

LISTE DES ABREVIATIONS

ACT : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine

AID : Aspersions Intra Domiciliaires d'Insecticides

ARV : Anti-Rétroviraux

BAD : Banque Africaine pour le Développement

CAID : Campagnes Périodiques d'Aspersions Intra Domiciliaires

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CDMT : Cadre des Dépenses à Moyen Terme

CDT : Centre de Diagnostic et de Traitement

CHD : Centre Hospitalier de District

CHRR : Centre Hospitalier de Référence Régionale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLLS : Comité Local de Lutte contre le VIH/Sida

CNLS : Comité National de Lutte contre le VIH/Sida

CRENI : Centres de Récupération Nutritionnelle Intensive

CRESAN : Crédit Sanitaire

CSB : Centre de Santé de Base

DOTS : Directly Observed Treatment Short course

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

DTS : Dépenses Totales en Santé

EPM : Enquête Périodique auprès des Ménages

FANOME : Financement pour l'Approvisionnement Non stop en Médicaments

IEC : Information- Education-Communication

IRA : Infections Respiratoires Aigües

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MAP : Madagascar Action Plan

MSR : Maternité Sans Risque

MID : Moustiquaires à Impregnation Durable

MII : Moustiquaires Impregnées d’Insecticides

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONN : Office National de Nutrition

ONUSIDA: Organisation des Nations Unies pour le Sida

PCME : Prise en Charge de la Maladie de l’Enfant

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PDSS : Plan de Développement du Secteur Santé

PNAN : Plan National d’Action en Nutrition

PNLT : Politique Nationale de Lutte contre la Tuberculose

PNN : Politique Nationale de Nutrition

PSLP : Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme

PSN: Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida

SE/CNLS : Secretariat Exécutif/Comité National de Lutte contre le VIH/Sida

SIDA : Syndrome d’Immunodéficience Acquise

SRA : Santé de la Reproduction des Adolescents

TPI : Traitement Présomptif Intermittent

TPM+ : Tuberculose à Microscopie Positive

UNICEF: United Nation of Children Emergency Fund

UCR: Unité de Coordination Régionale

USD : United States Dollars

VIH: Virus de l’Immunodéficience Humaine

GLOSSAIRE

ACT : Les ACT sont les médicaments les plus utilisés pour mieux lutter contre le Paludisme. Ce sont des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine. Ils vont toujours de pair avec les MID.

ARV : Les ARV sont les médicaments qui permettent de lutter contre l'évolution du VIH/Sida étant donné qu'il n'y a pas encore de vaccin.

TPM + : La Tuberculose présente plusieurs formes. La Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive est celle qui est la plus développée à Madagascar.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
Partie I : Le système sanitaire à Madagascar	2
Chapitre I : Revue de la littérature sur la Santé	2
Section I : Appréciation des Théoriciens	2
Section II : Concepts globaux de santé publique	6
Chapitre II : Organisation du système de santé malgache.....	7
Section I : Etat des lieux du système de santé malgache.....	7
Section II : Les différents programmes dans le système de santé malgache.....	14
Chapitre III : Analyse SWOT du système de santé malgache	21
Section I : Les Forces du système de santé malgache.....	21
Section II : Les Faiblesses du système de santé malgache	22
Section III : Les Opportunités du système de santé malgache	24
Section IV: Les menaces du système de santé malgache	24
Partie II : Vers une plus grande efficacité des stratégies de lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/Sida	25
Chapitre I : Pauvreté et Santé : 2 volets indissociables	25
Section I : Situation générale de la pauvreté à Madagascar.....	25
Section II : Manifestation de la pauvreté dans le secteur santé.....	28
Chapitre II : Madagascar face à l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement	31
Section I : Engagement de Madagascar à travers le DSRP et le MAP	32
Section II : Résultats de l'objectif 6 des OMD à Madagascar et défis à relever avant échéance	37
Chapitre III : Vers une amélioration de la lutte contre les maladies transmissibles.....	43
Section I : La lutte contre le Paludisme	43
Section II : La Lutte contre la Tuberculose	47
Section III : La lutte contre le VIH/Sida.....	51
Conclusion Générale	56

INTRODUCTION

Comme tout pays en développement, Madagascar fait de la lutte contre la pauvreté son objectif principal. La pauvreté constitue un frein au développement économique et social.

Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour expliquer la pauvreté à Madagascar à savoir la croissance démographique galopante, le problème de capital financier, l'insuffisance des infrastructures aussi bien économiques que sociales, la faiblesse du niveau d'instruction de la population, mais aussi le taux de morbidité et de mortalité élevé de la population dû aux maladies transmissibles telles que le VIH/Sida et le Paludisme qui handicapent ainsi le développement humain en fragilisant l'état de santé de la population déjà affaiblie par le faible niveau de vie.

Madagascar connaît encore des faiblesses en matière de lutte contre les maladies car les fléaux tels que le Paludisme figure au deuxième rang des causes de morbidité au niveau des centres de santé, et les cas de séropositivité au VIH/Sida touchent beaucoup plus la tranche de la population qui est encore active. Or, une population dont sa santé physique est entretenue participe pleinement au développement économique du pays car l'état de santé de la population constitue un facteur essentiel de son bien-être et de sa capacité à produire.

A travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement dont les objectifs se résument au développement basé sur la réduction de la pauvreté et sur l'amélioration du capital humain, Madagascar poursuit ses efforts en matière de lutte contre les maladies, notamment les maladies transmissibles, à travers le sixième objectif des OMD qui est de « Combattre le VIH/Sida, le Paludisme et d'autres maladies. »

Le présent travail essaie justement de voir quelles sont les stratégies de lutte efficaces pour lutter contre le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose, l'autre maladie transmissible pour Madagascar qui constitue un véritable problème de santé publique, afin que ces trois fléaux ne minent pas les potentialités du capital humain malgache et contribuent ainsi à réduire la pauvreté.

Pour ce faire, le travail s'articule en deux parties dont le premier consiste à voir de plus près le secteur sanitaire malgache en y regardant ses forces et ses faiblesses après avoir énumérer les concepts globaux de santé ainsi que les théories s'y afférentes. Le second chapitre se portera essentiellement sur le lien entre la pauvreté et la santé, ensuite sur l'engagement de Madagascar de faire face à ces maladies à travers les OMD ainsi que les résultats et défis restant avant l'échéance. En dernier lieu, nous exposerons les stratégies de lutte contre ces fléaux qui ont déjà existées et avancerons quelques recommandations pour l'amélioration de ces stratégies de lutte afin qu'elles contribuent beaucoup plus à réduire la pauvreté.

Partie I : Le système sanitaire à Madagascar

Pour mieux appréhender la lutte contre les principales maladies transmissibles, il est nécessaire de voir le système sanitaire malgache afin de pouvoir faire une analyse SWOT de celui-ci après avoir défini le lien existant entre croissance économique et santé.

Chapitre I : Revue de la littérature sur la Santé

Section I : Appréciation des Théoriciens

Plusieurs théoriciens économistes pensent que la Santé et le Développement économique sont étroitement liés. Le développement récent de la littérature économique met l'accent sur la performance du capital humain dans la croissance et le développement économique.

La santé et le soin constituent un pilier du développement économique car l'amélioration de la santé ou du soin peut éliminer la fragilité de la population ou précisément peut éliminer les externalités négatives (dans la production) du mauvais état de santé et accroître ainsi la performance de la population.

I. Schultz Théodore W. (1961)

Schultz insiste sur l'importance du secteur agricole pour se développer et donne une place non négligeable au capital humain dans ce processus de développement.

Dans « Investment in Human Capital » publié en 1961, Schultz affine la mesure du capital humain en se concentrant sur la dimension qualitative du facteur travail à savoir l'habileté, le savoir et toutes les capacités (y compris donc la santé et toutes autres choses) permettant d'améliorer la productivité du capital humain.

A cet effet, il distingua donc ¹cinq sources de production et d'amélioration du capital humain : les infrastructures et services de santé qui affectent l'espérance de vie et la vitalité des individus, la formation professionnelle organisée par les entreprises, le système éducatif de l'école élémentaire au supérieur, les programmes d'études et de formation pour adulte non organisés par les entreprises et la migration des individus et des familles pour saisir des opportunités d'emploi.

¹ SCHULTZ Théodore, 1961, « Investment in Human Capital », *The American Economic Review*, vol.51, No.1, p.

Schultz a vu que la qualité du capital humain est une ressource rare qu'il faut développer. Il comprit que les progrès dans les domaines de la santé et de l'éducation sont des variables clés pour expliquer un développement économique. Gary Becker s'est largement inspiré des travaux de Schultz

II. Becker Gary S. (1993)

Gary Becker considère que les dépenses de formations aident à constituer un capital humain au même titre que les dépenses d'investissements des entreprises conduisent à la création de capital physique.

Dans son ouvrage « Human Capital » publié en 1993, il définit le capital humain comme ²un ensemble des capacités productives qu'un individu acquiert par accumulation de connaissances générales ou spécifiques et de savoir faire.

D'après lui encore, le capital humain est un actif, un patrimoine, un stock susceptible de procurer un revenu. A cet effet, il faut maintenir en état ce capital humain par le maintien de la bonne santé et la nourriture. C'est dans cette logique que Gary Becker développe la théorie du capital humain qui fait de la connaissance accumulée et de la santé des investissements comme les autres. La formation, l'éducation et la santé qui sont des investissements en capital humain jouent le même rôle que le progrès technique dans la théorie du capital physique. Elles augmentent la productivité marginale de ce facteur travail.

III. Chevy Pierre (2003)

Pierre Chevy complète le point de vue de ces deux auteurs sur l'importance du capital humain, en disant que, pour que l'intervention dans le domaine de la santé entraîne un développement, il faut que toutes les actions dans la santé soient des investissements pour faire reculer les maladies et pour faire réduire la pauvreté.

En effet, d'après lui : ³« on sait bien qu'une mauvaise santé est un obstacle au développement et que, si les problèmes entre autres du VIH/Sida, de la Tuberculose, du Paludisme ne sont pas résolus, l'Afrique mais aussi certains pays d'Asie ne pourront très certainement pas atteindre un niveau de vie acceptable. Il est impossible de faire reculer la pauvreté sans faire reculer la maladie, et c'est sur ce second point qu'il y a urgence à agir. »

² BECKER Gary S, 1993, « Human Capital », *Alternatives Economiques*, vol. 22, No 3, p.5

³ ECOLE DE SANTE PUBLIQUE de la Faculté de Médecine de l'Université Henri Poincaré, Nancy 1, *Economie de la santé dans les pays en développement*, Equipe d'enseignement de l'école de santé publique de la Faculté de Médecine de l'Université Henri Poincaré, Nancy, 4^{ème} trimestre 2003, p. 56

Cela veut dire qu'il faut investir dans la santé pour avoir le développement économique car l'investissement dans la santé permet de faire reculer la maladie, c'est-à-dire l'investissement dans la santé permet de diminuer le nombre de personnes malades. Donc, l'allocation des ressources dans le secteur santé permet de sauver de nombreuses vies et d'augmenter la force productive et ainsi donc permet d'accroître le niveau de qualité de la vie et par la suite de faire reculer la pauvreté.

Dans la théorie de Pierre Chevry, la santé est un facteur de développement dans la mesure où elle favorise le travail physique par l'amélioration du niveau de vie.

IV. Ulmann Philippe (2003)

Economiste français de la santé, il retient ⁴ quatre hypothèses majeures sur la contribution de la santé à la croissance. Ulmann applique surtout ses hypothèses aux Pays en Développement car le capital humain y est fortement abondant par rapport au capital physique. Sa première hypothèse est que, si on améliore la santé de la population, les gains de productivité du facteur travail se feront ressentir et donc il y a croissance, et suite à cette croissance, il y aura par conséquent une incitation à investir dans le capital humain et entraînera encore une nouvelle croissance. La seconde précise que la santé a un impact sur l'éducation qui se présente comme un facteur améliorant la performance du capital humain et donc entraîne la croissance. Son troisième postulat recommande que, si on améliore l'état de santé de la population, les coûts liés à la santé lorsqu'il y a les maladies baisseront par conséquent, et par la suite, on peut investir ce gain vers d'autres investissements productifs qui stimuleront la croissance. Et sa dernière hypothèse stipule que lorsqu'on incite les personnes à améliorer leur santé, il y a hausse de la Demande de santé émanant de ces derniers et donc accroissement aussi du marché de la santé ainsi que l'emploi qui s'en suit et donc la croissance.

V. Bloom et Canning (2000)

Ces deux auteurs insistent sur le fait que l'amélioration de l'état de santé entraîne l'allongement de l'espérance de vie qui a un impact sur les comportements au cours du cycle de vie en matière d'éducation, de retraite et d'épargne et accroît ainsi le capital financier dans lequel puisent les investisseurs et renforce par la suite l'économie. D'ailleurs, ils affirment ⁵ qu'il faut prendre en compte l'évolution de l'épargne tout au long du cycle de vie.

⁴ULMANN Philippe, 2003, « La Santé dans les modèles de croissance : Bilan et Perspectives », *Revue économique*, vol.44, No.5, p.19

⁵ BLOOM David E. and CANNING David, 2000, " The Health and Wealth of Nations", *Journal of Economic Perspectives*, vol.17, No.3, p.34

En effet, les gens épargnent davantage pendant leur cycle de vie, de sorte que, si la cohorte d'âge actif est plus nombreuse que les autres groupes, l'épargne par habitant va augmenter et d'importantes cohortes vont entrer dans la population active et épargner en vue de leur retraite. L'allongement de la durée de vie les y incite d'autant plus.

Ils mettent aussi l'accent sur l'idée que la croissance de la population due à l'amélioration de la santé favorise le développement économique en accroissant l'offre de talents humains. D'après eux, « En s'attachant à traiter les maladies, on pourrait donc accroître la probabilité d'une explosion démographique, avec les effets économiques positifs qu'on peut en attendre. »

David Bloom et David Canning ont trouvé dans leurs travaux que, pour une espérance de vie qui s'allonge d'une année, il y a une augmentation de 2.6 à 4% du revenu national.

VI. Weil David (2007)

Dans son ouvrage intitulé « Accounting for the Effect of Health on Economic Growth » publié en 2007, Weil a considéré deux effets qui peuvent être directs et indirects montrant la relation entre santé et croissance économique.

Les ⁶effets directs sont que le bon état de santé permet d'une part de travailler dur et plus longtemps et d'autre part augmente la capacité intellectuelle, donc gains de productivité.

Les ⁷effets indirects sont par ailleurs le fait que la bonne santé permet d'acquérir plus d'éducation et de connaissances, d'épargner plus pour la retraite et donc par conséquent beaucoup plus de capital financier, d'augmenter la productivité du capital physique, et enfin lorsque le taux de mortalité infantile diminue, il y a une croissance démographique et donc hausse du capital humain.

Weil, en étudiant le taux de croissance de la Grande Bretagne sur 200 ans a conclu que l'amélioration de la santé de 30%, mesuré par le taux de mortalité de 15 à 60 ans, explique 17% du taux de croissance.

D'après ces théories, la santé constitue sans aucun doute un facteur de croissance dans la mesure où il augmente l'espérance de vie et stimule donc l'épargne, ou bien favorise l'éducation et la formation qui va performer le capital humain ou aussi entraîne une croissance démographique favorable à l'économie.

La santé a donc aussi son rôle à jouer à côté des autres facteurs de développement dans le processus.

⁶ WEIL David, 2007, "Accounting for the Effect of Health on Economic Growth", *The quarterly Journal of Economics*, vol.22, No.3, p.9

⁷ Ibid

Section II : Concepts globaux de santé publique

Comme nous luttons contre les principales maladies transmissibles, il est donc aussi nécessaire de connaître les concepts de base en santé publique car ces maladies constituent un problème de santé publique.

I. Définition de la santé publique

L'OMS, en 1952, donne la définition suivante de la santé publique : ⁸« La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à : assainir le milieu, lutter contre les maladies, enseigner les règles d'hygiène personnelle, organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé.»

La santé publique peut être considérée comme une institution sociale, une pratique et une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale de la population sous tous ces aspects à savoir l'éducation, le social, la prévention ou la cure.

II. Les 3 critères d'importance d'un problème de santé publique

Une maladie constitue un problème de santé publique, d'abord par rapport à sa fréquence d'apparition, c'est-à-dire sa prévalence et son incidence. A titre d'exemple, la lèpre à Madagascar ne constitue plus un problème de santé publique car son taux d'incidence est déjà très faible (inférieur à un cas sur 10 000 habitants). Ensuite, on évalue un problème de santé publique par rapport à sa gravité physique, économique et sociale, c'est-à-dire par le taux de mortalité due à la maladie et son impact sur le socioéconomique, et enfin par l'absence d'un traitement efficace pour lutter contre la maladie.

III. La politique de santé publique

Une politique de santé publique est l'ensemble des choix de stratégies du pouvoir public, des objectifs généraux à atteindre ainsi que les moyens qui y seront engagés pour maintenir ou améliorer l'état de santé d'une population. Ces objectifs généraux sont répartis en plusieurs objectifs précis qui sont regroupés en programmes de santé publique avec un

⁸ OMS, Cours–Santé Publique : Notions de base. Source : <http://ecoetsante2010.free.fr>

ensemble d'actions pour les atteindre. Ainsi la Politique Nationale de Santé malgache contient quatre programmes de santé publique. (Voir Chapitre II Section II).

IV. Les objectifs en santé publique

Les objectifs en santé publique inclus dans les programmes de santé publique doivent tenir compte des besoins de santé de la population en fonction des priorités sociales et doit élaborer une stratégie qui n'est pas forcément médicale pour répondre à ces besoins et ensuite évaluer la stratégie adoptée.

