

### **Petit rappel sur l'évolution de la santé à Madagascar ?**

- avant la colonisation, médecine traditionnelle
- puis apport de la médecine moderne dans le pays
- construction rapide de grands hôpitaux non adaptés
- équipes mobiles dans les villages peu nombreuses
- soins inaccessibles aux ruraux
- soins inaccessibles aux personnes sans argent
- ⇒ remise en cause du système
- à l'indépendance, déresponsabilisation des gouvernements et destruction du tissu médical existant car trop cher à entretenir

### **Impact de la crise 2009-2013 sur les différents secteurs<sup>2</sup>**

- **Avec une économie au point mort, le revenu par habitant a chuté** : Madagascar a connu une forte croissance démographique (2,9%), la population ayant augmenté de plus de 3 millions de personnes de 2008 à 2013. Avec un revenu national qui stagne, le revenu par habitant en 2013 est retombé à son niveau de 2001.
- **La pauvreté a fortement augmenté**: Les premières estimations indiquent que, de 2008 à 2013, la proportion de la population vivant sous le seuil de pauvreté (qui était déjà élevée avant la crise) a sans doute augmenté de plus de 10 points de pourcentage. Aujourd'hui, plus de 92% de la population vit avec moins de 2 dollars PPA (parité de pouvoir d'achat) par jour ce qui fait de Madagascar l'un des pays les plus pauvres au monde.
- **Les indicateurs sociaux se sont détériorés** : en dépit de l'aide liée à la crise dans les secteurs sociaux, selon les estimations le nombre d'enfants non scolarisés a peut-être augmenté de plus de 600.000. La malnutrition aiguë des enfants reste un problème critique. Dans certaines zones, elle a augmenté de plus de 50%. De nombreux centres de soins de santé ont été fermés, et les parents pauvres ont dû assumer une lourde part du coût de scolarisation de leurs enfants, en raison de la défaillance du financement étatique. Cette évolution hypothèque le bien-être des générations futures
- **L'aide étrangère reste en sourdine**: L'aide officielle sur la période 2009-13 a chuté d'environ 30%, avec une proportion importante transférée vers des programmes humanitaires, ce qui soulève la question de leur pérennité.

---

<sup>1</sup> Ayant lu le rapport 2012 du projet je me permets une remarque qui expliquera quelques divergences. Le projet tel qu'il est fait a une base professionnelle. De mon côté, j'ai voulu tenir compte du projet actuel et de son développement en termes techniques purs basé sur mon expérience dans le domaine du développement et de la gestion de tels projets et de leur pérennité.

<sup>2</sup> Banque Mondiale

### Situation sanitaire présente dans le pays <sup>3</sup>

Sur le plan socio-économique, Madagascar était classé 143ème sur 177 pays évalués pour l'indice de développement humain (IDH) en 2005 qui était de 0,533. Le PIB par habitant était estimé à US \$923 en 2005, mais avec un taux de pauvreté de l'ordre de 66,3 % en 2007. Quoique les maladies liées aux modes de vie connaissent une certaine progression, la situation sanitaire reste caractérisée par une prévalence élevée des maladies transmissibles et une mortalité maternelle élevée qui est de 469/100 000 naissances vivantes. Le niveau de mortalité infanto-juvénile qui était passé de 159 pour mille en 1997 à 94 pour mille en 2004 demeure encore préoccupant. La performance du système de santé est également limitée avec près de 65 % de la population situés à moins de 5 km d'une formation sanitaire, un taux d'utilisation des services de santé de base publics de moins de 50 % et une répartition inadéquate du personnel de santé, illustrée par le fait que 41 % du personnel s'occupent de 21 % de la population.

Malgré un ratio personnel/population en 2005 relativement satisfaisant, respectivement de 1,7/10 000, 0,8/5 000 et 0,75/5 000 pour les médecins, les infirmiers et les sages-femmes, il apparaît que les régions rurales restent très défavorisées. 60 % des paramédicaux travaillent en milieu rural alors que 72 % des médecins travaillent en ville.

En matière de financement, la santé est financée à 32 % par le secteur public, 36 % par les bailleurs de fonds et 32 % par le secteur privé, y compris les ménages. Par rapport aux services fournis dans le secteur, la part des services de prévention et de santé publique représente 28 % des dépenses totales de santé <sup>4</sup>.

