



## CHAPITRE 6

# Santé

## Article 26

### Points clés

- A Madagascar, la santé maternelle reste une préoccupation majeure.
- Le taux de mortalité maternelle élevé est resté quasi-stationnaire: dix femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse et à l'accouchement.
- Une femme sur 30 court le risque de mourir de complications guérissables ou évitables au cours de la grossesse ou de l'accouchement.
- Il n'y a eu aucun progrès pour le taux des naissances assistées par un personnel qualifié (44%) entre 2008 et 2012.
- La prévalence de la contraception moderne reste faible (33%), même si elle a gagné quatre points de pourcentage entre 2008 et 2012.
- Les décès causés par les avortements clandestins sont importants mais les données nationales réactualisées font défaut (en 1997, 43.2% des décès maternels enregistrés seraient causés par des avortements spontanés et/ou provoqués dans un centre hospitalier de la capitale).
- Le grand décalage entre le niveau élevé de connaissances par les deux sexes quant aux moyens contraceptifs et la faible pratique dénote des obstacles entre autres culturels.
- L'engagement public du Premier ministre qui est aussi celui de la Santé publique par rapport à la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, néonatale et infantile (CARMMA) à Madagascar est une réponse à cette problématique.
- Le ministère de la Santé publique et les Partenaires Techniques et Financiers à Madagascar ont recours aux chefs traditionnels pour la promotion de la santé maternelle.
- La campagne nationale pour l'élimination de la fistule obstétricale continue, une femme sur 20 étant victime de cette pathologie; le pays en est à sa troisième édition d'interventions chirurgicales.
- Le ministère de la Santé et de la Santé publique, en partenariat avec les agences des Nations Unies, a renforcé ses actions visant à réduire la mortalité maternelle.
- Le budget alloué à la santé est toujours inférieur à 10% du budget national alors que la Déclaration d'Abuja préconisait qu'au moins 15% du budget de l'Etat soit alloué au secteur de la santé.
- Les progrès sont lents en matière d'accès à l'assainissement (11% en 1990 contre 14% en 2011) tandis que la taille de la population pratiquant la défécation à l'air libre diminue pour la même période (dix millions contre huit millions).
- Avec un score de 57% pour le SGDI, Madagascar occupe le 10<sup>ème</sup> rang sur les 15 pays de la SADC (contre la 12<sup>ème</sup> place en 2012).



Maternité, Befelatanana, Madagascar, 2013.  
Photo: Zotonantenaina RAZANADRATEFA

**Tableau 6.1: Tableau des tendances - Santé**

Paramètres	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif 2015
<b>Utilisation des contraceptifs chez les femmes sexuellement actives</b>							
Le plus fort pourcentage de femmes	Maurice (76%)	Maurice (76%)	Maurice (76%)	Maurice (76%)	Maurice (76%)	Maurice (76%)	100%
Le plus faible pourcentage de femmes	Angola (6%)	Angola (6%)	Angola (6%)	RDC (5%)	RDC (5%)	Angola (6%)	100%
<b>Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)</b>							
Le plus haut	Angola (1400)	Malawi (1140)	Malawi (1140)	Lesotho (970)	Zimbabwe (960)	Zimbabwe (960)	0
Le plus bas	Maurice (13)	Maurice (28)	Maurice (28)	Maurice (28)	Seychelles (0)	Seychelles (0)	0
<b>Accouchements assistés par du personnel qualifié</b>							
Le plus grand nombre	Maurice (100%)	Maurice/ Seychelles (100%)	Maurice/ Seychelles (100%)	Seychelles (100%)	Maurice (100%)	Maurice (100%)	100%
Le plus petit nombre	Angola/ Tanzanie (46%)	Angola/ Tanzanie (46%)	Madagascar (44%)	Madagascar (44%)	Madagascar (44%)	Madagascar (44%)	100%
<b>Couverture totale de l'assainissement</b>							
La plus large couverture	Maurice/ Seychelles (100%)	Maurice/ Seychelles (100%)	Seychelles (100%)	Seychelles (100%)	Seychelles (97%)	Seychelles (97%)	100%
La plus basse couverture	Madagascar (14%)	Madagascar (14%)	Madagascar (11%)	Madagascar (11%)	Tanzanie (10%)	Malawi (10%)	100%
<b>Scores</b>							
CSC	58%	58%	55%	56%	68%	68%	100%
SGDI	N/A	N/A	62%	62%	64%	65%	100%

Le tableau des tendances montre que certains pays de la SADC, notamment Maurice et les Seychelles, ont atteint ou fait des progrès louables vers la réalisation des objectifs du PSG. Mais il y a des écarts importants entre les pays, en particulier les pays les plus pauvres de la SADC qui sont en retard sur tous les indicateurs. Au cours des six dernières années, bien que stagnant, Maurice a enregistré le plus fort pourcentage de femmes

à avoir accès aux contraceptifs (76%), avec la RDC et l'Angola (5% à 6%) ayant le plus faible accès. Le Zimbabwe (960 décès pour 100 000 naissances) a remplacé l'Angola et le Malawi comme pays ayant le taux de mortalité maternelle le plus élevé. Au cours des deux dernières années, les Seychelles n'ont enregistré aucun décès maternel. Maurice a également un faible taux de mortalité maternelle (à environ 37 décès pour 100 000 naissances). Maurice et les Seychelles ont également obtenu 100% de présence par du personnel qualifié pour tous les accouchements. Madagascar a le plus bas niveau d'accouchements effectués par du personnel qualifié (44%).

