5.5. La population est sensibilisée et adhère à des mécanismes d'assurance maladie.				
Nombre d'adhérents aux mutuelles de santé	Extrant	169 000	Enquête Positive Planet (2015)	750 000 sur 5 ans
Extrant 5.6. Plus de ressources domestiques sont mobilisées pour la santé.				
Proportion du budget domestique de la santé par rapport au budget domestique de l'Etat	Extrant	6,8%	Loi de finances initiale (LFI)	15,0%
Extrant 5.7. Les systèmes d'information financière sont renforcés.				
La cartographie des ressources est systématisée et effectuée annuellement au T1, et le décaissement est suivi trimestriellement	Extrant	Non (2020)	Cartographie et suivi des ressources	Oui
Les CNS pour l'année précédente sont effectués annuellement	Extrant	Non (2020)	CNS	Effectué au T1
Extrant 5.8. Le financement basé sur la performance est mis à échelle.				
Nombre de districts mettant en œuvre l'approche FBP	Extrant	8	Rapport UCP	106 districts

Recherche opérationnelle et la science au service de la prestation

Outre la surveillance, la recherche opérationnelle et la science au service de la prestation peuvent jouer un rôle important dans la réussite de la mise en œuvre du CI. Lorsque des aspects de la théorie du changement comportent des risques ou que le suivi de routine identifie des aspects de la théorie du

changement qui ne sont pas réalisés, la recherche opérationnelle peut être utilisée pour explorer davantage ces défis et identifier les améliorations potentielles des stratégies, des activités, voire de la théorie du changement elle-même. Dans le cadre de son rôle de suivi, le Comité restreint sera en mesure d'identifier et de commander des recherches opérationnelles individuelles afin d'appuyer le suivi et la mise en œuvre du Cadre d'investissement.

En se référant à la théorie du changement actuelle, les domaines potentiels de recherche sur la mise en œuvre pourraient inclure :

- Comprendre les goulots d'étranglement dans l'utilisation des établissements de santé publics et déterminer quelles initiatives du CCSC ont réussi à faire augmenter la demande de services.
- Comprendre comment mieux inciter et mettre en œuvre la redistribution des ressources humaines en santé dans les zones isolées et sous-desservies.
- Comprendre comment la supervision formative intégrée peut mieux renforcer la qualité des services, et si des approches ou techniques de supervision spécifiques ont plus de succès que d'autres.
- Comprendre comment les données sont utilisées pour la prise de décision dans le suivi et la mise en œuvre du Cadre d'investissement, et si les analyses appropriées parviennent au personnel de santé.

REFERENCES

- Banque Mondiale. 2021. « Données : Madagascar ». Disponible sur : <https://donnees.banquemondiale.org/pays/madagascar>.
- Banque Mondiale Afrique. Mars 2017. *Madagascar : Indicateurs de prestation de services*. Washington, DC : Groupe de la Banque Mondiale.
- Burke, E., J. Gold, L. Razafinirinasoa et A. Mackay. Mars 2017. « Youth Voucher Program in Madagascar Increases Access to Voluntary Family Planning and STI Services for Young People ». *Global Health : Science and Practice* 5(1)33-43.
- Dickson K., A. Simen-Kapeu, M. Kinney, L. Huicho, L. Vesel et al. Août 2014. « Every Newborn: health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries ». *Lancet* 384(9941) : 438-54.
- Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). Octobre 2012. *Madagascar : Évaluation de l'appui du FNUAP à la santé maternelle : Évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle*. New York : FNUAP.
- FNUAP. 2009. *Enquête des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence à Madagascar 2009*. New York : FNUAP.
- Institut National de la Statistique (INSTAT). 1997. *Enquête Démographique et de Santé 1997*. Antananarivo : INSTAT.
- INSTAT. 2013. *Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD) 2012-2013*. Antananarivo : INSTAT.
- INSTAT. 2018. *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2018*. Antananarivo : INSTAT.
- INSTAT. Décembre 2020. *Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2018 de Madagascar*. Antananarivo : INSTAT.
- INSTAT, Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Institut Pasteur de Madagascar (IPM), ICF. Janvier 2017. *Enquête sur les Indicateurs du Paludisme à Madagascar : Rapport final 2016*. Rockville, Maryland : ICF.
- Institut de Statistique de l'UNESCO. 2018. « Suivi national : Population analphabète ». Disponible sur : <http://data.uis.unesco.org/?lang=fr>.
- Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala et A. Dutta. 2018. *Analyse du système de financement de la santé à Madagascar pour guider de futures réformes, notamment la CSU*. Washington, DC : Palladium, Health Policy Plus.
- Ministère de la Santé Publique (MSANP). Juin 2017. *Bulletin d'Information du Programme Elargi de Vaccination*. Antananarivo : MSANP.
- MSANP. 2016-2017. *Rapport technique des monitorings des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, 4^e trimestre 2016, 1^{er}, 2^e et 3^e trimestre 2017*. Antananarivo : MSANP.
- MSANP et FNUAP. 2009. *Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction*. Antananarivo : MSANP/FNUAP.
- MSANP, Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et FNUAP. 2010. *Enquête Confidentielle des Décès Maternels*. Antananarivo : MSANP/OMS/FNUAP.
- Nations Unies. n.d. « Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ». Disponible sur : www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/goal4.pdf.
- OMS. 31 Décembre 2020. « La grossesse chez les adolescentes ». Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