*Quelques données importantes sur la situation sanitaire dans le pays <sup>5</sup>:*

Mortalité infantile (2 sexes) pour 1000 naissances vivantes	76/1000	
Mortalité maternelle/100.000	550	
Espérance de vie (HALE) hommes / femmes	47 /50	
Accès à des sources d'eau améliorées	rural	34%
	urbain	75%
Accès eau d'assainissement	rural	27%
	urbain	49%
Dépenses personnelles en pourcentage des dépenses privées pour la santé	91,7%	

#### *Tissu sanitaire dans la région de Tsiroanomandidy*

Un hôpital public a Tsiroanomandidy, peu accessible aux populations pauvres (distance et coût des soins) et surtout ne possédant pas toutes les compétences nécessaires à la région.

Impossibilité pour la majorité des habitants de la région d'aller se faire soigner à la capitale (transport, coût, qualité des soins, corruption des services)

Présence de différentes institutions de soins n'utilisant pas les mêmes critères de traitement et de paiements ;

- Dispensaires officiels CSB

<sup>3</sup> Données OMS 2008

<sup>4</sup> Comptes nationaux de santé 2003

<sup>5</sup> Données OMS

- Dispensaires religieux des différentes congrégations présentes dans la région
- Présence de médecins privés dans certains villages et dans Tsiroanomandidy
- Pharmacies « officielles »
- Points de vente de médicaments dans de nombreux villages, (épiceries, clandestins)
- Sages-femmes traditionnelles (matrones) dans certains villages, non formées depuis longtemps. (environ 60% ont reçu une formation préalable)
- Agents de Santé Communautaires formés dans le passé mais apparemment inactifs maintenant

Il y a eu, dans le passé, un système de santé au niveau des villages par les agents de santé communautaire ainsi que les sages-femmes traditionnelles formées. Cette présence semble avoir disparu ou est négligée par le système de santé régional.

### **Que faire pour améliorer la santé?**

Les soins de santé primaires ont été proposés il y a trente ans sous la forme d'une série de valeurs, de principes et d'options visant à élever le niveau de santé des populations démunies. Dans tous les pays ils offraient le moyen d'assurer un accès plus équitable aux soins de santé et de mieux utiliser les ressources. Les soins de santé primaires s'inspiraient d'une vision globale de la santé qui allait bien au-delà d'un modèle médical étroit. Ils considéraient que la mauvaise santé et la maladie avaient de nombreuses causes sur lesquelles le secteur sanitaire n'avait aucune prise et qu'il convenait de les aborder sous un angle plus large impliquant la société dans son ensemble. Cela devait permettre d'atteindre plusieurs objectifs: une meilleure santé, moins de maladie, plus d'équité et une amélioration considérable de la performance des systèmes de santé.

*Une grande partie des ressources est dépensée en services curatifs, négligeant la prévention et la promotion de la santé, qui sont pourtant susceptibles de réduire de 70% la charge de morbidité mondiale. Bref, les systèmes de santé sont injustes, éclatés, inefficaces et moins performants qu'ils pourraient l'être.*

### **Quelles sont les composantes des SSP ?**

*« Avant toute chose, les soins de santé primaires offrent le moyen d'organiser la gamme complète des soins, du foyer à l'hôpital, en donnant autant d'importance à la prévention qu'à la guérison et en investissant les ressources de manière rationnelle aux différents niveaux de soins.<sup>6</sup> »*

1. Une éducation sur les méthodes de prévention et de lutte contre les principaux problèmes de santé ;
2. la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
3. un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ;
4. la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
5. la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
6. la prévention et le contrôle des endémies locales ;
7. le traitement des maladies et lésions courantes ;
8. la fourniture de médicaments essentiels.

### **Quelles sont les composantes du projet dispensaire annexe d'Ambouidahy ?**

- des séances de sensibilisation à certains problèmes de santé des femmes et hygiène

---

<sup>6</sup> M. Chang Lancet

- traitement des maladies et lésions courantes
  - transfert des cas graves à Anatananarivo
- fourniture de médicaments essentiels
  - prix des médicaments vendus 10% au-dessus de leur prix d'achats
  - soutien des malades ne pouvant payer leurs examens complémentaires
- un projet d'eau potable et amélioration assainissement dans un village a aussi été fait