V. Les douze maladies prioritaires en santé publique

L'Encyclopédie Médicale a classé douze maladies qui font l'objet d'un problème de santé publique à savoir les accidents de la route et du travail, le cancer sous toutes ses formes, les maladies transmissibles, la santé mentale (dépression et suicide), les handicaps et la dépendance, la toxicomanie, la mortalité infantile et périnatale, les accidents médicamenteux, les mauvais traitements aux enfants, la douleur, le mal de dos et les maladies cardio-vasculaires.

Le pouvoir public définit les maladies prioritaires qui feront l'objet d'un programme de santé publique en fonction des trois critères d'importance de la maladie.

VI. La santé communautaire

La santé publique et la santé communautaire diffèrent par leur champ d'action. La santé publique est plus vaste, en effet, elle englobe toute la population. Par contre, la communauté se définit par rapport à un lieu, à un lien social ou une relation de travail. La santé communautaire nécessite la participation des membres de la communauté à la gestion de leur santé individuelle et collective. La gestion communautaire comprend 4 règles d'action à savoir l'analyse de la situation sanitaire de la communauté, l'identification des problèmes, la définition des objectifs et leur ordre de priorité, la mobilisation des ressources nécessaires, l'organisation et la conduite de l'action ainsi que son évaluation.

Chapitre II : Organisation du système de santé malgache

Section I : Etat des lieux du système de santé malgache

Le système de santé est composé par l'Offre de soins, la Demande de soins et le Financement de ces soins. Le système de santé ne concerne pas seulement le secteur public

de la santé mais couvre à la fois le secteur privé. En, effet, ce système est le concours de quatre institutions prestataires qui sont :

- le secteur public qui met en œuvre les politiques sanitaires
- le secteur privé libéral à but lucratif regroupant essentiellement les médecins libres, les dispensaires et cliniques privées, les pharmacies et dépôts de médicaments
- le secteur privé à but non lucratif constitué par les organismes non gouvernementaux, les confessionnels œuvrant surtout en faveur des plus pauvres et des zones enclavées.
- les structures communautaires qui assurent la mise en œuvre de certains programmes de santé dans leur zone de juridiction

Les prestations de ces quatre entités sont groupées en offre de services de santé et classées suivant une « pyramide sanitaire ».

I. L'Offre de soins

L'Offre de soins est constituée par les ressources matérielles et les ressources humaines ou le personnel de soins.

1. Les ressources matérielles

Les ressources matérielles regroupent les infrastructures et les équipements ainsi que les médicaments et consommables médicaux.

1.1. Les infrastructures sanitaires

Les infrastructures sanitaires sont réparties suivant la pyramide sanitaire composée de trois niveaux ou échelons : l'échelon périphérique, l'échelon intermédiaire et l'échelon central.

1.1.1. L'échelon périphérique

Il correspond aux districts sanitaires formés par les infrastructures sanitaires publiques qui sont les CSB1, CSB2, les CHD1 et par les infrastructures privées qui englobent l'ensemble des formations sanitaires privées présentes dans sa zone de juridiction qui sont généralement confessionnelles et caritatives, et ainsi que les structures communautaires menant des activités intersectorielles liées à la santé.

-les Centres de Santé de Base de niveau I et II (CSB I et II)

Les CSB (I et II) publics sont au nombre de 2948. Ils sont les premiers points de contact de la population rurale, soit ⁹83.5% du total des consultations des plus pauvres en milieu rural. Les CSB I sont équipés d'infirmiers et d'aides soignants et ne dispensent que les services de vaccination et les soins de santé de base.

Ce qui différencie les CS I des CSB II est que, en plus des paquets de services offerts par les CSB I, les CSB II offrent aussi les soins de maternité et disposent d'un médecin.

Les CSB peuvent être aussi d'ordre privé et offrent les mêmes services que ceux du secteur public. Ces CSB privés sont au nombre de 509.

Ces structures sanitaires publiques sont surtout fréquentées par le monde rural, par contre, la population urbaine se dirige plutôt vers le secteur privé.

-les Centres Hospitaliers de Districts de niveau I (CHD I)

Ceux-ci appartiennent à la catégorie des CSB II. Ils n'assurent pas de service de chirurgie et ne disposent pas des moyens techniques adéquats pour la prise en charge de cas complexes.

Les CHD I provenant du secteur public sont au nombre de 65 et ceux du privé au nombre de 44.

1.1.2. L'échelon intermédiaire

Ce deuxième niveau comprend les CHD II et les Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR). Les 26 CHD II assurent, en plus de paquet de services offerts par les CHD I, des soins de chirurgie d'urgence ainsi que les soins obstétricaux.

Les CHRR, au nombre de 20, sont beaucoup plus équipés en matériel que les CHD II et leurs services sanitaires sont aussi assez larges.

1.1.3. L'échelon central

Ce dernier niveau englobe les 6 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Etablissements Spécialisés tels que les cliniques privées. On dénombre environ 18 cliniques, dont la Polyclinique d'Ilfafy est la mieux dotée en matière de matériels et équipements, et 8 centres spécialisés tels que Espace Médical qui est parmi les mieux équipés.

⁹ INSTAT/DSM/EPM/2005, page 117

1.2. Les médicaments et consommables médicaux

L'approvisionnement des centres de santé publics et des centres de santé privés à but lucratif est assuré par la mise en place du système de financement direct des ménages de leur santé à travers le mécanisme ¹⁰FANOME (Financement pour l'Approvisionnement Non stop en Médicaments) instauré par l'Etat. A part le réapprovisionnement des médicaments et consommables médicaux dans les formations sanitaires, ce mécanisme utilise une part égale à 35% de la marge dégagée sur les ventes des médicaments pour assurer la prise en charge gratuite des plus démunis. Ces formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif s'approvisionnent et ne peuvent s'approvisionner que dans une centrale d'achat dénommée SALAMA.

2. Les ressources humaines

Actuellement, le pays ne dispose que de ¹¹1.05 personnel de soins pour 1000 habitants. Ce chiffre le classe parmi les pays à faible disponibilité en ressources humaines. Cette situation handicape l'offre de services de santé. De plus, le personnel de soins est vieillissant car 47% des employés ont plus de 50 ans. Il faut aussi noter que les guérisseurs traditionnels et les accoucheuses traditionnelles qui sont regroupés en associations font partie intégrante des ressources humaines en santé. En effet, 70% de la population ont encore recours à la médecine traditionnelle et le ministère chargé de la santé s'est engagé à la professionnalisation de ce secteur sanitaire traditionnel en l'intégrant dans le système de soins.

On constate aussi une mauvaise répartition géographique du personnel en faveur des grandes villes, en effet, 21% de la population, qui vit principalement dans les zones urbaines, est desservie par plus de la moitié du personnel de santé. Cette situation risque de perdurer avec l'insuffisance de mesures d'accompagnement pour inciter le personnel à s'installer dans les zones enclavées. Les CHD qui sont généralement fréquentés par le milieu rural, tout comme les CSB, sont ceux qui ont le moins d'effectif de personnel, par contre les CHU sont les formations sanitaires qui regroupent le plus. (cf. Annexe I)

Toutefois, suite à une évolution faible mais progressive des effectifs du personnel de santé, les ratios de la population en personnel de santé suivent aussi le rythme. (cf. Annexe II).

¹⁰ RATSIMANDRESY Zo, « Fiche de synthèse-Secteur santé à Madagascar 2007 », *Missions Economiques*, 16 Juillet 2007, p.3

¹¹ Ibid., p.2

II. La Demande de soins

Ce deuxième élément du système de santé est représenté par la population. Elle est évaluée par l'accessibilité de la population aux services de soins. Une grande partie de la population n'a pas accès aux services de santé ou en a difficilement l'accès. D'après le MAP, 65% de la population rurale se trouve encore à plus de 5 km du premier CSB disponible.

Du côté de La Demande de soins, on peut constater les deux suivantes : il y a ceux qui estiment ne pas avoir besoin de soins et il y a ceux qui veulent avoir le service mais ne peuvent y avoir accès faute de moyens.

En effet, pour la première catégorie, 54.9% de la population ne sont pas allés se faire consulter car ils estiment que leur maladie n'est pas grave et 4.5% trouve inutile d'aller se faire soigner. Les autres motifs de non consultation sont l'éloignement ou n'estiment pas être concerné par les soins (cf. Annexe III) Toutefois, il est nécessaire de souligner que même si ces gens ne sont pas allés se faire consulter, ils recourent cependant à l'automédication. Pour la deuxième catégorie dont l'obstacle à l'accès aux soins est le problème financier, on peut l'évaluer surtout à travers le taux d'utilisation des consultations externes des CSB car ceux-ci sont les premiers centres de contact de la population. Ce taux d'utilisation des consultations externes des CSB suit une progression lente, en effet, durant la période 2006 à 2008, il est passé de 37.68% à 38.42%.

Le taux de fréquentation hospitalière est très faible et stagnant car les moyens financiers nécessaires aux services hospitaliers ne sont pas accessibles par la majorité de la population à majorité pauvre (75%). Et s'y ajoutent l'éloignement de ces centres hospitaliers.

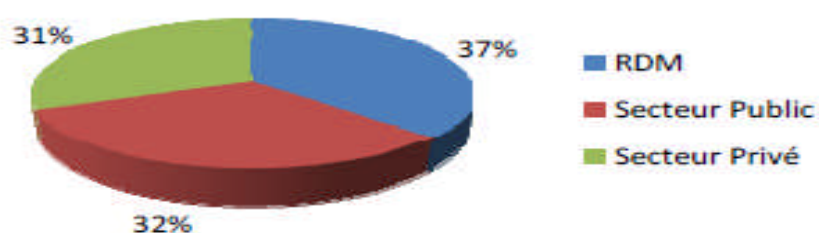
A part ces deux indicateurs, d'autres indicateurs tels que le taux d'occupation moyenne des lits ainsi que le taux d'utilisation des consultations prénatales dans les centres de santé permettent aussi d'évaluer la Demande de soins (cf. Annexe IV).

III. Le Financement des soins

Pour Madagascar, les principales sources de financement de la santé sont l'Etat, les Ménages et les Bailleurs de fonds.

D'après les Comptes Nationaux de Santé de Madagascar de 2003, élaborés en 2006, on recense trois principales sources de financement qui sont le reste du monde (37%), l'Etat (32%) et le secteur privé (31%).

Figure I : Les principales sources de financement de la santé à Madagascar



Source : Ministère de la Santé et du Planning Familial, CNS 2003

1. Le secteur privé

La participation du secteur privé dans les sources de financement est composée principalement par les paiements directs des ménages, par le versement aux assureurs à titre d'assurance santé, par les contributions des entreprises à travers la prise en charge de la santé de leurs employés (mécanisme de protection sociale).

65% de la contribution du secteur privé au financement des soins est assurée par les ménages. Par contre, en se référant à l'EPM 2005, la part accordée par les ménages pour la santé est très infime et ne dépasse même pas 1% de leurs dépenses. Cette situation est due au fait que les ménages, à majorité dans la pauvreté, consacrent beaucoup plus leurs revenus à leurs besoins de première nécessité (alimentation et habillement), soit dans l'ordre de 70% du revenu.

Cependant, même les ménages les plus riches ne consacrent que 1% de leur revenu aux dépenses de santé et cette situation est constatée aussi bien en milieu rural qu'urbain. (Voir Tableau I).

Tableau I : Structure de la consommation des ménages par grands postes (Unité en %)

	Urbain	Rural	Plus pauvres	Plus riches
Alimentaire	53.6	74.9	71.5	60.9
Logement et combustible	18.5	9	13.4	13.5
Santé	0.9	0.9	0.7	1

Source : INSTAT/DSM/EPM/2005

2. Le secteur public

La participation du secteur public dans le financement de la santé est de 32% des Dépenses Totales en Santé (DTS). Par rapport aux dépenses totales de l'Etat, la part consacrée à la santé ne représente que 5,7% seulement. Cette situation est très loin de la recommandation d'Abuja en 2001 de consacrer au moins 15% du budget de l'Etat à la santé avant 2015.

De 2001 à 2008, le budget de l'Etat alloué à la santé n'a jamais dépassé le seuil des 10% même s'il a suivi une hausse progressive depuis 2004, soit de 5.83% du budget total à 10.10% en 2008. (Voir Tableau II)

Tableau II : Evolution du Budget de l'Etat alloué à la santé

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pourcentage du Budget santé par rapport au budget de l'Etat	9.70%	7.7%	7.51%	5.83%	7.87%	7.96%	9.08%	10.10%

Source : CDMT 2006-2008 du Ministère de la Santé, Mars 2005

3. Le reste du monde

Ce terme regroupe toutes les entités qui ne sont pas résidents dans le pays. 37% du financement de la santé à Madagascar provient des bailleurs de fonds. Les apports du reste du monde dans le financement de la santé sont constitués des dons et des prêts qui sont gérés, généralement, par les donateurs eux-mêmes.

Il y a plusieurs institutions internationales qui soutiennent Madagascar dans le financement de la santé parmi lesquelles sont l'OMS, l'UNICEF, la BAD, la Banque Mondiale et le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose.

L'OMS et l'UNICEF, pendant la période de 2007 à 2010, prévoient de maintenir leurs financements pour le soutien à la politique nationale de santé respectivement à 5726MUSD et à 7000MUSD.

La BAD et le Fonds Mondial ont par ailleurs prévu de diminuer leurs soutiens financiers à partir de 2007. En effet, le Fonds Mondial a injecté 20743 MUSD en 2007 pour lutter contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose, et en 2008, cette institution a donné 2654 MUSD puis 2409 MUSD en 2009. (Voir Tableau III)

Il est nécessaire de noter que ces institutions internationales ont injecté beaucoup de fonds pour contribuer au financement de la santé, cependant, une proportion importante de ces fonds injectés est utilisée pour les frais de fonctionnement de ces entités internationales.

Le tableau ci-dessous (Tableau III) résume les financements extérieurs et intérieurs prévus pour le Plan de Développement du Secteur Santé pendant la période 2007 à 2011 qui représente l'ossature de la Politique Nationale de Santé.

Tableau III : Financements externes et internes prévus pour le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) durant la période 2007-2011

Sources de financement (MUSD)	Montant (MUSD)					
	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Grand total	158,041	130,637	125,489	118,763	126,067	658,996
Interne :	54,874	60,361	66,398	73,038	80,341	335,011
Externe : dont	103,167	70,276	59,092	45,726	45,726	323,985
IDA	24,250	18,250	22,000	16,000	16,000	96,500
BAD/FAD	9,750	3,750	3,750			17,250
AFD		5,000	5,000	5,000	5,000	20,000
SCAC/FAC	0,692					0,692
USAID	19,200	19,200	12,000	12,000	12,000	74,400
JICA	1,750					1,750
UNICEF	7,000	7,000	7,000	7,000	7,000	35,000
OMS	5,726	5,726	5,726	5,726	5,726	28,628
FNUAP	3,208	1,208	1,208			5,623
PNUD (VIH/SIDA)	0,744					0,744
PAM (SECALINE)	1,750	1,750				3,500
Global Fund	20,743	2,654	2,409			25,806
GAVI 2010	1,155	0,289				1,444

Source : RATSIMANDRESY Zo, « Fiche de synthèse-Secteur santé à Madagascar 2007 », *Missions Economiques*, 16 Juillet 2007, p. 2

Section II : Les différents programmes dans le système de santé malgache

Les différents programmes de santé regroupent les différents services de santé donnés à la population par les entités prestataires de services de santé.

La Politique Nationale de Santé est concrétisée par le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) qui s'étend sur la période de 2007 à 2011 et entrant dans le cadre du MAP.

Le PDSS privilégie quatre axes prioritaires pour accroître l'accès aux services de santé de la population malgache à savoir le Programme de survie de la mère et de l'enfant, le Programme de lutte contre les maladies, le Programme de protection de la santé et promotion des comportements sains et ainsi que le Programme de renforcement du système de santé qui représente l'ossature de ces autres axes. Chacun de ces axes est décomposé en objectifs spécifiques.

I. Le Programme de survie de la mère et de l'enfant

Ce premier programme œuvre dans la réalisation de deux OMD qui est de « Réduire la mortalité infantile » (Objectif 4) et « l'amélioration de la santé maternelle » (Objectif 5).

Ce programme, composé de 5 axes, se divise donc en deux sous-programmes concernant respectivement la mère et l'enfant. Pour le premier sous-programme concernant la survie de mère, il est décomposé en deux axes qui sont la Maternité à moindre risque et le Planning Familial.

Et pour celui de la survie de l'enfant, le programme de santé de l'enfant, le programme de santé scolaire et le programme de lutte contre la malnutrition constituent ses 3 axes d'intervention.

1. La Maternité à moindre risque

Ce sous-programme est conforme au Défi 6 de l'Engagement 5 du MAP qui est de Réduire la mortalité maternelle et néonatale. Le but de ce premier sous-programme est de ¹²permettre à la femme enceinte de traverser sa période de grossesse et de son accouchement ainsi que de ces suites en toute sécurité à travers le renforcement des soins maternels et néonataux.

Par ailleurs, la Maternité à moindre risque a un double objectif qui est de ¹³réduire la mortalité maternelle due à l'accouchement de 469 à 273 pour 100 000 naissances vivantes et la réduction de la mortalité néonatale de 32 à 21 pour 1000 naissances vivantes jusqu'en 2011.

Les stratégies de ce sous-programme sont l'augmentation de la demande en matière de soins prénataux et obstétricaux chez les femmes enceintes, l'amélioration de la prise en charge des grossesses à risque et des accouchements difficiles ainsi que l'augmentation du nombre de sages femmes particulièrement dans le milieu rural.

2. Le Planning Familial

Il s'agit du quatrième Défi de l'Engagement 5 du MAP qui est de mettre en œuvre une stratégie efficace de planning familial.