OMS. 27 juin 2016. « Faits saillants de la vaccination 2015 ». <http://www.who.int/immunization/highlights/2015/en/>.

OMS. 2015. *Fiscal space, public finance management and health financing*. Montreux, Suisse : OMS.

Population Services International (PSI). 2020. *Social Franchise Case Study : Madagascar's Top Réseau Network*. Washington, DC: PSI.

Praz, V., A. Morton et I. Matondo. 2013. *Evaluation Report: End-of-Project Evaluation of the PSI Social Marketing Project in Madagascar*. USAID.

Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, et al. Juin 2014. « Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis ». *Lancet Global Health* 2(6): 323-33.

ANNEXE A : LISTE DES AUTRES DOCUMENTS ANALYSÉS

- Alkema, L., D. Chou, D. Hogan, S. Zhang, A. Moller, A. Gemmill et al. 30 Janvier 2016. « Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality, between 1990 and 2015, scenario-based projections to 2030 : a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group ». *Lancet* 387(10017) : 462-474.
- Banque mondiale et GFF. 2018. *Financer et implémenter le Dossier d'Investissement*. Washington, DC : Groupe de la Banque Mondiale.
- Brunner, B., K. Baczewski, E. Mangone, J. Holtz, V. Combet, I. Estevez et B. Davis. Décembre 2018. *Evaluation du secteur privé de la santé à Madagascar*. Madagascar : SHOPS Plus project.
- Carrera, C. 29 Février 2016. *Equist: Equitable Strategies to Save Lives. Technical Notes*. UNICEF, HSS Unit. New York : UNICEF.
- FNUAP. Novembre 2012. *Evaluation indépendante du programme pays*.
- INSTAT. 2009. *Enquête démographique et de santé*. Antananarivo : INSTAT.
- INSTAT. 2003. *Enquête démographique et de santé*. Antananarivo : INSTAT.
- INSTAT. 1992. *Enquête démographique et de santé*. Antananarivo : INSTAT.
- MSANP. 2021. *Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS), Madagascar, 2020-2024* (version pré-validée partagée). Antananarivo : MSANP.
- MSANP. Décembre 2018. *Plan stratégique national en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes, 2018-2020*. Antananarivo : MSANP.
- MSANP. 2015. *Plan opérationnel pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar, 2015-2019*. Antananarivo : MSANP.
- MSANP. Décembre 2014. *Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar, 2015-2019*. Antananarivo : MSANP.
- MSANP, Union européenne et UNICEF. Décembre 2014. *Etude sur le système « vouchers » de la composante santé du PASSOBA-SANTE*. Nations Unies. 2015. *La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2020) : « Chaque femme, chaque enfant »*. Antananarivo : MSANP.
- OMS et European Observatory on Health Systems and Policies. 2017. *Civil Society and Health: Contributions and Potential*. Genève : OMS.
- OMS. 2015. *Tendances de la mortalité maternelle, 1990-2015 : Estimations de l'OMS, UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la Population de l'ONU*. Genève : OMS.
- OMS, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et l'Université de Washington. 2014. *Cadre d'investissement pour la santé de la femme et de l'enfant en Afrique*. Genève : OMS.
- UNICEF. 29 Janvier 2019. *Equist Analyst User Guide*. New York : UNICEF.
- UNICEF. 2017. *Plan d'investissement sur la Nutrition 2017*. New York : UNICEF.
- UNICEF. 2017. *Rapport final du groupe indépendant d'experts (iERG) sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, Districts d'Amboasary et Tolagnaro, Région d'Anosy, 2013-2016*. New York : UNICEF.

Photo de couverture: ©Mohamad Al-Arief/The World Bank