### **Problèmes rencontrés**

1. Le dispensaire annexe d'Ambohidahy n'est pas reconnu administrativement par les autorités sanitaires de la région et appartient aux pères trinitaires qui ont donné une pièce au projet pour travailler. C'est un dispensaire annexe de celui des sœurs trinitaires situé à Tsiroanomandidy.
2. Dans la situation actuelle, différence de conception des activités de santé entre le dispensaire catholique (dispensaire agréé par les autorités sanitaires) tenu par des sœurs trinitaires et celui du projet, il est difficilement envisageable une extension des activités partant de ce dispensaire annexe
3. Relation technique inexistante (malentendu) avec l'autre dispensaire catholique des sœurs trinitaires (Tsaras qui équivaut à un CSB.1, pas de vaccinations). Pour le moment le premier jeudi du mois, le dispensaire catholique de Tsaras vient faire les vaccinations à Ambohidahy.<sup>7</sup>
4. Différence dans l'interprétation de la pauvreté et du paiement des soins. D'où découle un conflit relatif au financement et à son utilisation. (pérennité du projet ?)
5. Manque de définition claire des objectifs pour ce projet et par conséquent du développement d'un plan stratégique avec les activités à mettre en place à moyen terme et à plus long-terme ?
6. Indicateurs de base et de progrès à définir.
7. Rôle exact du conseil d'administration (CA) de l'association créée pour gérer le projet (partie santé, partie sociale et partie culturelle). Est-ce lui qui décide des priorités et interventions ?
8. Coexistence d'un projet humanitaire (santé) avec un projet social et un projet culturel (générateur de fonds potentiel) pouvant prêter à confusion. Une division claire des responsabilités et de la gestion doivent être faite pour éviter tout malentendu, tout cela en accord avec le CA.
9. Absence de clarté dans la gestion des fonds générés par la partie santé.

### **Recommandations**

#### Management

1. Effectuer une analyse AFOM du projet. <sup>8</sup> Le but de l'analyse est de prendre en compte dans la stratégie, à la fois les facteurs internes et externes, en maximisant les potentiels des

---

<sup>7</sup> Ambohidahy était prévu comme CSB2

<sup>8</sup> AFOM (Atouts – Faiblesses – Opportunités – Menaces) est un outil d'analyse stratégique. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un secteur, etc. avec celle des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement.

forces et des opportunités et en minimisant les effets des faiblesses et des menaces. L'analyse AFOM permet d'identifier les axes stratégiques à développer.

2. Inclure un représentant des trinitaires parmi les membres de l'Association,
3. Développer avec le CA de l'Association une vision claire et commune du projet santé avec un but et des objectifs précis <sup>9</sup> et un plan d'action avec activités (indicateurs de base et de progrès) pour chaque année afin de suivre l'évolution et être capable de le présenter à des donateurs potentiels. Préparer une « concept note » du projet qui explique la situation sanitaire, les besoins identifiés, les réponses proposées et la vision à moyen et long-terme. ((J'ai vu le rapport annuel 2012 et il est nécessaire de préparer une version condensée avec les objectifs et activités des projets clairement définis et facilement compréhensibles.) Cette concept note peut être distribuée à des donateurs potentiels,
4. Rechercher un consensus lors de prise de décision au niveau du CA.
5. Décrire les responsabilités et activités pour les postes de travail de chaque employé du projet.
6. Gestion financière du projet, audit annuel

#### Prioritaires, à court terme (2014)

1. Finaliser avec les pères trinitaires (propriétaires du dispensaire) et les autorités de santé de la région quels types de services de santé, prévention et au niveau communautaire, peuvent être ajoutés et obtenir une certification de ce dispensaire annexe comme CSB.
2. Initier avec les villages fréquentant le dispensaire, la création de comités de santé de village, puis identifier une personne (existante et déjà formée antérieurement ?) qui pourrait être (re)formée comme Agent de Santé Communautaire (ASC) et résiderait dans le village (possibilité d'utiliser la personne responsable des activités religieuses dans le village ???)
3. Donner une formation sanitaire de base et la capacité de reconnaître les signes de danger d'une maladie demandant la visite à un médecin dans un délai bref (pour ne pas attendre des semaines avant de consulter), possibilité de leur donner SRO et paracétamol ou matériel de désinfection des plaies. Ils animeront des sessions de santé/hygiène dans les villages. Pas de paiement nécessaire mais, si possible l'octroi d'une bicyclette pour les rendre capable de venir régulièrement rapporter leurs activités au dispensaire.
4. Résoudre le différend relatif au paiement des consultations. Une solution doit être trouvée afin de ne pas « favoriser » la population allant au dispensaire annexe par rapport aux autres dispensaires. La communauté villageoise doit identifier les indigents (ASC) et donner une liste au dispensaire, régulièrement remise à jour. Envisager la possibilité d'utiliser les représentants de l'Eglise dans les villages dans ce but.
5. Développer un protocole pour les transferts à l'hôpital public d'Antananarivo. (convention pour l'hôpital public avec l'Association Anima). Désigner une personne responsable des transferts sur Tana de Tsirou. (devant accompagner les malades par taxi-brousse et leur faciliter l'entrée à l'hôpital). Pour suivre les malades transférés, il serait

---

<sup>9</sup> Je propose un objectif général qui peut facilement être étendu à toutes les activités nécessaires qui seront développées dans un cadre d'accès à des soins de santé primaire avec la participation de la communauté.