Selon la réalité que ¹⁴70% des jeunes filles de 16 ans ont déjà eu un enfant dans certaines parties de l'île, la réduction de la taille moyenne des familles Malagasy afin d'améliorer le bien être de chaque membre, de la communauté et de la Nation constitue l'objectif prioritaire de ce deuxième sous-programme de la survie de la mère. A cet objectif principal s'ajoute l'objectif de satisfaction des besoins contraceptifs et planning familial car au moins 24% des femmes affirment vouloir utiliser un produit contraceptif si ce dernier avait été

¹² MINISTERE DE LA SANTE, « Politique Nationale de Santé », Ministère de la santé, version juin 2005, p.30

¹³ Ibid

¹⁴ Plan d'Action Madagascar 2012, Engagement 5, Défi 4, p. 77

disponible. La stratégie pour pallier à ce problème est l'amélioration de l'accès aux services et l'accès à l'offre de produits contraceptifs et ainsi que de dispenser des programmes éducatifs appropriés aux hommes, femmes et jeunes.

3. Le Programme de santé de l'enfant

Celui-ci est conforme au cinquième Défi du cinquième Engagement du MAP qui est de réduire la mortalité infanto-juvénile. Le MAP suggère de réduire le taux de mortalité infantile de 2005 qui est évalué à 94 pour 1000 naissances vivantes à 47 pour 1000 naissances vivantes en 2012. L'objectif est donc de réduire de moitié ce taux de mortalité infantile.

Plusieurs stratégies sont réalisées pour atteindre cet objectif à savoir le Programme Elargi de Vaccination, l'augmentation du nombre de sages femmes et d'infirmières dans les centres de santé de base et l'intégration des services de prise en charge des enfants à tous les niveaux, c'est-à-dire la nutrition et la vaccination.

4. Le programme de santé scolaire

Il constitue le deuxième pilier des actions en faveur des enfants. Ce programme a pour but le développement harmonieux de l'enfant scolarisé dans les écoles primaires publiques. En effet, l'objectif de ce programme est de transformer ces écoles primaires publiques en ¹⁵« école santé », c'est-à-dire, on introduit dans les programmes scolaires l'éducation sanitaire sur l'hygiène.

5. Le programme de lutte contre la malnutrition

Ce programme est conforme au septième Défi de l'Engagement 5 du MAP qui est d'améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire. Les deux objectifs de ce programme sont la réduction du taux de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans de 42% en 2005 à 28% en 2012 et la réduction du taux d'insécurité alimentaire au sein des ménages et chez les groupes les plus vulnérables de ¹⁶65% à 48% en 2012.

Le pays dispose d'une Politique Nationale de Nutrition (PNN) et d'un Plan National d'Action en Nutrition (PNAN) en collaboration avec l'Office National de Nutrition (ONN) pour réaliser ces deux objectifs. Les stratégies à la base de ces deux politiques sont la promotion de

¹⁵ MINISTERE DE LA SANTE, *op.cit* p.30

¹⁶ MINISTERE DE LA SANTE, *op.cit*, p. 32

l'allaitement maternel, la lutte contre les carences en nutriments, la prise en charge des enfants malnutris au niveau des Centres de Récupération Nutritionnelle Intensive (CRENI) au niveau des CHD et des CHRR.

II. Le Programme de lutte contre les maladies

Le programme de lutte contre les maladies s'agit d'un programme de santé publique dont l'objectif principal est de minimiser l'impact des maladies sur le capital humain permettant ainsi de réduire la pauvreté. On distingue le programme de lutte contre les maladies transmissibles et le programme de lutte contre les maladies non transmissibles.

1. Le programme de lutte contre les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles sont des maladies d'origine parasitaire. Ces maladies constituent les principales causes de morbidité de la population. Les principales maladies transmissibles sont le paludisme, la tuberculose, et les IST/Sida. La lèpre est une maladie transmissible mais elle est déjà en une voie complète d'éradication car son incidence est déjà inférieure à 1 cas sur 10 000 habitants.

1.1. Le programme de lutte contre le paludisme

Le Paludisme est la deuxième cause de morbidité à Madagascar après les Infections Respiratoires Aigües (IRA) au sein de la communauté et des patients à l'hôpital. En 2005, le taux de mortalité du paludisme en milieu hospitalier est de ¹⁷17.5%, l'objectif fixé par le MAP étant de réduire à ¹⁸9% ce taux. Plusieurs stratégies sont mises en œuvre pour arriver à un contrôle effectif du paludisme à savoir la distribution gratuite de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MID) pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes enceintes, les Campagnes Périodiques d'Aspersion Intra Domiciliaire d'Insecticides (CAID) et l'application du Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez les femmes enceintes.

1.2. Le programme de lutte contre la tuberculose

Le problème principal qui se heurte à la lutte contre cette maladie est le fait que cette maladie est méconnue par la population et même des agents de santé, et donc les traitements donnés à celle-ci ne sont pas appropriés à cette maladie. L'objectif principal en matière de lutte contre la tuberculose est d'améliorer les capacités des agents de santé à

¹⁷ INSTAT/Service des Statistiques Sanitaires

¹⁸ Plan d'Action Madagascar, Engagement 5, Défi 2, page 74

prévenir, à diagnostiquer et de traiter la tuberculose pour augmenter le taux de détection de nouveaux cas de tuberculeux à 90% en 2012 contre 62% en 2005 et ainsi donc d'augmenter aussi le taux de guérison à 90% contre 72% en 2005.

1.3. Le programme de lutte contre les IST et le VIH/Sida

Les IST et le VIH/Sida constituent une menace pour la santé publique car l'existence de comportements à risque tels que le multi partenariat, les rapports sexuels non protégés et la prévalence élevée des IST peuvent faire craindre une propagation rapide de ces maladies affectant par la suite le capital humain.

Les objectifs fixés pour lutter contre ces fléaux sont de réduire respectivement la prévalence de la syphilis chez la femme enceinte, qui est parmi les plus élevées au monde, de ¹⁹4.2% en 2005 à 1% en 2012, et pour le VIH, de réduire la prévalence chez les femmes enceintes à 0.8% en 2012 contre 0.95% en 2005.

Les stratégies mises en œuvre pour lutter contre ces maladies transmissibles sont d'encourager les personnes ayant des maladies sexuellement transmissibles à suivre de traitements ainsi que de renforcer la capacité des prestataires de services de santé à les diagnostiquer et à les traiter.

Il est nécessaire aussi de lutter contre les maladies non transmissibles car elles ont aussi un impact sur le développement socio-économique.

2. Le programme de lutte contre les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles sont dans la plupart des cas provoquées par la malnutrition et la sous-alimentation. Ces maladies constituent, à côté du paludisme, parmi les principales causes de mortalité hospitalière. Ce programme est en relation directe avec le programme de lutte contre la malnutrition du programme de survie de la mère et de l'enfant qui consiste d'une part à améliorer la sécurité alimentaire des groupes les plus vulnérables et la réduction du taux de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans.

¹⁹ MINISTERE DE LA SANTE, « Politique Nationale de Santé », Ministère de la santé, version juin 2005, p.32

III. Le Programme de protection de la santé et promotion de comportements sains

Ce troisième programme du PDSS renferme six grands axes qui sont l'hygiène et l'assainissement, le contrôle de la qualité des denrées alimentaires, la santé au travail, la gestion des risques et catastrophes, la lutte contre la toxicomanie et l'alcool et la promotion de la santé.

1. L'hygiène et l'assainissement

Ce sous-programme a pour but principal d'assurer la salubrité de l'eau et de préserver celle de l'environnement pour garantir un bon état de santé de la population. En effet, les maladies diarrhéiques dues à l'insalubrité de l'eau et les affections digestives constituent respectivement les ²⁰8.3% et les 5.8% des principales causes de morbidité vues en Consultations Externes des CSB. Ce sous-programme prévoit l'introduction dans les programmes scolaires de l'éducation sanitaire ainsi que la sensibilisation de la population en matière d'hygiène et d'assainissement tout en leur donnant l'accès à l'eau potable.

2. Le contrôle de la qualité des denrées alimentaires

Le principal objectif est de réduire la morbidité et la mortalité dues à l'insalubrité des denrées alimentaires. Les objectifs spécifiques qui y sont rattachés sont d'une part de garantir la salubrité des denrées alimentaires au cours des stades de production, d'entreposage jusqu'à la distribution et d'autre part d'assurer l'application des normes alimentaires. Les axes suivants sont les leviers d'action pour atteindre ces objectifs à savoir la mise en place d'un système de contrôle de qualité des denrées alimentaires, l'implication de la communauté dans la prévention et la surveillance des maladies liées à l'alimentation ainsi que la définition du cadre législatif et réglementaire relatif à la sécurité alimentaire.

3. La santé au travail

Il importe aussi de réduire les accidents de travail et les risques liés à la profession. Les objectifs de ce troisième axe sont d'assurer la protection des travailleurs contre toute atteinte à leur santé et de prévenir les dommages causés à la santé des travailleurs par les mauvaises conditions de travail. La principale stratégie pour atteindre ces objectifs est le renforcement de la prise en charge des accidents de travail et des maladies professionnelles à travers le mécanisme de protection sociale.

²⁰ INSTAT/Service des Statistiques Sanitaires

4. La gestion des risques et catastrophes

Cette gestion des risques et catastrophes permet de prévenir ces derniers et aussi d'aider la population en cas de problème grave dû aux catastrophes. L'objectif fixé par ce programme est d'augmenter de 60 à 100%, d'ici 2011, la proportion des sinistrés prise en charge en cas de situations d'urgences et de catastrophes. Pour cela, les stratégies du pouvoir public sont l'amélioration de la capacité de réponse du système de santé face aux catastrophes éventuelles, la mise en place à l'avance de matériels de secours et de produits pharmaceutiques dans les zones à risque et la sensibilisation de la communauté sur les mesures à prendre en cas de catastrophes.

5. La lutte contre la toxicomanie et l'alcool

Le programme de lutte anti-tabagisme a pour objectif de réduire la prévalence du tabagisme de 1% par an ainsi que la réduction de la consommation de boissons alcoolisées et drogues qui peuvent être sources de maladies graves surtout chez les jeunes qui sont les principaux concernés. Les principales stratégies adoptées pour pallier à la toxicomanie et à l'alcool sont le renforcement de la prévention de l'alcoolisme et de la consommation de drogues en particulier chez les jeunes et le renforcement de la prise en charge des accidents et maladies liés à la consommation d'alcool et de drogues et ainsi que la sensibilisation des jeunes à adhérer dans les associations pour lutter contre l'alcoolisme et le tabagisme.

6. La promotion de la santé

Cette promotion de la santé concerne tous les programmes de santé cités. Les objectifs de ce programme sont la promotion de l'adoption de comportements favorables à la santé par au moins 60% de la population et la promotion de la maîtrise des grands déterminants de la santé de la population par au moins 60% de la population d'ici 2011.

IV. Le programme de Renforcement du système de santé

Ce programme constitue l'ossature des trois autres programmes car sans lequel les objectifs de ces autres programmes ne seront pas atteints. Ce programme est conforme au premier Défi du cinquième Engagement du MAP qui est d'assurer la fourniture de services de santé de qualité à tous. En effet, même si 197 CSB ont été réhabilités et équipés de médicaments essentiels, ²¹65% de la population rurale n'y ont pas encore accès car le premier CSB disponible se trouve à plus de 5 km de leur village. Le renforcement du système de santé se base sur l'augmentation des services de santé adéquats et accessibles en lieu et à un prix

²¹ Plan d'Action Madagascar, Engagement 5, Défi 2, p 72

abordable par la population, sur l'amélioration des infrastructures et des équipements, sur la promotion de la décentralisation de la gestion du système de santé et sur le renforcement du financement du secteur santé.

Chapitre III : Analyse SWOT du système de santé malgache

Après avoir vu les entités composantes le système de santé malgache ainsi que les services qu'elles donnent à travers les différents programmes sanitaires, il est nécessaire de faire une analyse SWOT de ce système, c'est-à-dire, de voir les forces et les faiblesses ainsi que les opportunités et menaces que présentent ce système pour mieux appréhender la contribution de la santé au développement socio-économique.

Section I : Les Forces du système de santé malgache

I. Les ressources matérielles

1. Les infrastructures sanitaires

Les infrastructures sanitaires malgaches sont nombreuses et bien réparties. En effet, au niveau des districts à partir des CSB I jusqu'aux grandes villes avec les CHRR et les CHU, on peut trouver des centres sanitaires que la population peut avoir accès. A ces formations sanitaires publiques nombreuses s'ajoutent aussi celles du privé qui sont à caractère confessionnelles et caritatives ou lucratives et dont l'implantation est aussi bien répartie que ce soit dans les districts ou dans les grandes villes. La population aussi bien urbaine que rurale peut avoir accès aux soins et bénéficier des services sanitaires vu l'existence des infrastructures sanitaires réparties dans presque tout le territoire, ce qui est positif pour la contribution au développement économique.

2. Les médicaments et consommables médicaux

A travers le mécanisme d'approvisionnement non stop en médicaments par FANOME qui utilise une part égale à 35% de la marge dégagée sur les ventes des médicaments pour assurer la prise en charge gratuite des plus démunis, la population toute entière peut donc avoir accès à ces ressources matérielles et non seulement ceux qui ont les moyens financiers d'acheter les médicaments et les consommables médicaux. Ce qui est bon pour le développement socio-économique car la majorité du capital humain malgache est pauvre, donc vulnérable aux maladies. A travers ce mécanisme instauré par l'Etat, les plus démunis pourront donc contribuer au développement.

II. Les ressources humaines

Madagascar a toujours connu depuis 1999 une augmentation incessante du personnel des soins et ceci à tous les niveaux que ce soit des professeurs agrégés jusqu'aux sages femmes et infirmiers. Ceci est dû au fait qu'il y a toujours une disponibilité en main d'œuvre médicale vu les étudiants sortant chaque année de la Faculté de Médecine et des Institutions de formation des Paramédicaux. Par ailleurs, dans presque tout le territoire, il y a aussi une disponibilité des guérisseurs traditionnels et accoucheuses traditionnelles dont le Ministère de la Santé a offert des formations dans le cadre de la professionnalisation de leur métier. Cette augmentation incessante du personnel médical a permis l'évolution progressive du ratio de la population en personnel de santé. (Voir Tableau II)

III. Les ressources financières

Au niveau du financement interne, l'Etat a toujours augmenté la part de budget allouée à la santé depuis 2001 (Voir Tableau VI). Ce qui veut dire donc que l'Etat prend en considération la santé de la population qui est un facteur de développement socio-économique d'autant plus que la main d'œuvre abonde par rapport au capital physique.

Au niveau du financement externe, Madagascar bénéficie de plusieurs partenaires internationaux qui donnent des sommes énormes pour appuyer les différents programmes sanitaires de la Politique Nationale de Santé. Cela veut dire donc que même si le crédit qu'alloue l'Etat à la santé est insuffisant, des bailleurs de fonds soutiennent toujours les activités liées à la santé, ce qui signifie que le secteur santé fonctionne toujours en permanence.

Même si le système de santé malgache possède ses forces, des faiblesses entravent encore son renforcement.

Section II : Les Faiblesses du système de santé malgache

I. Les ressources matérielles

1. Les infrastructures sanitaires

Les infrastructures sanitaires sont certes bien réparties dans tout le territoire, mais elles sont vétustes et manquent d'entretien et les matériels et équipements médicaux sont insuffisants. En effet, le matériel chirurgical est incomplet et ne permet donc pas de réaliser une fonction

chirurgicale adéquate. D'autant plus que Madagascar ne possède pas de production locale de matériel médical et que toute la totalité de celui-ci est importé, ce qui veut dire source de dépenses permanentes. Et à ceci s'ajoute l'incapacité d'autofinancement des hôpitaux vu la gratuité des soins donnés, donc les hôpitaux malgaches doivent toujours avoir recours à l'aide des bailleurs de fonds internationaux.

Par ailleurs, même si ces formations sanitaires sont nombreuses, la plupart sont inaccessibles surtout par la population rurale des zones enclavées qui font plus de 5 km pour atteindre le premier centre sanitaire.

Ce constat affecte le développement socio-économique car l'éloignement et le manque de matériel et d'entretien de ces centres sanitaires est un obstacle à l'accès aux soins par la population.

2. Les médicaments et consommables médicaux

FANOME prend en charge gratuitement les plus démunis mais il est encore inefficace car seul 1% de la population bénéficie de ce fonds d'équité. Par ailleurs, certains médicaments les plus utilisés sont en rupture de stock alors que des médicaments à usage non courant sont en surplus. A ceci s'ajoute les détournements de ces ressources médicales qui sont découvertes tardivement faute de suivi régulier dans la gestion de la centrale de stock.

Il est nécessaire de renforcer d'une part le mécanisme FANOME pour que la majorité des plus démunis puisse avoir accès aux ressources médicales et d'autre part de mettre en place une gestion plus rigoureuse de ces dernières.

II. Les ressources humaines

L'effectif du personnel de soins est nombreux, cependant les régions rurales sont très défavorisées. En effet, 72% des médecins exercent en ville. Le personnel est peu motivé d'aller exercer leurs activités en milieu rural pour diverses raisons comme l'appui technique insuffisant dans les zones rurales, la séparation de ménage avec le changement brusque du mode de vie.

Cette situation renforce l'inaccessibilité de la population rurale à des services de soins effectifs déjà avec l'éloignement des formations sanitaires qui en plus de cela manque encore de personnel. Le milieu rural est donc très défavorisé par rapport au milieu urbain, or 75% de la population vit encore en milieu rural.

L'Etat doit prendre en compte des mesures incitant le personnel de soins à s'installer dans les zones rurales où le capital humain y est plus vulnérable vu la pauvreté.