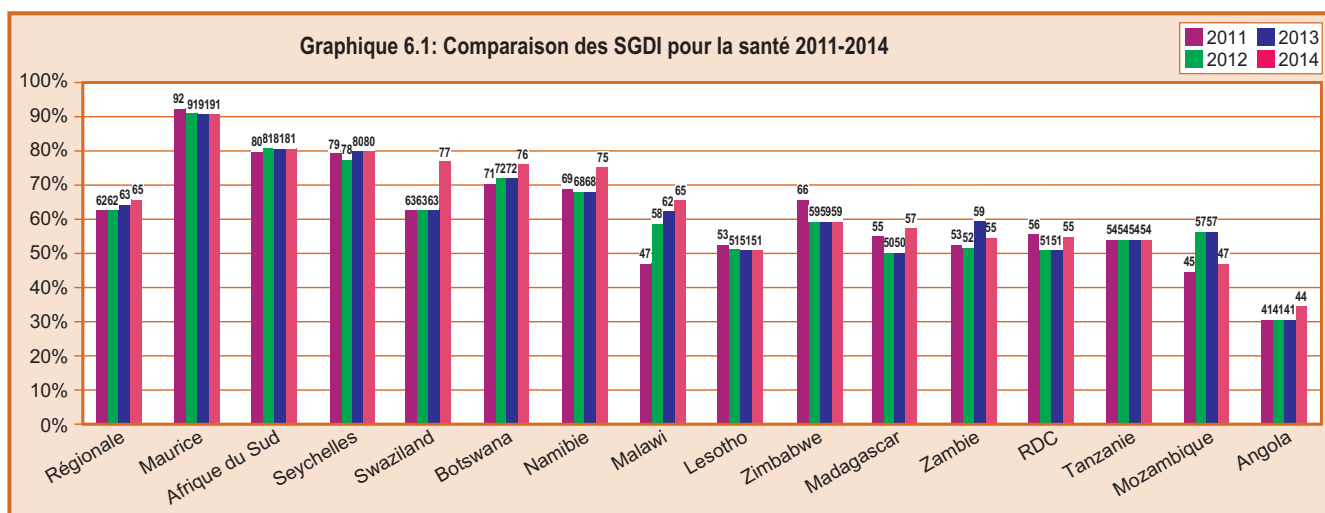
En matière d'assainissement, les Seychelles et Maurice sont très proches en termes de couverture tandis que le Malawi, Madagascar et la Tanzanie ont les plus faibles niveaux (entre 10% et 14%).

Dans le cas de la santé, le SGDI est basé sur les indicateurs capturés dans le tableau des tendances. Depuis l'introduction du SGDI en 2011, le score moyen a augmenté de 62% à 65%. Bien qu'il y ait eu une amélioration constante, le rythme des progrès est trop lent pour atteindre les objectifs et engagements du PSG.



Banque de sang, Ankorondrano, Madagascar, 2013.