*« Rendre les soins de santé primaires accessibles à un coût que la communauté peut assumer dans les villages desservis par le dispensaire d'Ambohidahy ».*

utile d'avoir une personne à Tana qui joigne les malades et informe le responsable du projet.

## Long-terme (2015)

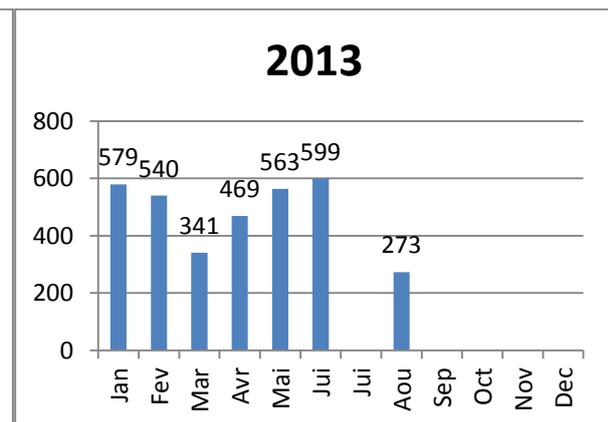
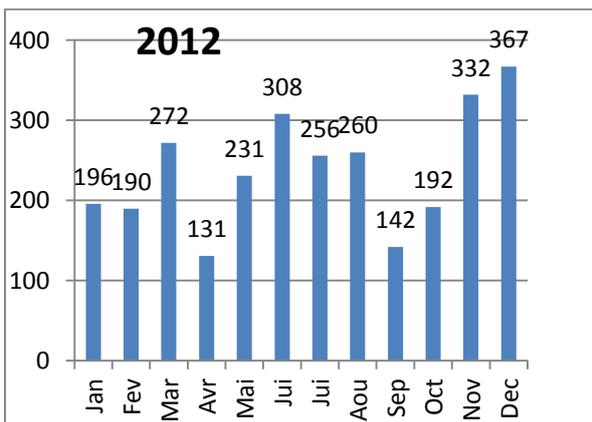
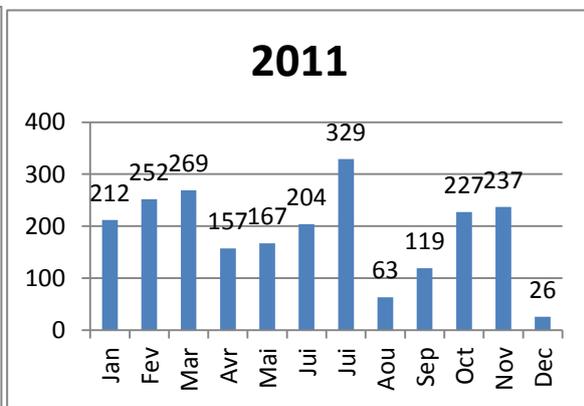
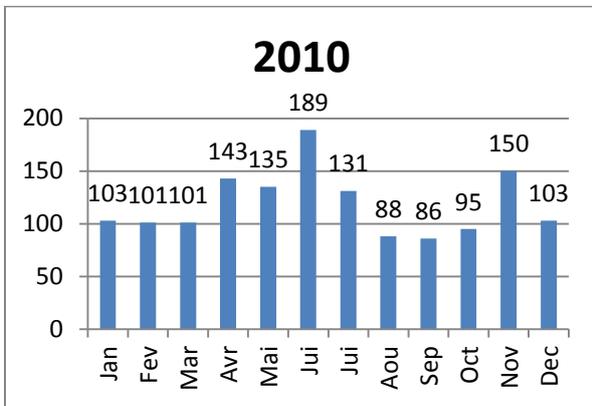
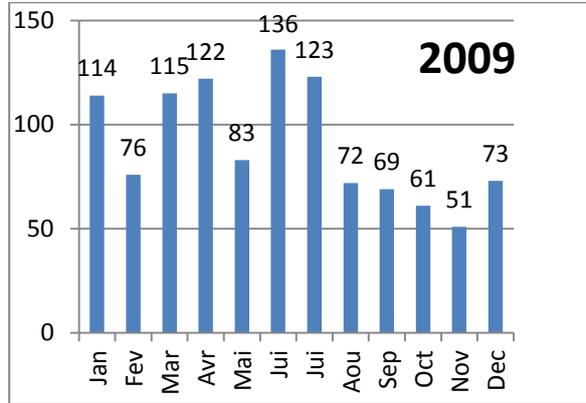
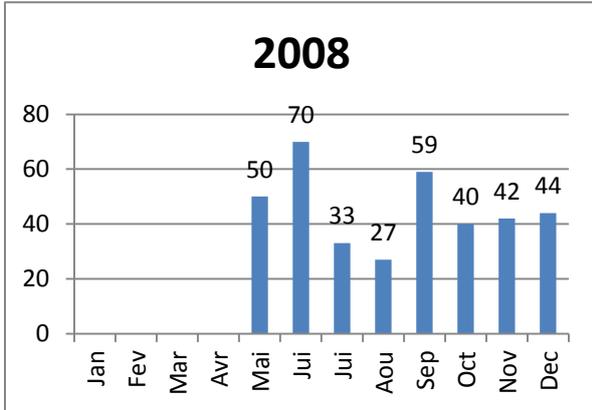
1. Lorsque l'extension des activités du dispensaire annexe d'Ambohidahy est acceptée par les propriétaires et l'administration médicale régionale, (il deviendra un CSB 2) en plus de l'animatrice de santé du projet (spécialisée en santé maternelle), il sera nécessaire d'engager une sage-femme à plein temps pour effectuer les consultations prénatales au dispensaire. Il faudra identifier les matrones en poste dans les villages et les reformer sur les techniques d'accouchement. La prise en charge de la formation et le suivi seront faits par la sage-femme du projet (en partenariat avec la maternité de l'hôpital de Tsiroanomandidy). Leur fournir ensuite un matériel d'hygiène de base pour accouchement.
2. Quid des vaccinations?
3. Pour pérenniser l'action médicale il faut envisager l'engagement d'un médecin local pour faire les consultations et suivre les différentes activités sanitaires. (modalités de paiement à définir).
4. Développer les interventions dans le domaine de l'accès à l'eau potable (définir les villages les plus à risque basé sur la prévalence de maladies parasitaires et liées à l'eau).
5. Le rôle du Dr Fournier serait alors celui de gérer et de superviser les activités faites dans les différentes composantes du projet santé ainsi que de lier avec les autorités sanitaires et avec les donateurs potentiels.
6. La mise en place de rapports réguliers pourrait aussi être un moyen de publiciser le travail fait ou tout autre moyen de dissémination doit être exploré. Site web ou blog ou Facebook.