III. Les ressources financières

L'Etat, malgré le fait qu'il alloue progressivement depuis 2001 un budget croissant dans le domaine sanitaire et qu'il bénéficie aussi d'aides extérieures, son budget santé est encore loin de la recommandation d'Abuja d'allouer au moins 15% du budget global dans le secteur santé pour assurer un fonctionnement efficace du secteur. En effet, notre dépense de santé par habitant, en 2007, est encore évaluée à 7\$ alors que l'OMS recommande une dépense de santé par habitant à 34\$, ce qui est encore loin du compte pour le secteur sanitaire malgache. La moyenne africaine pour financer les coûts de services de santé de base par habitant est de 13\$ alors que notre secteur n'atteint même pas ce montant.

Ces chiffres témoignent de la faiblesse du financement de notre secteur santé, ce qui n'est pas propice à la mise en place de mécanismes de prise en charge des plus démunis limitant ainsi leur accès aux soins.

Section III : Les Opportunités du système de santé malgache

Les opportunités suivantes constituent des atouts pour notre système de santé.

D'abord, beaucoup d'organisations internationales (OMS, UNICEF, Fonds Mondial,...) œuvrant dans le domaine sanitaire soutiennent financièrement Madagascar dans ses différents programmes sanitaires. Ensuite, la santé constitue une priorité pour l'Etat pour le développement socio-économique à travers l'Engagement 5 du MAP et ses huit défis qui y sont rattachés, et aussi, Madagascar dispose d'établissements capables de former des actifs selon les besoins du secteur : médecins généralistes, médecins spécialistes, paramédicaux et sages femmes. Le système de santé ne manquera donc pas de ressources humaines.

Section IV: Les menaces du système de santé malgache

Toutefois, des menaces pèsent aussi sur ce système.

Ces organisations internationales risquent de dicter les politiques et les affectations de ressources qu'ils donnent alors que celles-ci ne sont pas appropriées à la réalité du domaine sanitaire malgache. Par ailleurs, faute de suivi rigoureux des ressources allouées à la santé, les risques de détournement de fonds vers des objectifs non prioritaires ou en faveur d'intérêt individuel peuvent peser sur l'efficacité du fonctionnement du système sanitaire.

Conclusion partielle Partie I

Pour conclure, d'après les théories économiques, la santé constitue un pilier de l'économie dans la mesure où elle améliore le capital humain.

Or, les faiblesses et les menaces qui subsistent dans le système de santé malgache peuvent avoir un impact négatif en matière de lutte contre les maladies transmissibles, comme l'éloignement des centres sanitaires ou le manque de personnel dans les zones rurales qui sont généralement pauvres et donc propices aux maladies.

Il est nécessaire de renforcer le système de santé car tout programme de santé publique n'est pas efficace si l'Offre de soins ne peut pas satisfaire la Demande émanant de la population.

Partie II : Vers une plus grande efficacité des stratégies de lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/Sida

Chapitre I : Pauvreté et Santé : 2 volets indissociables

Section I : Situation générale de la pauvreté à Madagascar

A Madagascar, la pauvreté demeure un phénomène de grande ampleur car ²²67.5% de la population est pauvre en 2005. La pauvreté touche plus le milieu rural qu'en urbain d'autant plus que la majorité de la population y vit. L'insécurité alimentaire continue aussi à sévir dans le pays qui se manifeste par l'insuffisance pondérale touchant beaucoup plus les enfants de 0 à 5 ans, soit ²³42%.

D'après les indicateurs de pauvreté qui peuvent être à la fois monétaires et non monétaires, la population rurale est bien plus pauvre que la population urbaine.

²² Institut National de la Statistique (INSTAT), « Enquête Périodique auprès des Ménages 2005 », Direction de Statistiques des Ménages, Juin 2006, p.176

²³ Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport national 2007. Système des Nations Unies. 2007, p.28

I. Les indicateurs monétaires

Les indicateurs monétaires se concentrent sur les mesures quantitatives de la pauvreté. Le revenu et la consommation sont les deux indicateurs utilisés pour mesurer la dimension monétaire de la pauvreté.

1. Le revenu

Le revenu représente les ressources monétaires dont disposent les ménages pour satisfaire leurs besoins. Les pauvres sont définis comme les individus dont les revenus sont insuffisants pour satisfaire leurs besoins fondamentaux. Le seuil de pauvreté à Madagascar est de 305 300 Ariary par tête par an selon l'EPM 2005, soit dans l'ordre de 836 Ar par jour. Par rapport à cette limite de revenu, le taux de pauvreté est estimé à 75%, c'est-à-dire que 75% des malgaches ne peuvent pas satisfaire leurs besoins vitaux faute de revenus suffisants. Les ménages ruraux sont les plus touchés par rapport aux ménages urbains, en effet le taux de pauvreté en milieu rural est de 73.5% contre 52% en milieu urbain.

Par ailleurs, le revenu national par habitant estimé à 308\$ en 2006 est très faible.

2. La consommation

La consommation reflète le niveau de vie d'un ménage et sa capacité à couvrir les besoins fondamentaux.

Les ménages pauvres consacrent une plus grande partie de leurs revenus à la satisfaction des besoins primaires. A Madagascar, dans l'ensemble, ²⁴70.1% des consommations sont consacrées à l'alimentation, ensuite viennent les dépenses en logement et combustible à hauteur de 12%. Les dépenses de santé sont les plus faibles dans toutes les consommations des ménages malgaches à raison de ²⁵0.9% que ce soit en ville ou en zone rurale. Et c'est au milieu rural que la proportion de l'alimentation est plus élevée avec 76.1% contre 56.6% en milieu urbain.

La consommation moyenne par tête en 2005 se situe à ²⁶298 000 Ariary. Elle est beaucoup plus forte en milieu urbain que rural car 67.2% de la consommation moyenne des urbains représentent celle des ruraux.

²⁴ Institut National de la Statistique (INSTAT), «Enquête Périodique auprès des Ménages 2005 », Direction de Statistiques des Ménages, Juin 2006, p.171

²⁵ Ibid., p.172

²⁶ INSTAT (Institut National de la Statistique), *op.cit.*, p. 179

II. Les indicateurs non monétaires

Les indicateurs éducationnels et les indicateurs sanitaires sont les mesures non monétaires de la pauvreté les plus utilisés.

1. Indicateurs éducationnels

Le niveau d'alphabétisation peut être utilisé pour décrire la pauvreté. Plus de 90% de la population rurale n'ont pu dépasser le niveau primaire, ce qui explique la pauvreté des ménages ruraux. La proportion de personnes instruites augmente au fur et à mesure que le niveau de vie augmente, en effet, pour les plus pauvres, le taux d'instruction est de ²⁷47.4%, et pour les plus riches il est de 77.5%.

Selon les groupes socio-économiques, le taux de scolarisation est plus élevé pour les enfants des ménages aisés et nettement plus faible pour ceux des agriculteurs, soit 80% contre 60% car ces derniers engagent moins de ressources à l'éducation faute de faiblesse de revenu.

Globalement, l'enseignement primaire s'est beaucoup développé depuis dix ans car il est passé de 71% en 1997 à 96% en 2006.

2. Indicateurs sanitaires

L'état de santé des membres d'un ménage peut être considéré comme un indicateur important du bien être. En effet, à partir de l'état de santé, il est possible de déterminer le niveau de la pauvreté d'un ménage.

Les ménages des zones urbaines recherchent beaucoup plus les soins que ceux des zones rurales, soit 44% contre 39%. En effet, les ruraux ne consentent pas aller se soigner que dans les cas graves faute de moyens financiers insuffisants dus à la cherté des coûts de consultation. Ils préfèrent avoir recours à l'automédication, soit 72.4% de la population rurale.

La faiblesse du revenu par tête ne permet pas à la majorité de la population de prioriser l'accès aux soins. Contraints par leurs dépenses d'alimentation, les ménages ne consacrent que 0.9% de leurs dépenses à la santé. Ce qui peut expliquer la faible espérance de vie à la naissance qui n'est que de ²⁸59 ans pour les hommes et 62 ans pour les femmes.

²⁷ Ibid., p.122

²⁸ Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. 2010. *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar : INSTAT et ICF Macro. Avril 2010, p.225

Section II : Manifestation de la pauvreté dans le secteur santé

Les maladies et la pauvreté constituent un cercle vicieux: c'est la pauvreté qui engendre les maladies et ces dernières perpétuent par la suite la pauvreté.

En effet, la situation économique d'un individu a une influence importante sur son état de santé. Les personnes les plus riches vivent dans un environnement sain et propre tandis que les pauvres, dans la majorité des cas, habitent dans des endroits insalubres favorables aux maladies, notamment les maladies transmissibles. Cette situation est aggravée par le fait que les pauvres, surtout en zone rurale, vivent loin des centres sanitaires ce qui rend l'accès aux soins difficile. Et de manière évidente, des individus pauvres ne peuvent pas faire face aux dépenses en médicaments et en soins de santé qui seraient nécessaires pour faire face à ces maladies.

Madagascar est un pays où 75% de la population mène une vie rurale et où 50% vivent encore en dessous du seuil de pauvreté, ce qui affecte sévèrement le niveau général de santé de la population. En effet, l'espérance de vie s'élève à 59 ans pour les hommes et à 62 ans pour les femmes malgaches en 2008. Or, pour Madagascar qui est encore un pays à base agricole, la santé doit être une priorité pour augmenter la productivité. En effet, il ne peut y avoir développement si le capital humain est faible.

Le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose ont un impact significatif sur la productivité économique et sur les perspectives de développement du pays car elles aggravent la situation de pauvreté des ménages. L'amélioration de la santé des populations démunies contribuerait beaucoup à la réduction de la pauvreté. En effet, l'effet sur l'agriculture est important car elle constitue l'un des plus importants secteurs. Un paysan infecté passe de moins en moins de temps à travailler, ceci entraîne une diminution nette de la main d'œuvre productive et par la suite de la productivité.

I. Le Paludisme à Madagascar

Le Paludisme figure encore au deuxième rang des causes de morbidité au niveau des centres de santé. En effet, 28% des causes de morbidité hospitalière est dû au paludisme et constitue la première cause de mortalité hospitalière des enfants de moins de cinq ans. Les pauvres sont les plus vulnérables à la maladie, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. La prévalence de cette maladie est estimée à 15% en 2006.

Cette maladie est un grand fléau et constitue un problème de santé publique. Elle sévit sous deux profils épidémiologiques dont d'une part le paludisme stable à transmission pérenne pour les zones côtières surtout de l'Est et de l'Ouest de l'île à cause de leurs conditions climatiques avec une incidence moyenne de 96 pour 1000 habitants, et d'autre part le paludisme instable à transmission saisonnière au niveau des hautes terres centrales et dans la région du sud subdésertique avec une incidence de 30 pour 1000 habitants.

En moyenne, 1 400 000 cas sont recensés au niveau des CSB et un enfant sur deux âgés de moins de cinq ans est atteint du paludisme chaque année. En effet, sur un taux de létalité global de 9.1%, le taux de létalité des enfants de moins de 5 ans est de 2.2%. A cause de sa fréquence et de sa gravité, cette maladie entrave le développement socio-économique. Le coût supporté par le pays, mesuré par l'absentéisme scolaire, les coûts de traitement des malades et les jours de non productivité, est estimé à ²⁹ 52 millions de dollars.

Le paludisme est la principale cause de l'absentéisme scolaire, ce qui signifie donc l'analphabétisation et donc perpétuera la pauvreté.

L'insalubrité est le plus grand facteur déterminant de cette maladie car l'existence de plusieurs gîtes de larvaire dus aux conditions d'hygiène très précaires des pauvres favorisent et entretiennent toujours la maladie.

II. La Tuberculose à Madagascar

La tuberculose reste encore un grave problème de santé publique à Madagascar car elle représente la principale cause de mortalité pour les individus âgés de 15 à 50 ans, c'est-à-dire la classe la plus productive de la population. Dans la période de 2002 à 2007, le nombre de nouveau cas détectés (taux d'incidence) est passé de 72 à 122 pour 100 000 habitants, ce qui signifie que la tuberculose est encore en pleine évolution.

La forme la plus développée de cette maladie reste la Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive dont l'incidence est évaluée à 97 pour 100 000 habitants en 2006 contre 76 en 2002. La co-infection entre Tuberculose et VIH, qui est une autre forme de tuberculose, commence aussi à avoir de l'ampleur car les personnes infectées du VIH/Sida sont plus vulnérables et ont de forte chance de contracter la tuberculose. Cette nouvelle forme de tuberculose affecte surtout les zones côtières. En effet, dans la région de Mahajanga, la prévalence de la « Tuberculose-VIH » est déjà à ³⁰ 2.25%, tandis qu'à Antananarivo elle est encore à 0.44%. Cette situation est due au fait que les zones côtières sont favorables aux maladies sexuellement transmissibles à cause du tourisme et donc par la suite plus vulnérables à la tuberculose, ajouté de la paupérisation grandissante de la population.

La lutte contre la Tuberculose figure comme une grande priorité dans la Politique Nationale de Santé à travers la Politique Nationale de Lutte contre le Tuberculose (PNLT) du fait de son ampleur. En effet, la gravité de cette maladie emmène l'Etat à une prise en charge gratuite des tuberculeux.

²⁹ Ministère de la Santé, du Planning familial et de la Protection sociale, « Du contrôle vers l'élimination du paludisme à Madagascar : Extension et consolidation des zones indemnes du paludisme 2007-2012 ». 2007, p.7

³⁰ Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport national 2007. Système des Nations Unies. 2007, p 74

III. Le VIH/Sida à Madagascar

Les cas de séropositivité au VIH/Sida touchent beaucoup plus la tranche d'âge qui est encore active, soit les adultes de 15 à 49 ans car c'est la tranche de la population qui est encore sexuellement active et où donc l'existence de comportements sexuels à risque peut faire craindre une évolution rapide du VIH/Sida. La prévalence globale du VIH/Sida à Madagascar est estimée, selon l'OMS, à 0.13% en 2008.

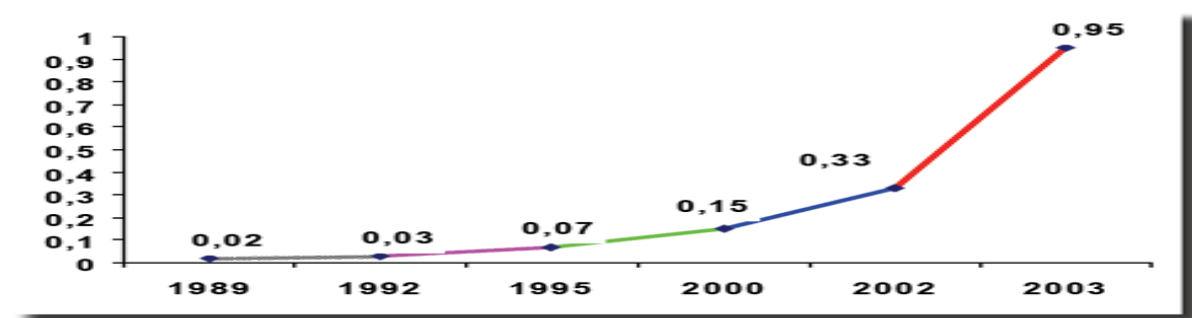
L'épidémie du VIH/Sida et la pauvreté est étroitement liée du fait que l'infection à VIH renforce la situation de pauvreté des ménages car les dépenses de santé liées à son traitement augmentent de manière significative. Par ailleurs, la pauvreté qui rend le niveau d'éducation plus faible favorise la transmission de l'épidémie du VIH, en effet, les personnes les mieux instruites ont souvent une meilleure connaissance et donc une meilleure attitude et comportement vis-à-vis de cette maladie par rapport aux pauvres non éduqués.

D'un autre côté, les pauvres n'ont pas assez de choix d'activités économiques à cause de leur manque de compétence, ainsi donc, pour survivre, ils adoptent des activités qui les exposent à l'infection telle que la prostitution.

La conséquence sociale la plus grave de l'épidémie de cette maladie est la recrudescence du nombre d'orphelins qui aura un impact négatif majeur sur le capital humain futur mais aussi sur les coûts de prise en charge de ces derniers qui renforcera la pauvreté. En 2007, le nombre d'orphelins à cause du Sida à Madagascar a atteint les trois milliers.

Madagascar est encore parmi les rares pays à faible prévalence pour l'infection à VIH. Cependant, il est nécessaire d'intervenir dès maintenant pour éviter une explosion de l'épidémie car celle-ci suit depuis les dernières années une allure non visible mais qui est en croissance rapide malgré sa faible prévalence. (Voir Figure II)

Figure II : Evolution de l'épidémie du VIH/Sida de 1989 à 2003



Croissance rapide de l'épidémie
Faible prévalence du VIH

Source : SE/CNLS-Le Sida à Madagascar, 2008

Chapitre II : Madagascar face à l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement

Objectif 6 : Combattre le VIH/Sida, le Paludisme et d'autres maladies

Chaque pays est tenu d'appliquer toute forme de politique de santé et de stratégies pour combattre le VIH/Sida et maîtriser le Paludisme car ces maladies fragilisent l'état de santé de la population et a un impact non négligeable sur le capital humain.

Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et commencé à inverser la tendance actuelle.

Cible 8 : D'ici à 2015, assurer à tous ceux qui ont en besoin l'accès aux traitements contre le VIH/Sida

Cible 9 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

Le VIH/Sida est devenu un problème majeur de santé à Madagascar depuis les années 90 même si notre pays figure parmi les pays qui ont encore un faible taux de prévalence du VIH/Sida. Il est devenu un problème majeur à partir du moment où les Infections Sexuellement Transmissibles montrent une prévalence élevée et où les comportements sexuels à risque ne cessent d'augmenter. Le principal objectif à Madagascar est de maintenir cette prévalence en dessous de 1%.