Photo: Razanadratafa Zotonantenaina

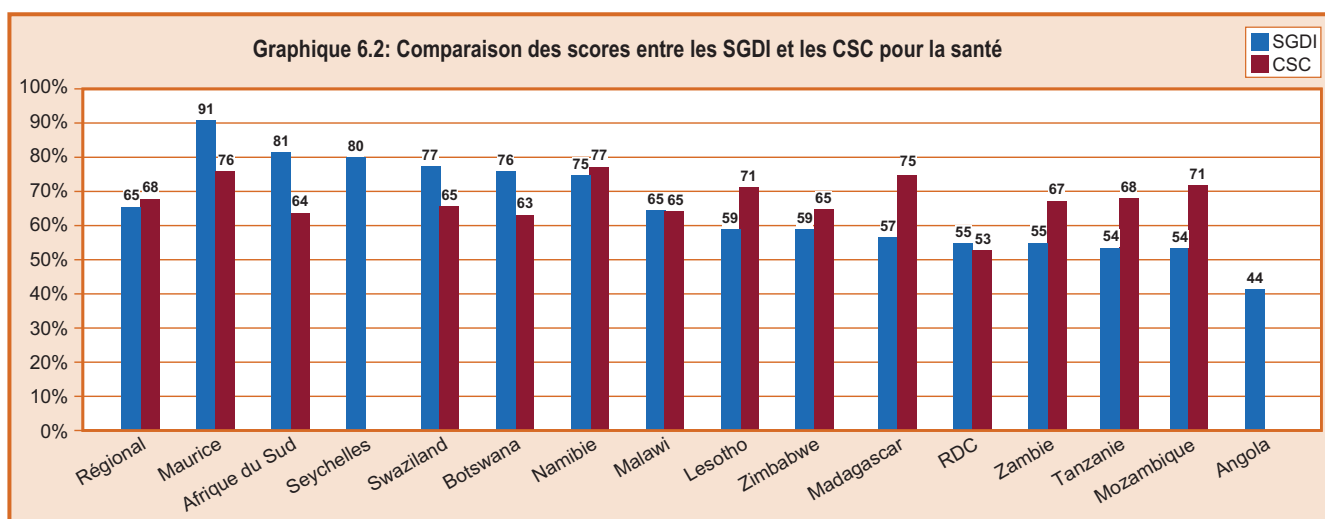


Source: Gender Links 2014.

Comme le montre le graphique 6.1, il existe une grande différence entre les SGDI pour la santé. Maurice a eu un SGDI presque constant de 91% tandis que l'Angola qui se situe à l'autre extrémité, commence à montrer une amélioration, passant de 41% à 44%. Un certain nombre de pays ont également montré une amélioration, notamment le Malawi, dont le SGDI passe de 47% à 65% et le Swaziland, qui a montré une nette amélioration au cours de la dernière année avec un score de 77%. D'autres pays tels que le Zimbabwe n'ont cessé de reculer, passant de 66% en 2011 à 59% en 2014. L'Afrique du Sud et les Seychelles ont un SGDI entre 80% et 89%; les SGDI du Swaziland, du Botswana et de la Namibie sont entre 70% et 79%; celui du Malawi est à 65%; les SGDI du Lesotho, du Zimbabwe, de

Madagascar, de la Zambie, de la RDC et de la Tanzanie sont entre 50% et 59% tandis que les SGDI du Mozambique et de l'Angola sont en dessous de 50%. Bien qu'il y ait eu des progrès, pour beaucoup de pays, plus d'efforts et d'investissements sont requis pour améliorer la santé des femmes dans la région de la SADC.

Le SGDI de Madagascar (57%) le place au 10<sup>ème</sup> rang parmi les 15 pays de la SADC. Par rapport aux années 2012 et 2013 où il occupait la 14<sup>ème</sup> place, il a fait un léger progrès avec une hausse de sept points de pourcentage. Il en ressort que Madagascar est encore à mi-chemin des objectifs fixés par le Protocole pour 2015 en matière de santé.



Source: Gender Links 2014.

Le graphique 6.2 compare les SGDI et CSC de santé pour les pays de la SADC. La CSC mesure les perceptions des femmes et des hommes sur la performance de leurs gouvernements. Ces perceptions portent sur la disponibilité et la qualité des services offerts. Au cours des six dernières années, le score CSC a augmenté de dix points de pourcentage (58% à 68%). L'augmentation la plus marquée a eu lieu en 2012 et 2013 mais la moyenne régionale est restée stable à 68% pour l'année dernière. Avec une performance de 77% pour sa CSC, Madagascar se classe en deuxième position sur les 15 pays de la SADC. Il y a un grand écart entre son SGDI et sa CSC.

### Contexte

Durant la dernière partie du 20<sup>e</sup> siècle, l'Afrique du Sud a fait des progrès impressionnants en matière de santé maternelle, d'accès aux soins de santé primaire et de santé des enfants. Toutefois, ces progrès à travers la région de la SADC ont été menacés au cours du 21<sup>ème</sup>

siècle, en grande partie à cause du VIH/SIDA, combiné à l'instabilité économique et politique. Dans au moins cinq pays de la SADC (Botswana, Lesotho, Afrique du Sud, Swaziland et Zimbabwe), l'espérance de vie en 2011 était inférieure à celle de 1990. Alors que l'espérance de vie est plus élevée pour les femmes que pour les hommes dans la plupart des pays de la SADC (11 sur 15), un certain nombre de facteurs sociaux et de santé se combinent pour créer une qualité de vie inférieure pour les femmes.

La discrimination basée sur le sexe entraîne de nombreux risques pour la santé des femmes, y compris la violence physique et sexuelle, les IST, le VIH/SIDA ; le paludisme et la vulnérabilité à d'autres maladies transmissibles, ainsi que les grossesses à risque et le manque de contrôle sur leur intégrité physique. Ce chapitre enregistre les progrès qui ont été réalisés dans un certain nombre d'indicateurs de santé des femmes, y compris leur santé sexuelle et reproductive.