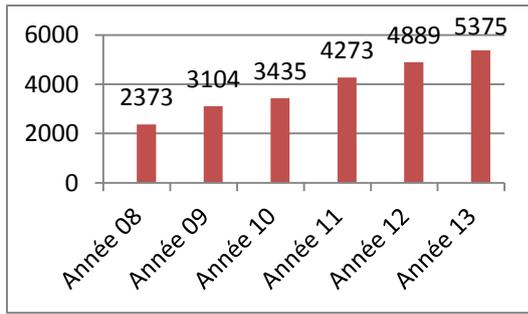
## **Conclusions**

Après presque 4 ans le dispensaire annexe développé par le Dr Fournier a rempli ses premiers objectifs qui étaient d'améliorer à faible coût, la santé des populations villageoises en tenant compte de leur capacité à payer leurs soins. La réputation du dispensaire est maintenant bien établie et jouit d'une bonne qualité des soins. Au vu des conditions de vie dans la région, il est clair que des actions dans le domaine de la prévention doivent devenir prioritaires par le biais de la mise en place d'un réseau sanitaire au niveau des villages. Un certain nombre d'obstacles doivent être surmontés et des compromis seront nécessaires, mais le but d'améliorer de façon durable la santé des populations villageoises est primordial et le fait de travailler dans le cadre des activités du diocèse est certainement un atout.

Je remercie le Dr. Fournier de la confiance qu'il m'a faite de le remplacer pendant ces quelques semaines et aussi Bruno Buttin (AMM) de m'avoir mis en contact avec ce projet. Je souhaite que ce projet s'étende vers des activités plus complètes et devienne un exemple de projet de santé intégré dans la région.

Annexe Consultations annuelles





Consultations comparées par année