Par ailleurs, le Paludisme se pose aussi comme un grand problème de santé car il constitue la deuxième cause de mortalité surtout des femmes enceintes et des enfants moins de 5 ans malgré le fait qu'une tendance à la baisse a été soulignée de 1999 à 2006, soit ³¹19% contre 15%.

L'autre maladie transmissible à considérer est la Tuberculose car elle constitue toujours un grave problème de santé publique même si le taux de guérison affiché est de ³²80% en 2006.

Cet objectif s'avère potentiellement atteignable pour Madagascar si les efforts en matière de lutte matérialisés par les politiques de santé sont soutenus jusqu'à l'échéance.

L'engagement de Madagascar et sa volonté à combattre le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose se matérialisent à travers sa politique nationale de santé qui est retracée successivement dans le DSRP puis dans le MAP.

³¹ Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport national 2007. Système des Nations Unies. 2007, p 72

³² Plan d'Action Madagascar 2012, Engagement 5, Défi 2, p. 74

Section I : Engagement de Madagascar à travers le DSRP et le MAP

I. Engagement de Madagascar à travers le DSRP

1. Le DSRP

Le Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté, élaboré en 2000, est un document pilote qui sert de cadre de référence à la réalisation des OMD.

L'objectif principal contenu dans le DSRP est la réduction de la pauvreté de moitié en 10 ans. La stratégie de réduction de la pauvreté dans ce document est basée sur ³³3 axes stratégiques à savoir l'amélioration des performances économiques en y faisant participer les pauvres, le développement des services essentiels de base tels la santé, l'éducation et l'eau potable, et la mise en place d'un cadre institutionnel favorable à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté.

Cette stratégie de réduction de la pauvreté est nationale car elle est le fruit d'une concentration d'idées de tous les segments de la société. Par ailleurs, les objectifs s'y afférents tournent autour des conventions internationales conclues par Madagascar tels que la Déclaration du Millénaire (OMD) et le Sommet mondial du Développement durable.

Il y a 5 secteurs prioritaires dans le DSRP pour l'atteinte de l'objectif de réduction de la pauvreté à savoir les transports-routes-aménagement du territoire et météorologie, l'éducation, le développement rural, la santé, l'eau potable et l'assainissement.

2. Les politiques de santé retracées dans le DSRP

Le deuxième axe stratégique comprend le secteur santé dont les programmes d'action visent une bonne couverture sanitaire de la population et une réduction significative des différents taux de morbidité et de mortalité.

La Santé constitue l'un des secteurs prioritaires dans le DSRP. La mission confiée au Ministère de la Santé et du Planning Familial consiste à améliorer l'accès des pauvres aux services de santé et de les protéger contre ces maladies.

³³ RAMAROKOTO Daniel, « La pauvreté à Madagascar : Etat des lieux, réflexions sur les politiques de réduction et leur mise en œuvre », DSRP Intérimaire de Madagascar, 2000, p. 2

Les ³⁴objectifs retenus dans le DSRP sur le plan de la Santé sont au nombre de 4 à savoir : la Promotion de la santé de la mère et de l'enfant, l'Intensification de la lutte contre la malnutrition, la Réduction de 50% de la charge socio-économique due aux principales maladies transmissibles et la Réduction de 20% de la morbidité due aux maladies non transmissibles.

Pour la Promotion de la santé de la mère et de l'enfant, les actions qui ont été mises en œuvre sont le Programme Elargi de Vaccination (PEV), l'Application de la Prise en Charge de la Maladie de l'Enfant (PCME), le Renforcement de la stratégie de Maternité Sans Risque (MSR), la Planification Familiale (PF), la Santé de la Reproduction des Adolescents (SRA) et la Promotion de l'école santé.

Pour celle de l'Intensification de la lutte contre la malnutrition, les actions de mises en œuvre étaient le Renforcement du système de prise en charge des enfants malnutris, la Lutte contre les carences en nutriments, la Promotion de la salubrité des aliments et l'Elaboration de document de référence et la mise en place de structures de coordination au niveau provincial.

Pour l'objectif de Réduction de moitié de la charge socio-économique due aux maladies transmissibles, la Lutte contre le paludisme, la tuberculose, la bilharziose et cysticercose, la peste, le choléra, l'IST/Sida et l'Elimination de la lèpre, de la filariose lymphatique constituaient les actions pour atteindre celui-ci.

Pour la Réduction de 20% de la morbidité due aux maladies non transmissibles, les efforts de Promotion de santé oculaire et bucco-dentaire, de la santé mentale et la Lutte contre la toxicomanie constituaient les actions clés pour atteindre cet objectif.

3. La politique de lutte contre le Paludisme

La lutte contre le Paludisme appartient au troisième objectif retenu dans le DSRP sur le plan de la santé qui est la réduction de ³⁵ 50% de la charge socio-économique due aux principales maladies transmissibles. La politique de lutte contre cette maladie se base sur le renforcement des capacités et mise en place des structures de prise en charge, la formation et la remise à niveau du personnel médical, la promotion des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII) par le biais du marketing social et la mobilisation sociale ou la sensibilisation.

³⁴ Repoblikan'i Madagasikara Tanindrazana-Fahafahana-Fandrosoana, Rapport Annuel de Mise en Œuvre, DSRP, TOME II, Janvier-Décembre 2004, p.19

³⁵ Ibid., p. 23

Par ailleurs, tel que le VIH/Sida, le projet CRESAN II a aussi comme objectif le soutien de la prévention et la lutte contre le Paludisme dans le but d'améliorer l'état de santé de la population.

4. La politique de lutte contre la Tuberculose

La tuberculose appartient aussi à l'objectif de réduction de moitié de la charge socio-économique due aux principales maladies transmissibles. La politique de lutte contre cette maladie se base essentiellement sur le renforcement des capacités du système sanitaire et la remise à niveau du personnel ainsi que la mobilisation sociale ou sensibilisation.

5. La politique de lutte contre le VIH/Sida

Une place importante est donnée à la lutte contre le VIH/Sida dans le DSRP dans la mesure où préserver le taux de prévalence faible s'avère être un objectif impératif à Madagascar ainsi que la prise en charge des personnes infectées ou affectées par le virus. Le programme de lutte contre cette maladie est devenu un programme multisectoriel coordonné au niveau même du cabinet du Premier Ministre, ce qui montre l'envergure donnée à la lutte.

Rattaché à ces objectifs globaux, il y a ³⁶5 objectifs spécifiques dans la lutte contre le VIH/Sida à savoir : la création d'un environnement propice à une lutte multisectorielle efficace, l'amélioration de l'accès aux informations et aux moyens de prévention, l'assurance de la qualité de service, le renforcement de suivi et évaluation de la lutte contre le VIH/Sida, le développement de la collaboration internationale contre le VIH/Sida.

Par ailleurs, le projet CRESAN II, qui a été conçu pour soutenir la politique gouvernementale en matière de santé, appui les programmes de santé prioritaires notamment la lutte contre les maladies infectieuses et transmissibles. En effet, le développement des services de santé liés à procréation et la lutte contre les IST/Sida ainsi que la prévention et lutte contre les principales maladies infectieuses transmissibles constituent deux des cinq axes à travers lesquels le projet se développe.

³⁶ Ibid., p.71

II. Engagement de Madagascar à travers le MAP

1. Le Madagascar Action Plan

Le MAP était appliqué le 01 janvier 2007 puisqu'il était appelé à succéder au DSRP qui arrivait à son terme le 31 Décembre 2006. Par rapport à ce dernier qui mise sur la réduction de la pauvreté, ce programme pour un quinquennat a plutôt une approche positive car il vise le Développement.

Selon le gouvernement précédent, le MAP est la feuille de route qui conduira à la réalisation de la vision « Madagascar Naturellement ». Cette vision Madagascar Naturellement se matérialise par huit objectifs qualitatifs et quantitatifs sous forme d'« engagements » qui sont la Bonne gouvernance, les Infrastructures, la Transformation de l'éducation, le Développement rural, la Santé et le Planning familial, l'Economie et le Secteur privé, l'Environnement et ainsi que la Solidarité nationale.

Madagascar s'engage à atteindre les OMD à travers le MAP, en effet les 8 Engagements sont conformes aux OMD car le MAP prend en considération leurs huit objectifs.

2. La politique de santé retracée dans le MAP

Le cinquième Engagement qui est la « Santé, Planning Familial et Lutte contre le VIH/Sida » constitue la politique nationale de santé du programme quinquennal.

Pour l'ancien président Marc Ravalomanana, il faut donner une vie saine à la population pour que celle-ci puisse contribuer au développement du pays.

En effet, il a dit que³⁷ « Notre population sera en bonne santé et pourra contribuer au développement de la nation et mener de longues et fructueuses vies. Les problèmes de malnutrition et du paludisme seront résolus. La tendance de la propagation du VIH/Sida sera inversée, l'eau potable deviendra accessible, et la taille moyenne de la famille malgache sera réduite, grâce à l'éducation et la fourniture de services de santé. »

³⁷ Plan d'Action Madagascar 2012, Engagement 5, page 55

Cet Engagement 5 présente huit défis pour assurer la réussite de cet objectif à savoir le premier défi qui est d'assurer la fourniture de services de santé de qualité à tous, le second qui est l'élimination des principales maladies transmissibles, le troisième qui préconise de gagner la lutte contre le VIH/Sida, le quatrième qui est la mise en œuvre d'une stratégie efficace de planning familial, le cinquième et le sixième qui se basent sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile, maternelle et néonatale, le septième défi qui préconise l'amélioration de la nutrition et de la sécurité alimentaire et le dernier qui se concentre sur l'approvisionnement de la population en eau potable et la généralisation des pratiques hygiéniques ainsi que sanitaires.

3. La politique de lutte contre le Paludisme et la tuberculose

La lutte contre le paludisme est conforme à la cible 8 des OMD qui est de maîtriser ce fléau d'ici 2015. En effet, l'ancien président Marc Ravalomanana a dit que ³⁸« les problèmes de malnutrition et du paludisme seront résolus ».

Le défi 2 du cinquième Engagement renferme l'élimination du paludisme et de la tuberculose qui sont les principales maladies transmissibles prises en compte

Les objectifs spécifiques qui se rattachent au deuxième défi sont le contrôle solide du paludisme, l'éradication de la syphilis congénitale et de la tuberculose et la réduction de la prévalence des principales maladies tropicales.

4. La politique de lutte contre le VIH/Sida

La politique de lutte contre le VIH/Sida est très conforme à la cible 7 des OMD qui recommande de stopper, d'ici à 2015, la propagation du VIH/Sida et commencer à inverser la tendance actuelle. En effet, l'ancien président Marc Ravalomanana a dit que³⁹ « la tendance de la propagation du VIH/Sida sera inversée ».

Le troisième défi de l'Engagement 5 se porte essentiellement sur la lutte contre cette maladie. Trois objectifs spécifiques sont rattachés à ce troisième défi qui est le maintien du ⁴⁰taux de prévalence à moins de 1% au sein de la population tout en assurant la prise en charge des malades séropositifs, la réduction du ⁴¹taux d'incidence au VIH et l'augmentation du nombre des malades recevant des traitements adéquats.

³⁸ Plan d'Action Madagascar 2012, Engagement 5, page 64

³⁹ Ibid

⁴⁰ Rapport entre nombre de personnes malades sur la population totale

⁴¹ Rapport entre nombre de personnes nouvellement atteintes de la maladie sur la population totale

Les principales composantes de cette politique de lutte appelée ⁴²« riposte » nationale sont la communication et la sensibilisation pour le changement de comportement et la prise de conscience au sein de la société ainsi que la mise en place de services de prévention et de traitement.

Section II : Résultats de l'objectif 6 des OMD à Madagascar et défis à relever avant échéance

I. Résultats au niveau international

Depuis l'adoption de la Déclaration du Millénaire en 2000 par les pays signataires, l'Aide Publique au Développement dans le domaine de la santé a plus que doublé en six ans passant de 6.8 milliards de dollars à 16.7 milliards de dollars en 2006.

1. Paludisme

1.1. Résultats de la lutte contre le Paludisme

D'un côté, les interventions contre le Paludisme au niveau mondial ont progressé à travers l'utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides dont la production mondiale a triplé en 3 ans passant de ⁴³30 millions en 2004 à 95 millions en 2007.

D'un autre côté, parallèlement à l'augmentation de la production, la Demande a aussi augmenté. En effet, l'UNICEF a aussi triplé ses achats de MID passant de 7 millions en 2004 à 20 millions en 2007 et qui a d'ailleurs donc fait croître le nombre de MID distribués aux pays pauvres, soit de 1.35 millions à 18 millions dans la même période.

Par ailleurs, des organisations caritatives et multilatérales de grande envergure telles que⁴⁴ Fondation Bill-et-Melinda Gates ont injecté des fonds importants dans les activités anti-paludisme pour aider le Fonds mondial. En effet, cette institution a fait don au Fonds mondial de 500 millions de dollars US répartis sur cinq ans (2006-2010) pour ses activités.

⁴² Plan d'Action Madagascar 2012, Engagement 5, Défi 2, p. 60

⁴³ Nations Unies. Réunion de haut niveau sur les OMD, New York, 25 Septembre 2008, p.2

⁴⁴ Fondation Bill-et-Melinda Gates est une fondation américaine caritative qui a pour but d'apporter Education et Santé à la population mondiale mais surtout les pays du Tiers-Monde

1.2. Défis restant à relever concernant la lutte contre le Paludisme

Le MID est un moyen de prévention efficace contre le Paludisme, cependant, de nombreux enfants, notamment en Afrique, continuent à mourir du Paludisme dans la mesure où ils ne dorment pas sous des MID ou sont dans l'impossibilité d'accéder à un traitement qui sauve la vie dans les 24 heures qui suivent les premiers symptômes. En effet, le taux de couverture de MID des ménages en Afrique n'atteint que ⁴⁵5%. Des efforts doivent s'accomplir pour augmenter la couverture.

Par ailleurs, il faut promouvoir aussi les mécanismes, y compris les fonds nécessaires, de Recherche Développement car les parasites porteurs du Paludisme commencent à faire preuve d'une grande résistance aux ⁴⁶traitements antipaludiques et de plus, l'interaction Paludisme- VIH commence à sévir qui accélère davantage le risque de transmission du VIH et renforce la gravité du Paludisme.

Enfin, dans la mesure où les médicaments restent inabordables pour la plupart des habitants des pays en développement, les OMD qui sont liés à la santé ne pourront être atteints à l'échéance car ce sont les couches vulnérables qui sont principalement les plus touchés.

2. Tuberculose

2.1. Résultats de la lutte contre la Tuberculose

La Tuberculose est encore une maladie très active dans le monde, son éradication nécessite une détection précoce des nouveaux cas et un traitement efficace des malades.

En effet, en 2006, on a encore enregistré 9.2 millions de nouveaux cas (taux d'incidence) avec un taux de prévalence de 14.4 millions et un taux de mortalité mondial évalué à 1.7 millions de décès.

Le principal problème est au niveau du financement des activités de lutte de cette maladie.

⁴⁵ UNICEF-Santé-Malaria. Source : [http : //www.unicef.org](http://www.unicef.org)

⁴⁶ Chloroquine et Sulphadoxine-Pyriméthamine

2.2. Défis restant à relever concernant la lutte contre la Tuberculose

Il faut donc combler les déficits de financement des programmes pour combattre la Tuberculose, notamment les fonds pour la Recherche et Développement de médicaments essentiels pour soigner cette maladie ainsi que la recherche d'un vaccin. A noter aussi qu'il faut que ces médicaments soient accessibles aux couches vulnérables des pays pauvres sinon la lutte contre la pauvreté à travers la lutte contre ces maladies n'aura pas de sens.

3. VIH/Sida

3.1. Résultats de la lutte contre le VIH/Sida

Le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida était évalué à ⁴⁷33 millions en 2007 passant à 33.4 millions en 2008. La grande majorité des personnes vivant avec le VIH/Sida se trouve en Afrique Subsaharienne à hauteur de 22.4 millions où près de 60% sont de sexe féminin.

L'accès aux thérapies antirétrovirales a augmenté de ⁴⁸42% en 2007 financé en grande partie par le ⁴⁹Fonds mondial pour combattre le sida, le paludisme et la tuberculose. A cet effet, suite à cette augmentation des services de traitements antirétroviraux, le nombre des personnes qui meurent du sida a commencé à diminuer passant de 2.5 millions en 2005 à 2 millions en 2007.

Par ailleurs, durant la même période, le pourcentage de femmes enceintes séropositives qui recevaient des antirétroviraux pour empêcher la transmission de la mère à l'enfant a atteint les 33%. De même, le nombre de nouvelles infections chez les enfants est tombé à 370 000.

D'un autre côté, la prévention de nouvelles infections au VIH/Sida a fait de grands progrès dans les pays gravement touchés surtout de l'Afrique Subsaharienne tels que le Rwanda, le Zimbabwe, le Ghana, le Malawi, le Cameroun et la Burkina Faso. En effet, des modifications des comportements sexuels ont entraîné la diminution des nouvelles infections au VIH dans ces pays. Au Cameroun par exemple, le pourcentage des jeunes ayant des rapports sexuels avant 15 ans est passé de 35% à 14%.

⁴⁷ Rapport ONUSIDA/OMS, décembre 2009. Source : www.onusida.org

⁴⁸ Nations Unies. Réunion de haut niveau sur les OMD, New York, 25 Septembre 2008, p.2

⁴⁹ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme, la tuberculose est une institution financière internationale qui investit l'argent du monde pour soutenir des programmes de prévention, de traitement, de soins à grande échelle contre les trois maladies.

La prévention du VIH est cruciale pour le contrôle de l'épidémie. Ces modifications des comportements sexuels découlent de l'utilisation, dorénavant lors de rapports sexuels, de préservatifs et de la prise de conscience d'avoir un nombre moindre de partenaires sexuels.

3.2. Les défis restant à relever concernant la lutte contre le VIH/Sida

Le financement international des programmes de lutte contre le VIH/sida dans les pays à moyen et bas revenus a atteint 10 milliards de dollars en 2007. Pourtant, le montant est loin d'atteindre les 18 milliards de dollars en aide requis chaque année pour combattre le sida. Il faut donc garantir un financement prévisible et durable pour lutter contre l'épidémie du VIH/Sida.

Il faut davantage aussi renforcer la transmission des connaissances à toute la population de chaque pays pauvre afin de réduire les comportements à risque pour éviter la propagation des IST y compris le VIH/Sida.

Par ailleurs, il faut améliorer l'accès aux préservatifs tant masculins que féminins qui représentent le seul moyen efficace et disponible pour prévenir le VIH chez les personnes sexuellement actives.

II. Résultats au niveau national

Chacune de ces maladies transmissibles a une situation différente et suit une évolution contrastée. Le Paludisme est dans une phase d'inversion de tendance, la Tuberculose reste une maladie très active et le VIH/Sida affiche un taux de prévalence faible.

1. Paludisme

1.1. Résultats de la lutte contre le Paludisme (cf. Annexe V)

Les indicateurs utilisés lorsqu'on analyse la situation du Paludisme sont le taux de prévalence et le taux de mortalité liée à cette maladie.

Le Paludisme est en phase d'inversion de tendance, donc se rapproche progressivement de ⁵⁰la cible 8. En effet, durant les 6 dernières années, le Paludisme observe une tendance progressive à la baisse de la prévalence passant de 19% en 1999 à 15% en 2006 qui a engendré de ce fait une diminution du taux de mortalité due à cette maladie passant de 6.9% à 4.2% de 2004 à 2006. Ce bon résultat est dû au fait que la CAID a permis de protéger 1 250 000 personnes à chaque campagne de 2002 à 2006 et que 2 millions de MID ont été aussi distribués gratuitement en 2006.

⁵⁰ D'ici à 2015, avoir maîtrisé le Paludisme et commencé à inverser la tendance actuelle

1.2. Défis restant à relever concernant la lutte contre le Paludisme

Madagascar compte parvenir d'ici 2012, à travers le ⁵¹MAP, à assurer une totale couverture des services de prévention et de traitement du Paludisme, soit donc arriver à faire un contrôle effectif de la maladie. Ce défi repose sur l'efficacité des stratégies de lutte contre la maladie.

2. Tuberculose

2.1. Résultats de la lutte contre la Tuberculose (cf. Annexe VI)

Les indicateurs utilisés lorsqu'on analyse l'évolution de cette maladie sont le taux d'incidence et le taux de létalité ainsi que le taux de détection et de guérison de la maladie.

La Tuberculose est encore une maladie chronique très active à Madagascar car son taux d'incidence n'a cessé d'augmenter. L'incidence de la Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive (TPM +) est évaluée à 97 pour 100 000 habitants en 2006 contre 76 pour 100 000 habitants en 2002.

Le taux de létalité ou mortalité lié à la tuberculose est resté stable à 6% durant 2004 à 2006 vu l'accès facile aux traitements (gratuits).

Le taux de guérison, par ailleurs, a augmenté progressivement passant de 74 en 2002 à 78% en 2006. Cela veut dire que le taux de prévalence diminue, or l'incidence ne cesse de croître.

La Tuberculose à l'heure actuelle n'est pas encore dans la phase d'inversion de la tendance, on ne se rapproche pas encore de la cible 8.

2.2. Défis restant à relever concernant la lutte contre la Tuberculose

Malgré le taux de guérison assez élevé, il faut davantage intensifier les activités de prévention de la maladie pour éviter que le nombre de nouveaux cas de malades (taux d'incidence) croisse toujours car sinon ce serait un cercle vicieux : ceux qui sont malades guérissent mais les nouveaux tuberculeux arrivent toujours aussi.

Et pour inverser la tendance actuelle, Madagascar se fixe à atteindre un taux de détection et de guérison à 90% à l'horizon 2012.

⁵¹ Plan d'Action Madagascar, Engagement 5, Défi 2, p. 74

3. VIH/SIDA

3.1. Résultats de la lutte contre le VIH/Sida (cf .Annexe VII)

La prévalence globale du VIH à Madagascar est estimée à ⁵²0.5% en 2006, 0.18% en 2007 et estimée à 0.13 % en 2008, soit donc une baisse progressive de la prévalence globale. Par rapport aux pays africains, notre pays accuse encore un taux de prévalence très faible, car inférieure à 1%, ce qui est bon signe. Cependant, du fait de la ⁵³prévalence élevée, parmi les plus élevées au monde, des IST qui constituent un facteur favorisant l'infection au VIH, le VIH/Sida risque d'exploser à un moment ou à un autre.

La prévalence globale est imprécise car les données disponibles pour les groupes les plus exposés (homosexuels et travailleuses de sexe) sont très insuffisantes voire inexistantes. Seules les données chez les femmes enceintes sont assez bien étayées. Ainsi, c'est la prévalence chez les femmes enceintes avec la prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans qui constituent les indicateurs de suivi de la prévalence de cette maladie. Cette prévalence chez les jeunes, aussi bien les hommes que les femmes, est encore faible, soit respectivement 0.2% et 0.1%.

Les autres indicateurs sont le taux d'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque et la proportion de la population infectée ayant accès à des médicaments antirétroviraux (ARV).

Le taux d'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, durant la période 2003 à 2008 est estimé à 12% chez les hommes et à 5% chez les femmes. Les hommes sont donc beaucoup plus conscients du risque que représente cette maladie.

Concernant le nombre de personnes sous ARV, il est encore faible, même s'il a progressé, car par rapport à l'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH nécessitant la mise sous traitement qui est évalué à 3200 en 2006, seules ⁵⁴138 personnes ont pu être mises sous ARV contre 162 en 2007.

Il est encore difficile de dire si le pays se rapproche ou non de la cible 7 car plusieurs facteurs comme les IST et l'interaction Paludisme-VIH risquent de changer l'ampleur de l'épidémie d'un moment à un autre.

⁵² Commission Epidémiologique Banque Mondiale 2007. Source : www.worldbank.org

⁵³ 16.6% pour les travailleuses de sexe et 4.2% pour les femmes âgées de 15-49 ans

⁵⁴ Commission Epidémiologique Banque Mondiale 2007. Source : www.worldbank.org

3.2. Défis restant à relever concernant la lutte contre le VIH/Sida

Le défi majeur contre cette maladie est de gagner la lutte contre le VIH/Sida en ⁵⁵maintenant le taux de prévalence à moins de 1% au sein de la population. Ce défi repose sur l'efficacité des stratégies adoptées.

Chapitre III : Vers une amélioration de la lutte contre les maladies transmissibles

Section I : La lutte contre le Paludisme

Durant les dernières décennies, Madagascar, conscient des répercussions socio-économiques du Paludisme sur la population, a affirmé sa volonté de lutter contre ce fléau à travers son adhésion aux diverses initiatives mondiales et régionales telles que le « Roll Back Malaria » ou « Faire reculer le Paludisme » ainsi que les OMD à l'échelle mondiale, et à l'échelle régionale comme le Sommet d'Abuja en 2000.

La Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme, à travers le Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme (PSLP), adhère à la vision commune de ces initiatives internationales qui est de réduire le fardeau de cette maladie en tant que principale cause de morbidité et de mortalité et obstacle à la croissance économique et au développement social. Le PSLP a bénéficié de 171 300 100 USD pour sa mise en exécution de 2007 à 2012 à travers tous les partenaires internationaux confondus dont 53 928 312 USD provient du Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, le VIH/Sida et la Tuberculose.

Ainsi, les objectifs généraux du PSLP sont d'une part la promotion, la coordination et le soutien des interventions efficaces dans la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie pour l'éliminer et favoriser ainsi le développement socio-économique des zones qui sont affectées, et d'autre part le développement d'un partenariat décentralisé des activités de lutte du niveau national jusqu'aux communautés.

I. Stratégies de lutte

Les stratégies de lutte sont à la fois des stratégies techniques et des stratégies de soutien.

⁵⁵ Plan d'Action Madagascar, Engagement 5, Défi 3, p.73

1. Les stratégies techniques

Cinq étapes dépendantes entre elles forment les stratégies techniques de lutte à savoir la prise en charge des cas, la prévention individuelle et collective, la prévention et le contrôle des épidémies et ainsi que la mobilisation sociale et communautaire.

1.1. La prise en charge des cas (PEC)

La prise en charge des cas est effectuée afin de réduire la mortalité et réduire les charges socio-économiques engendrées par le paludisme. Dans les zones rurales où l'accès aux soins est difficile vu l'éloignement des centres sanitaires et la faiblesse des revenus, le traitement communautaire est une stratégie obligatoire pour compléter la prise en charge. Ce traitement communautaire se base sur la sensibilisation de la communauté de la nécessité de la PEC vu la gravité de la maladie et la mise à la disposition à chaque communauté des ACT qui sont les traitements les plus efficaces qui coupent directement la transmission de la maladie.

1.2. La prévention individuelle et collective

Cette deuxième étape renferme trois principales stratégies de prévention qui sont la lutte antivectorielle par l'AID et l'utilisation des MID, le Traitement Préventif Intermittent (TPI) pour les femmes enceintes, la lutte antilarvaire qui consiste à réduire les gîtes des larves dus à l'insalubrité.

1.2.1. L'Aspersion Intra Domiciliaire (AID) et le Moustiquaire à Imprégnation Durable (MID)

L'AID consiste en l'aspersion d'insecticides à l'intérieur des ménages pour empêcher la recrudescence de la maladie et réduire ainsi la morbidité et la mortalité due à la maladie.

Depuis 2006, 97% des ménages cibles vivant sur les Hautes Terres Centrales ont été aspergés.

L'utilisation systématique de moustiquaires imprégnées d'insecticides est la mesure de prévention recommandée pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, c'est-à-dire les groupes les plus vulnérables. 28% des femmes enceintes et 38% des enfants de moins de cinq ans ont eu accès aux MID en 2006.

Lorsque l'AID est combinée avec les MID, les campagnes d'aspersion d'insecticides deviennent moins fréquentes, c'est-à-dire baisse des coûts, alors que l'efficacité de prévention augmente. Cela signifie un bon rapport coût-efficacité.

1.2.2. Le Traitement Préventif Intermittent

C'est une méthode de prévention du Paludisme pendant la grossesse pour éviter l'avortement, le faible poids des nouveau-nés et l'accouchement prématuré à cause de la maladie. Elle se base essentiellement sur la sensibilisation des femmes enceintes au niveau communautaire sur la nécessité de l'identification des symptômes de la maladie pour qu'elles puissent avoir recours au TPI.

1.2.3. La Lutte antilarvaire

Elle repose sur une gestion environnementale, c'est-à-dire elle consiste à détruire les conditions favorables aux vecteurs de la maladie par l'intermédiaire du drainage, du nettoyage, de l'enlèvement des broussailles et l'exposition à la lumière.

En agissant sur l'environnement, on coupe directement la chaîne de reproduction du vecteur de la maladie. Elle est donc nécessaire pour appuyer les autres méthodes de prévention.

1.3. La prévention et le contrôle des épidémies

Elle est basée sur un système permettant de prévoir toute épidémie basée sur des données climatiques ou statistiques. Ainsi, des moyens techniques seront déjà en position pour faire face à une éventuelle épidémie et de le contrôler immédiatement.

1.4. La mobilisation sociale et communautaire

Il s'agit essentiellement de renforcer les actions de communication au niveau des communautés à travers les mass-médias et les agents communautaires pour la prise de conscience sociale de l'envergure de la maladie.

2. Les stratégies de soutien

Pour la bonne mise en œuvre des stratégies techniques, il est nécessaire de les soutenir par le ⁵⁶renforcement en la capacité de gestion du programme, la promotion et la mise en œuvre de l'IEC, le renforcement du système de suivi-évaluation des programmes et de leurs impacts et le développement du partenariat décentralisé au niveau national jusqu'aux communautés.

⁵⁶ Ministère de la Santé, du Planning familial et de la Protection sociale, « Du contrôle vers l'élimination du paludisme à Madagascar : Extension et consolidation des zones indemnes du paludisme 2007-2012 ». 2007, p.28

II. Limites des stratégies de lutte

Une des contraintes dans la mise en œuvre des stratégies de lutte est l'insuffisance du personnel surtout au niveau périphérique et la démotivation du personnel de santé à aller dans les zones enclavées. Ainsi, la lutte n'est donc pas efficace car les zones surtout les plus pauvres et donc foyers des vecteurs ne sont même pas touchés par les activités de lutte. En effet, d'après le PSLP, il est estimé qu'en milieu rural deux personnes sur cinq seulement reçoivent les soins quand les symptômes se font sentir vu qu'environ 30% de la population habite dans un rayon de plus de 5 km d'un centre de santé. Le système de santé constitue la pierre angulaire de toute stratégie de lutte, ainsi elle doit être renforcée sinon les activités de lutte n'auront aucun effet positif.

Par ailleurs, l'inefficacité des stratégies de lutte proviennent des ménages eux-mêmes. En effet, ces derniers ne savent pas comment utiliser à bon escient les méthodes de prévention comme l'AID et les MID. Par exemple, pour l'AID dont la rémanence est d'une année, les ménages replâtrèrent ou peignent leurs murs avant même la fin de la durée de l'efficacité de celle-ci, et pour les MID, les ménages ne descendent même pas ces moustiquaires dès la tombée de la nuit, c'est-à-dire au moment où les moustiques envahissent la maison.

Par rapport aux précautions non respectées, les stratégies n'auront aucun effet. Ce non respect des diverses précautions d'application des méthodes de prévention par les ménages est dû en partie par le manque d'information qui est donné à ces derniers ou par le niveau d'éducation faible même des ménages qui est une caractéristique de la pauvreté. Il y a donc une grande lacune dans le processus de l'Information-Education-Communication (IEC).

III. Recommandations pour une meilleure efficacité des stratégies de lutte

Il est nécessaire de faire une comparaison de rapport coût-efficacité entre le CAID et le MID. Ces deux principales méthodes de prévention du Paludisme sont en effet toutes deux efficaces mais l'une d'elles est efficiente, et par la suite de veiller à ce que la stratégie la plus efficiente fasse bien l'objet d'une IEC vis-à-vis des ménages et d'un mécanisme de suivi-évaluation strict pour que son efficacité soit totale et donc pourra contribuer à l'amélioration du niveau de vie des ménages, source principale de développement socio-économique.

En 2008, le budget alloué à la CAID est évalué à 8 382 477 USD et l'efficacité de couverture a atteint 90% des ménages. Pour celui du MID, son budget a été de 3 679 956 USD et son efficacité de couverture des ménages recevant 2 moustiquaires est de 70%.

D'après le rapport coût-efficacité qui se mesure par le coût total sur le résultat total, celui du CAID est de 93 138.63 USD (8 382 477 USD/90), et pour le MID il est de 52 570.8 USD (3 679 956/70).

Par conséquent, selon le rapport coût-efficacité qui est le plus bas, la réduction du paludisme est moins chère et plus efficace en utilisant la stratégie de distribution de MID plutôt que la Campagne d'Aspersion Intra Domiciliaire. Il faut donc promouvoir cette stratégie et favoriser l'accès de toute la population surtout des zones rurales enclavées à celle-ci à travers le renforcement du système de santé et un mécanisme plus strict de partage d'information aux ménages concernant les précautions d'utilisation. Ce dernier se base sur un suivi plus renforcé du processus de l'IEC qui en même temps communique mais éduque aussi la population.

Par ailleurs, le renforcement du système de santé se base essentiellement sur le renforcement des capacités des ressources humaines par l'accroissement du nombre de personnel qualifié travaillant dans le milieu rural pour augmenter non seulement en nombre mais aussi en qualité la fourniture des services de soins donnés à la population rurale. Mais il faut avant tout donner les incitations nécessaires à ce personnel médical pour qu'il accepte d'aller exercer en zone enclavée tels que l'assurance de leur sécurité dans leur zone de travail, leurs indemnités qui doivent être obligatoirement beaucoup plus excitants qu'en milieu urbain et la prise en charge de leurs familles si ces dernières restent aux grandes villes.

En effet, seulement 45% des communautés cibles pour la lutte contre cette maladie ont reçu des Responsables de Lutte contre le Paludisme en 2007 du fait de la démotivation du personnel à aller exercer dans les zones éloignées. La motivation du personnel constitue un des facteurs les plus importants à prendre en considération. Elle doit porter essentiellement sur la motivation sur la rémunération, la motivation sur la récompense et la motivation pour la décentralisation.

Section II : La Lutte contre la Tuberculose

L'engagement de l'Etat de lutter contre la Tuberculose a conduit à l'élaboration du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) depuis l'année 2000. De par la gravité de cette maladie, l'Etat a été amené à prendre en charge directement les tuberculeux. En effet, l'objectif général du ⁵⁷PNLT est d'assurer une couverture totale du pays en matière d'accessibilité gratuite aux traitements de tous les tuberculeux pour réduire la morbidité, la mortalité et le poids social de cette maladie dans la communauté Malagasy en particulier au niveau des populations pauvres.

⁵⁷ Manuel du Programme National Tuberculose à Madagascar. Ministère Santé, du Planing familial et de la protection sociale

Etant donné la gratuité de la prise en charge, le budget interne alloué à la santé ne permet la réussite du programme, ainsi des ressources financières externes proviennent des partenaires bilatéraux et multilatéraux. Le financement externe total du PNLT pour la période 2005 à 2009 est évalué à 4 098 988 USD pour tout partenaire confondu. Le Fonds Mondial de lutte contre la Tuberculose, le Paludisme et le VIH/Sida a injecté⁵⁸ 3 982 018 USD pour renforcer la capacité d'appui au PNLT.

I. Stratégie de lutte : Stratégie DOTS

La stratégie DOTS ou « Directly Observed Treatment Short course » ou encore « Traitement de brève durée sous surveillance directe » est la seule stratégie qui, depuis 2000 selon recommandation de l'OMS, utilisée pour lutter contre la Tuberculose. Elle est appliquée de manière effective au niveau national.

L'utilisation de cette stratégie a pour but de diminuer la mortalité de la tuberculose dans certains pays comme Madagascar. Cette stratégie a été recommandée par l'OMS et elle consiste en cinq éléments : l'Engagement politique des autorités locales à propos du contrôle de la Tuberculose, le diagnostic basé sur l'examen de crachats, le traitement complet avec supervision directe de la prise de médicaments pour éviter le traitement à mi-chemin des patients, la disponibilité des médicaments et l'enregistrement des cas détectés et traités pour une gestion efficace.

Elle consiste essentiellement en l'assistance du patient pendant qu'il prend ses médicaments pour une meilleure efficacité du traitement. Ainsi, le malade se rendant au Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT) chaque jour doit prendre ses médicaments devant un personnel de santé et ce dernier doit s'assurer que le patient prend bien les médicaments pour bien assurer le taux de guérison. Cette stratégie est très efficace car il diminue le risque d'abandon du traitement et ainsi donc de prévenir la résistance de la maladie au traitement.

Pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS, il a été opérationnalisé 204 CDT répartis dans l'île à travers les formations sanitaires publiques ou privées.

II. Limites de la stratégie de lutte

La prise en charge au niveau du traitement concernant le choix entre les différents médicaments et les régimes thérapeutiques est un des facteurs entravant l'efficacité de la lutte alors qu'il joue un rôle important pour atteindre les objectifs du PNLT. Il permet aux responsables d'allouer et répartir efficacement les ressources financières puisqu'il y a

⁵⁸ Fiancement du Global Fund-Portefeuille de subvention par pays-Madagascar-Programmes

différents régimes thérapeutiques pour le traitement de la Tuberculose comme le traitement long de 12 mois, le traitement court de 8 mois, le traitement de 6 mois. Ainsi, pour traiter le maximum de cas avec le meilleur rapport coût-efficacité, les responsables de la lutte contre la Tuberculose sont confrontés aux choix des traitements et des médicaments à utiliser. Le traitement de cette maladie sera plus efficace s'il engendre plus d'efficacité à moindre coût et que la recommandation de l'OMS sur l'application de la stratégie DOTS à Madagascar actuellement répond à ce critère.

Ensuite, l'insuffisance des ressources humaines et financières est aussi un problème pour les responsables de la lutte, ce qui nécessite de plus d'utiliser à moindre coût les stratégies mais avec efficacité. Le but est de proposer des éléments de solution pour permettre aux décideurs de choisir le meilleur traitement à moindre coût.

Par ailleurs, l'inefficacité des stratégies reposent aussi aux ménages. En effet, nombreuses sont les personnes atteintes de cette maladie mais qui n'osent pas aller auprès des centres sanitaires pour se faire dépister ou soigner. Le docteur chef du PNLT, Rakotonjanahary Martin, a affirmé que ⁵⁹« Cette situation est due à des idées reçues qui persistent et selon lesquelles la tuberculose constitue une maladie honteuse. Ce qui crée beaucoup d'inhibition chez les malades. »

Le traitement de la Tuberculose nécessite aussi beaucoup de patience car les soins doivent s'effectuer de manière continue. Or, 10 % des patients n'arrivent pas à suivre leur traitement à terme surtout en milieu rural. Cette situation est due au fait que les patients ne sont pas conscients de la gravité de la maladie ou bien, à cause de la pauvreté, ils effectuent beaucoup d'activités pour augmenter leur maigre revenu et n'ont donc pas le temps de retourner au CDT. Or, plus le traitement est interrompu, plus la résistance de la maladie aux médicaments augmente, ce qui rend le traitement difficile voire même incurable.

Il est aussi nécessaire de noter que l'insuffisance des matériels ou leur vieillissement ainsi que le manque de personnel qualifié induit les erreurs de dépistage. En effet, il arrive qu'une personne soit déclarée malade alors qu'elle ne l'est même pas et l'inverse aussi est vrai. Il y a donc une allocation inefficace des soins alors que les médicaments sont limités.

D'autre part, le portefeuille de subvention donné à la lutte contre la Tuberculose est aussi très faible par rapport à ceux donnés à la lutte contre le VIH/Sida et le Paludisme. En effet, pour la période 2007 à 2009, le financement reçu par le SE/CNLS dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida est évalué à 13 415 118 USD et celui de la lutte contre la Tuberculose n'est que de 3 982 018 USD, alors que la situation du VIH/Sida à Madagascar n'est pas encore grave par rapport à celle de la Tuberculose.

⁵⁹ Quotidien à Madagascar Lutte contre la Tuberculose-Sensibilisation intensive au diagnostic

Enfin, le mécanisme de prise en charge gratuite des cas de tuberculose par l'Etat équivaut à un souci de celui-ci de répondre à une équité sociale due à la faiblesse du revenu de la population qui est un des facteurs limitant l'accès aux soins. Mais cette gratuité suppose que si le nombre de cas de tuberculeux augmente, le budget alloué à la lutte doit aussi augmenter en conséquence, donc source de sortie de dépenses permanentes pour l'Etat. De plus, si certains patients arrêtent leur traitement, le mécanisme de prise en charge gratuite n'aurait eu donc aucun effet.

III. Recommandations pour une meilleure efficacité de la stratégie de lutte

Il n'y a pas lieu de faire une comparaison de rapport coût-efficacité car il n'y a qu'une seule stratégie adoptée dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose étant la stratégie DOTS. DOTS est certes efficace en matière de traitement, cependant « mieux vaut prévenir que guérir ». En fait, la pauvreté nourrit la Tuberculose car plus une population est pauvre et plus elle est sujette à cette maladie de par sa nature favorable aux mauvaises conditions d'hygiène, d'insalubrité et de surpeuplement. Il est donc nécessaire, pour mieux la prévenir, de lutter contre l'explosion démographique et l'exode urbain qui sont les facteurs favorables aux mauvaises conditions de vie.

En outre, la sensibilisation figure comme une action principale dans la lutte contre la Tuberculose. Il faut renforcer le mécanisme d'IEC afin, d'une part accélérer les changements de comportements chez les tuberculeux et d'autre part éviter l'arrêt de traitement de certains patients, c'est-à-dire les perdus de vue. Les points comme la gravité de la maladie, la contagiosité de celle-ci et la nécessité d'un traitement régulier sont les points qui doivent être essentiellement développés lors des campagnes d'IEC. La réussite de l'IEC repose sur une bonne formation des agents responsables des campagnes d'IEC pour que la sensibilisation soit efficace.

Par ailleurs, l'Etat doit reconsidérer le mécanisme de prise en charge pour une meilleure allocation des ressources. Il doit accorder la gratuité des soins seulement à la population dont le problème financier est la cause du non recours aux soins. Selon l'EPM 2005, 22.9% du motif de non consultation est due au problème financier, ainsi c'est à cette tranche de la population seulement que l'Etat doit assurer la gratuité des soins avec un suivi strict des patients tuberculeux lors des traitements pour éviter leur arrêt et le gaspillage des ressources.

Et concernant le financement de la lutte contre la Tuberculose, l'Etat doit négocier le financement nécessaire selon la réalité qui existe dans notre pays mais pas selon les priorités politiques imposées par les bailleurs car la gravité du VIH/Sida est encore assez faible par rapport à celle de la Tuberculose.

Section III : La lutte contre le VIH/Sida

Du fait de la croissance rapide de l'épidémie malgré sa faible prévalence, l'Etat s'est engagé à mettre en place le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida (PSN) pour affirmer sa volonté de maintenir en-dessous de 1% le taux de prévalence de cette maladie. Ce plan est dirigé sous l'égide d'un Comité National de Lutte contre le VIH/Sida(CNLS) rattaché à la Présidence de la République dont les fonctions principales sont d'une part de donner une orientation politique et stratégique au PSN et d'autre part d'assurer l'intégration de cette lutte dans les programmes de développement.

Le CNLS est décentralisé au niveau communal sous le nom de Comité Local de Lutte contre le VIH/Sida ou CLLS. Il est présidé par le maire de chaque commune qui est chargé de traduire le PSN en un plan local de lutte et de mobiliser les ressources locales pour assurer la mise en œuvre de celui-ci ainsi que d'assurer la coordination et le suivi de son exécution.

Chaque CLLS est sous la supervision d'une Unité de Coordination Régionale. La démarche de la réponse locale doit être le fruit de réflexion des membres de la commune en question pour lutter efficacement contre la maladie.

Le but de la lutte est d'arrêter la transmission du VIH/Sida afin de ⁶⁰maintenir la prévalence au dessous de 1 %. Il ne faut pas oublier que cette transmission est très liée au comportement sexuel de chaque individu qui compose la société. Tous les moyens mis en oeuvre pour lutter contre le VIH/SIDA devraient donc toujours être axés sur l'idée d'éviter les comportements à risque. Il faudrait atteindre les groupes à risque mais aussi tous les groupes actifs de la population.

Sur les trois principales maladies transmissibles à Madagascar, le VIH/Sida est celle qui est la plus pourvue de financement, particulièrement par le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose. Cela est dû au fait que la pandémie du VIH/Sida est considérée comme la plus grande crise de santé publique à l'échelle mondiale et donc elle a une forte implication politique. En effet, le programme de financement de la lutte contre le VIH/Sida est actuellement une priorité pour les pays en voie de développement, surtout en Afrique Subsaharienne. Le montant total des ressources destinées pour cette lutte dans ces pays est passé de ⁶¹ 300 millions USD à 8 milliards USD de 1996 à 2005.

⁶⁰ Ministère de la santé, Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les MST à Madagascar, Ministère de la Santé, 2005, p.5

⁶¹ Sida, financement de programme efficace, Banque Mondiale et IDA, Avril 2007, page 1

Etant donné qu'il n'existe pas de vaccin, la seule façon de prévenir l'infection est d'éviter les comportements sexuels à risque car la transmission du VIH se fait surtout par voie sexuelle dans ⁶²96.8% des cas, par voie périnatale pour 2.4% des cas et 0.8% par transfusion sanguine. Les stratégies de lutte sont donc des stratégies de prévention. Certes il y a déjà la prise en charge des personnes détectées séropositives par l'utilisation des ARV, mais l'augmentation de ce taux de détection dépend des stratégies de prévention comme l'incitation à se faire dépister à travers le CCC.

I. Stratégie de lutte : Stratégie de prévention

La « riposte nationale » se focalise sur les deux types de prévention à savoir la prévention primaire et la prévention secondaire dans la lutte contre le VIH/Sida.

1. La prévention primaire

La prévention primaire se définit comme l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas. La prévention primaire agit avant la survenue de la maladie.

1.1. La Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

La CCC vise à adopter une communication de masse pour mieux faire connaître la maladie à la population dans le but d'un meilleur changement de comportement pour prévenir les comportements sexuels à risque car la voie sexuelle est dans 96.8% des cas le mode de transmission du VIH, mais aussi dans le but d'une incitation à faire un dépistage.

Les informations à partager à la société portent sur les modes de transmission de la maladie, les rôles des IST sur cette transmission et les autres facteurs de transmission ainsi que les moyens et précautions pour se protéger de l'infection.

Elle met aussi à disposition des préservatifs soit par une distribution promotionnelle ou à titre gratuit pour renforcer le changement de comportement.

La CCC à travers les IEC concernant le VIH/Sida peut être faite soit par des centres sanitaires ou soit par des organisations communautaires de base.

⁶² Rapport ONUSIDA/OMS, décembre 2009. Source : www.onusida.org

1.2. Les mesures d'hygiène et de propreté

Elles concernent les matériels des centres sanitaires car elles peuvent être aussi des facteurs d'infection au VIH. Ces mesures impliquent que le matériel technique habituellement utilisé doit être systématiquement stérilisé avant emploi, que le port de gants en caoutchouc doit être obligatoire ainsi que l'utilisation des seringues jetables.

La qualité des soins infirmiers est un volet important. Le matériel technique utilisé présente un risque inhérent aussi bien pour le patient que pour le personnel de soins.

1.3. La distribution de préservatifs

L'emploi des préservatifs par la société repose essentiellement sur l'efficacité de la CCC car il faut d'abord convaincre les gens à les utiliser et même les enseigner sur le mode d'emploi si leur niveau d'éducation est très faible. Et de plus, comme il a un effet contraceptif, son utilisation risque de poser un problème à la communauté surtout en milieu rural vu les mœurs qui considèrent les enfants comme richesse. Le condom assure une protection sûre contre les IST et le VIH/Sida lorsqu'il est correctement utilisé.

2. La prévention secondaire

Elle englobe tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. La prévention secondaire a lieu lors de la maladie, ce qui signifie donc le traitement. Cependant le traitement contre le VIH/Sida n'existe pas encore, alors la réduction de la prévalence des IST est la prévention secondaire car ces dernières sont des facteurs favorables à l'infection au VIH/Sida. L'efficacité de la lutte contre les IST repose en grande partie sur le traitement correct de tous les individus dépistés. En conséquence, les médicaments doivent être disponibles et les services de soins accessibles notamment dans les zones rurales car elles peuvent compromettre la prise en charge thérapeutique correcte des personnes dépistés.

II. Limites des stratégies de lutte

Il est nécessaire de voir un rapport coût-avantage au niveau des ménages concernant le dépistage de la maladie et l'utilisation d'un préservatif.

En effet, dans les centres sanitaires, seules les personnes détectées séropositives sont prises en charge gratuitement par l'intermédiaire des Anti-Rétroviraux (ARV). Or, étant donné que les gens ne sont pas suffisamment informés et donc intéressés sur la maladie, ils n'iront pas jusqu'à allouer une part des ressources de leur maigre revenu pour aller faire un dépistage puisqu'ils ne savent pas les avantages d'aller se faire dépister pour eux et pour la société

toute entière vu qu'ils manquent d'information. Les ménages font un rapport coût de dépistage et avantage du dépistage.

Concernant le préservatif, étant donné qu'il a un effet contraceptif qui est contraire aux habitudes de pensée malagasy comme « Harena ny Zanaka » ou « Miteraha fitolahy fitovavy », son coût est élevé pour les ménages par rapport à l'avantage qu'il procure. En effet, avec un seuil de pauvreté de 836 Ar en moyenne par jour et avec un coût unitaire de 100 Ar le paquet de 3 préservatifs, les ménages surtout ceux qui se situent sur cette ligne de pauvreté n'achèteront jamais le préservatif vu son coût par rapport à leurs revenus et d'ailleurs le désavantage de son effet contraceptif.

-En outre, le matériel médical que dispose le système de santé est incomplet et vétuste. Ce qui a un impact négatif sur l'efficacité de la prévention secondaire car les IST peuvent être mal dépistés ou bien les individus affectés sont traités non correctement. A ceci s'ajoute d'une part l'inaccessibilité aux médicaments ou la rupture de stock disponible et d'autre part le non respect des mesures d'hygiène et de propreté de l'équipement médical.

III. Recommandations pour une meilleure efficacité des stratégies de lutte

Il faut reconsidérer la prise en charge gratuite, c'est-à-dire il faut fournir aussi des services médicaux de dépistage gratuits pas forcément pour toute la population mais pour la couche la plus vulnérable de la société qui n'a pas les moyens financiers car cela va augmenter le nombre de cas de séropositivité détectés et ainsi améliorer l'efficacité de la lutte.

Par ailleurs, pour réviser le coût avantage de l'utilisation du préservatif par les ménages, il faut que toute distribution de préservatif soit faite à titre gratuite car le coût de celui-ci, soit de 12% de son revenu journalier, est assez élevé pour les ménages les plus vulnérables vu qu'ils ne trouvent aucun avantage qu'il procure alors que ce sont ces derniers qui sont la proie la plus facile à l'infection au VIH. Et il faut bien appuyer lors de la CCC à travers les séances d'IEC que l'effet contraceptif se présente comme un avantage non pas comme un inconvénient du fait que la pauvreté augmente plus avec le nombre de bouches à nourrir et non pas l'inverse. La Communication pour le Changement de Comportement doit toujours être révisée et suivie par une évaluation pour plus d'efficacité car une habitude de pensée d'une société ne se change pas assez facilement.

Pour avoir une plus grande efficacité du CCC, c'est-à-dire pour un meilleur changement de comportement (y compris l'utilisation d'un préservatif) et pour une incitation au dépistage, il est nécessaire de faire d'abord un questionnaire sur un échantillon représentatif de la population ou des groupes cibles sur les sujets que ces derniers veulent élucider à propos de la maladie et que ces sujets doivent faire l'objet de priorité à aborder lors des séances d'IEC.

Le système de santé doit être renforcé en équipement médical car notre pays manque considérablement de matériel d'autant plus que la totalité est importée. Mais il est nécessaire aussi de revoir l'accessibilité aussi bien financièrement que géographiquement des ménages aux services sanitaires.

Conclusion partielle Partie II

La volonté de Madagascar de lutter contre ces trois principales maladies transmissibles qui se manifestent comme une caractéristique de la pauvreté se fait sentir par l'utilisation de ces plusieurs stratégies respectives et dont les résultats sont assez bons jusqu'à l'heure actuelle. Seulement, elles présentent des limites et doivent donc être améliorées pour une meilleure efficacité de celles-ci afin que la lutte contre ces trois fléaux constitue vraiment une amélioration vers la réduction de la pauvreté.

Conclusion Générale

Les maladies transmissibles constituent un grand obstacle en matière de santé car elles affectent beaucoup le capital humain de par la gravité de la maladie et sa transmission. La lutte contre ces trois fléaux est un très grand pas vers le développement socio-économique de Madagascar. Cependant, la Santé n'est pas le seul pilier du développement. Elle n'est qu'une condition initiale et nécessaire aux autres facteurs tels que l'éducation et la croissance de la productivité agricole par exemple. En effet, une population en bonne santé a la capacité d'acquérir des connaissances et de favoriser par la suite le progrès technique, élément capital du développement économique, mais aussi de pouvoir augmenter la productivité du secteur primaire pour Madagascar qui abonde en main d'œuvre.

Dans tous les processus de développement, la santé tient une place importante. Elle joue un rôle déterminant dans la réalisation des objectifs de développement et dans l'atteinte du bien-être. En effet, une bonne santé accroît, chez les individus, la capacité d'agir, elle influe sur le niveau de la productivité et donc détermine la hausse de la production ainsi que la croissance économique. Tout travail humain qu'il soit d'ordre intellectuel ou d'ordre manuel nécessite une bonne santé pour être efficace. Une meilleure santé valorise le capital humain du fait qu'elle le rend fort et capable. Elle constitue donc une première condition du succès d'une action. Améliorer la santé de la population signifie augmenter l'espérance de vie de chacun, renforcer les forces de travail de la population active et réduire le nombre des enfants orphelins qui constitueront non seulement une charge publique qui pèsera lourd pendant plusieurs années mais aussi un avenir incertain car ces enfants formeront la génération future du pays. Préserver la santé prend donc largement part aux actions de développement. La lutte efficace contre ces trois principales maladies transmissibles, le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/Sida, qui subsistent encore à Madagascar est une grande contribution pour une réduction tangible de la pauvreté. Le système de santé est le pilier de l'efficacité de la lutte contre ces maladies transmissibles.

BIBLIOGRAPHIE

1) Manuels et ouvrages

- ECOLE DE SANTE PUBLIQUE de la Faculté de Médecine de l'Université Henri Poincaré, Nancy 1, *Economie de la santé dans les pays en développement*, Equipe d'enseignement de l'école de santé publique de la Faculté de Médecine de l'Université Henri Poincaré, Nancy, 4^{ème} trimestre 2003, 269 p
- Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. 2010. *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar : INSTAT et ICF Macro. Avril 2010, 474 p
- Institut National de la Statistique (INSTAT), « Enquête Périodique auprès des Ménages 2005 », Direction de Statistiques des Ménages, Juin 2006, 235 p
- Manuel du Programme National Tuberculose à Madagascar. Ministère Santé, du Planning familial et de la protection sociale. Division Tuberculose, 2007, 40 p
- Ministère de la santé, « Politique Nationale de Santé », Ministère de la santé, version juin 2005, 47 p
- Ministère de la Santé, du Planning familial et de la Protection sociale, « Du contrôle vers l'élimination du paludisme à Madagascar : Extension et consolidation des zones indemnes du paludisme 2007-2012 ». 2007, 54 p
- Ministère de la Santé. Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les MST à Madagascar, Ministère de la santé, 2005, 48 p
- Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport national 2007. Système des Nations Unies. 2007, 124 p
- Plan d'Action Madagascar 2007-2012, 112 p
- Repoblikan'i Madagasikara Tanindrazana – Fahafahana – Fandrosoana « *Madagascar Action Plan* », 2008, 112p.
- Repoblikan'i Madagasikara Tanindrazana – Fahafahana – Fandrosoana « *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté ou DSRP* » Juin 2005, 98 p
- Repoblikan'i Madagasikara Tanindrazana-Fahafahana-Fandrosoana, Rapport Annuel de Mise en Œuvre, DSRP, TOME II, Janvier-Décembre 2004, 117 p
- Système des Nations Unies, Rapport National de suivi des OMD Madagascar, 2007, 124 p

2) Revues, Publications et autres

- Becker Gary S, 1993, « Human Capital », *Alternatives Economiques*, vol. 22, No 3, pp 3-42
- BLOOM David E. and CANNING David, 2000, “The Health and Wealth of Nations”, *Journal of Economic Perspectives*, vol.17, No.3, pp 9-46
- Nations Unies. Réunion de haut niveau sur les OMD, New York, 25 Septembre 2008, 2 p
- RAMAROKOTO Daniel, « La pauvreté à Madagascar : Etat des lieux, réflexions sur les politiques de réduction et leur mise en œuvre », DSRP Intérimaire de Madagascar, 5 p
- RATSIMANDRESY Zo, « Fiche de synthèse-Secteur santé à Madagascar 2007 », *Missions Economiques*, 16 juillet 2007, pp 1-5
- Schultz Théodore, 1961, « Investment in Human Capital », *The American Economic Review*, vol.51, No.1, pp 1-17
- ULMANN Philippe, 2003, « La Santé dans les modèles de croissance : Bilan et Perspectives », *Revue économique*, vol.44, No.5, pp 1-26
- Quotidien La Vérité à Madagascar, Lutte contre la Tuberculose-Sensibilisation intensive au diagnostic, Juillet 2009, 2 p
- WEIL David, 2007, “Accounting for the Effect of Health on Economic Growth”, *The quarterly Journal of Economics*, vol.22, No.3, pp 69-75

WEBOGRAPHIE

- <http://ecoetsante2010.free.fr>
- <http://www.un.org/french/millenniumgoals>
- <http://www.sida-entreprises.org>
- <http://www.unicef.org>
- <http://www.worldbank.org>
- <http://www.globalfund.org>
- <http://www.onusida.org>

ANNEXES

Annexe I : Répartition des ressources humaines du Ministère de la Santé

	Entités	Effectif	Pourcentage
Offre de soins	CHU	2156	21.89%
	CHRR	1776	18.03%
	CHD 1	580	5.89%
	CHD 2	601	6.1%
	CSB 1	808	8.20%
	CSB 2	3925	39.86%
Total		9846	100%

Source : Service des Statistiques Sanitaires, 2009

Annexe II: Evolution du ratio en personnel de santé de 2006 à 2008

Ratios	2006	2007	2008
Ratio pop pour un Médecin public	1/5598	1/5281	1/4981
Ratio pour un dentiste public	1/91944	1/95941	1/88640
Ratio pour un infirmier public	1/6370	1/1549	1/1715

Source : Service des Statistiques Sanitaires, 2009

Annexe III : Motif de Non Consultation

	Pas grave	Problème financier	Eloignement	Inutile	Ne veut pas	Autres	Non concerné	Total
Ensemble	54.9%	22.9%	9%	4.5%	4.8%	3.8%	0.3%	100%

Source : INSTAT/DSM/EPM/2005

Annexe IV : Evolution des indicateurs d'accessibilité aux soins de 2006 à 2008

Indicateurs	2006	2007	2008
Taux de fréquentation hospitalière	0.6%	0.6%	0.6%
Taux d'occupation moyenne des lits	34.9%	39.4%	34.1%
Taux d'utilisation des consultations externes des CSB	37.68%	38.19%	38.42%
Taux d'utilisation des consultations prénatales	68.7%	72.8%	74.7%

Source : INSTAT/DSM/EPM/2005

Annexe V : Degré de réalisation de la cible 8 (Paludisme)

Cible	Indicateurs	Situation de réalisation			Degré d'atteinte de l'objectif en 2015
		2004	2005	2006	
Cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le Paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle	Taux de prévalence du paludisme	18%	16.8%	15%	Potentiellement
	Taux de mortalité liée au paludisme	6.9%	5.6%	4.2%	

Source : Rapport National de suivi des OMD Madagascar, 2007

Annexe VI : Degré de réalisation de la cible 8 (Tuberculose)

Cible	Indicateurs	Situation de réalisation			Degré d'atteinte de l'objectif en 2015
		2004	2005	2006	
Cible 8: D'ici 2015, avoir maîtrisé le Paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	113	118	122	Probablement
	Taux de létalité liée à la tuberculose	6%	6%	6%	
	Taux de guérison de la maladie	71%	75%	78%	

Source : Rapport National de suivi des OMD Madagascar, 2007

Annexe VII : Degré de réalisation de la cible 7 (VIH/Sida)

Cible	Indicateurs	Situation de réalisation			Degré d'atteinte de l'objectif en 2015
		2004	2005	2006	
Cible 7 : D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et commencé à inverser la tendance actuelle	Taux de séropositivité chez les femmes enceintes	0.6%	0.09%	0.06%	Probablement
	Taux d'utilisation d'un préservatif lors d'un dernier rapport sexuel à haut risque chez les hommes	12%	12%	12%	
	Taux d'utilisation d'un préservatif lors d'un dernier rapport sexuel à haut risque chez les femmes	5%	5%	5%	
	Proportion de la population infectée ayant accès aux médicaments antirétroviraux	ND	ND	138	

Source : Rapport National de suivi des OMD Madagascar, 2007

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Structure de la consommation des ménages par grands postes (Unité en %).....12

Tableau II : Evolution du Budget de l'Etat alloué à la santé13

Tableau III : Financements externes et internes prévus pour le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) durant la période 2007-2011.....14

LISTE DES FIGURES

Figure I : Les principales sources de financement de la santé à Madagascar.....12

Figure II : Evolution de l'épidémie du VIH/Sida de 1989 à 200330

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
Partie I : Le système sanitaire à Madagascar	2
Chapitre I : Revue de la littérature sur la Santé	2
Section I : Appréciation des Théoriciens	2
I. Schultz Théodore W. (1961).....	2
II. Becker Gary S. (1993)	3
III. Chevry Pierre (2003).....	3
IV. Ulmann Philippe (2003).....	4
V. Bloom et Canning (2000).....	4
VI. Weil David (2007)	5
Section II : Concepts globaux de santé publique	6
I. Définition de la santé publique	6
II. Les 3 critères d'importance d'un problème de santé publique.....	6
III. La politique de santé publique	6
IV. Les objectifs en santé publique	7
V. Les douze maladies prioritaires en santé publique.....	7
VI. La santé communautaire.....	7
Chapitre II : Organisation du système de santé malgache.....	7
Section I : Etat des lieux du système de santé malgache.....	7
I. L'Offre de soins.....	8
1. Les ressources matérielles.....	8
1.1. Les infrastructures sanitaires	8
1.1.1. L'échelon périphérique	8
1.1.2. L'échelon intermédiaire	9
1.1.3. L'échelon central.....	9
1.2. Les médicaments et consommables médicaux	10

2.	Les ressources humaines	10
II.	La Demande de soins.....	11
III.	Le Financement des soins	11
1.	Le secteur privé	12
2.	Le secteur public.....	13
3.	Le reste du monde.....	13
Section II : Les différents programmes dans le système de santé malgache.....		14
I.	Le Programme de survie de la mère et de l'enfant.....	14
1.	La Maternité à moindre risque.....	15
2.	Le Planning Familial	15
3.	Le Programme de santé de l'enfant	16
4.	Le programme de santé scolaire	16
5.	Le programme de lutte contre la malnutrition	16
II.	Le Programme de lutte contre les maladies	17
1.	Le programme de lutte contre les maladies transmissibles.....	17
1.1.	Le programme de lutte contre le paludisme	17
1.2.	Le programme de lutte contre la tuberculose.....	17
1.3.	Le programme de lutte contre les IST et le VIH/Sida.....	18
2.	Le programme de lutte contre les maladies non transmissibles	18
III.	Le Programme de protection de la santé et promotion de comportements sains	19
1.	L'hygiène et l'assainissement	19
2.	Le contrôle de la qualité des denrées alimentaires	19
3.	La santé au travail.....	19
4.	La gestion des risques et catastrophes.....	20
5.	La lutte contre la toxicomanie et l'alcool	20

6. La promotion de la santé.....	20
IV. Le programme de Renforcement du système de santé.....	20
Chapitre III : Analyse SWOT du système de santé malgache.....	21
Section I : Les Forces du système de santé malgache.....	21
I. Les ressources matérielles	21
1. Les infrastructures sanitaires.....	21
2. Les médicaments et consommables médicaux.....	21
II. Les ressources humaines.....	22
III. Les ressources financières.....	22
Section II : Les Faiblesses du système de santé malgache.....	22
I. Les ressources matérielles	22
1. Les infrastructures sanitaires.....	22
2. Les médicaments et consommables médicaux.....	23
II. Les ressources humaines.....	23
III. Les ressources financières.....	24
Section III : Les Opportunités du système de santé malgache	24
Section IV: Les menaces du système de santé malgache	24
Partie II : Vers une plus grande efficacité des stratégies de lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/Sida	25
Chapitre I : Pauvreté et Santé : 2 volets indissociables	25
Section I : Situation générale de la pauvreté à Madagascar.....	25
I. Les indicateurs monétaires	26
1. Le revenu	26
2. La consommation	26
II. Les indicateurs non monétaires	27
1. Indicateurs éducationnels	27
2. Indicateurs sanitaires.....	27

Section II : Manifestation de la pauvreté dans le secteur santé.....	28
I. Le Paludisme à Madagascar	28
II. La Tuberculose à Madagascar	29
III. Le VIH/Sida à Madagascar	30
Chapitre II : Madagascar face à l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement	31
Section I : Engagement de Madagascar à travers le DSRP et le MAP	32
I. Engagement de Madagascar à travers le DSRP.....	32
1. Le DSRP	32
2. Les politiques de santé retracées dans le DSRP	32
3. La politique de lutte contre le Paludisme.....	33
4. La politique de lutte contre la Tuberculose.....	34
5. La politique de lutte contre le VIH/Sida	34
II. Engagement de Madagascar à travers le MAP	35
1. Le Madagascar Action Plan.....	35
2. La politique de santé retracée dans le MAP.....	35
3. La politique de lutte contre le Paludisme et la tuberculose	36
4. La politique de lutte contre le VIH/Sida	36
Section II : Résultats de l'objectif 6 des OMD à Madagascar et défis à relever avant échéance	37
I. Résultats au niveau international	37
1. Paludisme	37
1.1. Résultats de la lutte contre le Paludisme	37
1.2. Défis restant à relever concernant la lutte contre le Paludisme	38
2. Tuberculose	38
2.1. Résultats de la lutte contre la Tuberculose	38
2.2. Défis restant à relever concernant la lutte contre la Tuberculose	39

3.	VIH/Sida	39
3.1.	Résultats de la lutte contre le VIH/Sida	39
3.2.	Les défis restant à relever concernant la lutte contre le VIH/Sida	40
II.	Résultats au niveau national	40
1.	Paludisme	40
1.1.	Résultats de la lutte contre le Paludisme (cf. Annexe V).....	40
1.2.	Défis restant à relever concernant la lutte contre le Paludisme	41
2.	Tuberculose	41
2.1.	Résultats de la lutte contre la Tuberculose (cf. Annexe VI).....	41
2.2.	Défis restant à relever concernant la lutte contre la Tuberculose	41
3.	VIH/SIDA	42
3.1.	Résultats de la lutte contre le VIH/Sida (cf. Annexe VII)	42
3.2.	Défis restant à relever concernant la lutte contre le VIH/Sida.....	43
	Chapitre III : Vers une amélioration de la lutte contre les maladies transmissibles.....	43
	Section I : La lutte contre le Paludisme	43
I.	Stratégies de lutte	43
1.	Les stratégies techniques	44
1.1.	La prise en charge des cas (PEC)	44
1.2.	La prévention individuelle et collective	44
1.2.1.	L'Aspersion Intra Domiciliaire (AID) et le Moustiquaire à Imprégnation Durable (MID).....	44
1.2.2.	Le Traitement Préventif Intermittent	45
1.2.3.	La Lutte antilarvaire	45
1.3.	La prévention et le contrôle des épidémies	45
1.4.	La mobilisation sociale et communautaire	45
2.	Les stratégies de soutien	45

II.	Limites des stratégies de lutte	46
III.	Recommandations pour une meilleure efficacité des stratégies de lutte.....	46
Section II : La Lutte contre la Tuberculose		47
I.	Stratégie de lutte : Stratégie DOTS	48
II.	Limites de la stratégie de lutte.....	48
III.	Recommandations pour une meilleure efficacité de la stratégie de lutte	50
Section III : La lutte contre le VIH/Sida.....		51
I.	Stratégie de lutte : Stratégie de prévention	52
1.	La prévention primaire	52
1.1.	La Communication pour le Changement de Comportement (CCC)	52
1.2.	Les mesures d'hygiène et de propreté.....	53
1.3.	La distribution de préservatifs.....	53
2.	La prévention secondaire	53
II.	Limites des stratégies de lutte	53
III.	Recommandations pour une meilleure efficacité des stratégies de lutte.....	54
Conclusion Générale		56

Nom : R AFIDIMANANTSOA

Prénoms : Herizo Stephan

Titre : « La lutte contre les maladies transmissibles : vers une amélioration de la lutte contre la pauvreté. Cas de Madagascar »

Nombre de pages : 56

Nombre de tableaux : 3

Nombre de graphiques : 1

Nombre de schémas : 1

Résumé:

Face au défi du Développement, Madagascar est dans l'obligation de promouvoir le développement social, notamment à travers la santé. Il ne peut y avoir de développement économique avec un capital humain, en forte abondance pour notre pays et donc facteur principal de notre croissance économique, mais vulnérable aux maladies. Mission est pour Madagascar de lutter contre les maladies transmissibles, notamment le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/Sida, à travers des stratégies de lutte efficaces, car celles-ci de par leur gravité et de leur incidence, constitue un grand obstacle au développement socio-économique.

Mots clés: Paludisme, Tuberculose, VIH/Sida, développement socio-économique, système de santé, stratégies de lutte, efficacité.

Encadreur: Monsieur Zo RAKOTOSEHENO

Adresse de l'auteur: Lot II N 126 Bis Anjanahary Antananarivo 101

Contact tél : 033 41 203 92

Contact e-mail : Zaddy@hotmail.fr