*Le Protocole prévoit que d'ici 2015, les Etats membres réduisent le taux de mortalité maternelle par 75% et élaborent et mettent en œuvre des politiques visant à répondre aux besoins des femmes et des hommes en matière de santé mentale, sexuelle et génésique.*

**Tableau 6.2: Principaux indicateurs de santé, de santé sexuelle et reproductive**

Indicateur	Statistique pays/politiques	Commentaire
Taux de mortalité maternelle actuel	478 pour 100 000 naissances vivantes sur la période 2006-2013	En 2014 aussi bien l'OMD 5 que l'objectif fixé dans l'article 6 du PSG seront hors de portée avec le niveau élevé actuel du taux de mortalité maternelle (TMM) en 2012 (ENSOMD/INSTAT, 2012-2013). Le TMM est resté quasi stationnaire depuis des décennies (478/100 000 naissances pour 2006-2013 contre 498/100 000 naissances vivantes pour 2012-2013).
% de naissances assistées par du personnel qualifié	44%	Le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié stagne à 44% depuis 2008. Il y a de grandes disparités selon le milieu de résidence (78% en milieu urbain et 74% dans la capitale contre 39% en milieu rural). Les disparités sont encore plus importantes suivant les régions (ex. 80% de femmes accouchent à domicile dans la région de Vatovavy Fitovinany contre 31% dans celle d'Analamanga). Environ un accouchement sur deux s'est déroulé avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle formée ou non formée (42 %). On note un léger recul des accouchements au domicile familial (57% en 2012 contre 64% en 2008). Ils sont plus nombreux en milieu rural (61%) mais restent importants même en milieu urbain (32%). (ENSOMD/INSTAT, 2012-2013)

Indicateur	Statistique pays/politiques	Commentaire
% d'utilisation de la contraception chez les femmes mariées	33%	Près d'une femme sur trois déclare utiliser une méthode quelconque de contraception, 27% une méthode moderne [dont les injectables (16%) et la pilule (5%)] et 6% une méthode traditionnelle dont l'abstinence périodique (5%). Le niveau maximum d'utilisation de la contraception (42% contre 18% chez les 15-19 ans) se situe chez les 30-34 ans. En 2012, seulement un tiers des femmes mariées (33%) utilisaient la contraception moderne contre 29% en 2008. (ENSMOD/INSTAT 2012-2013)
Nombre de décès annuels résultant d'avortements clandestins	NA	Il n'existe pas de chiffres fiables justement en raison du fait que l'avortement soit illégal et donc lourdement sanctionné à Madagascar. Il n'existe que de rares données issues des complications traitées en milieu hospitalier. Ainsi, au cours de l'année 1997, 958 avortements ont été recensés à la maternité de Befelatanana, la principale maternité de la capitale et du pays, et une femme sur 25 en ayant eu recours est décédée. Ainsi, 43.2% des décès maternels enregistrés seraient causés par des avortements (spontanés/provoqués). Mais ces chiffres doivent être en deçà des réalités de l'avortement clandestin parce que, d'une part, c'est souvent seulement en cas de complications graves et donc plus susceptibles d'entraîner un décès, que les femmes se rendent à l'hôpital. Le pourcentage de décès dus à l'avortement est donc anormalement élevé en milieu hospitalier. En outre, pour protéger les patientes et leur famille des rigueurs de la loi, les médecins ne livrent pas des données qui différencient les avortements spontanés de ceux illégalement pratiqués. D'autre part, on ignore tout des décès dus aux complications d'avortements provoqués mais dont la cause n'est pas déclarée comme telle. Il est probable que ces décès hors milieu hospitalier soient beaucoup plus nombreux que ceux qui surviennent dans une maternité, surtout en milieu rural, où même les naissances n'ont lieu dans un établissement de santé que dans 32.3% des cas.
Politique pays sur l'avortement	La loi considère l'avortement comme un crime (art 317 du Code Pénal)	Le Code pénal est particulièrement répressif dans la mesure où la grossesse, même supposée, est protégée par la loi. En cas d'avortement, les avorteurs et leurs clientes sont incriminés au même chef. Aucune circonstance n'excuse ceux qui le pratiquent, pas même le consentement ou la sollicitation de la demandeuse.
Couverture totale des facilités sanitaires	14%	En 2008, 57% des ménages malgaches possédaient des toilettes mais très peu d'entre eux disposaient d'installations sanitaires adéquates (3%). (EDSMDIV, 2008-2009) Le nombre de personnes n'ayant pas accès à un système d'assainissement amélioré a fortement augmenté au cours des 20 dernières années (10,3 millions en 1990 à 18,4 millions en 2011). (UNICEF, août 2014)

Indicateur	Statistique pays/politiques	Commentaire
Couverture urbaine	19%	En milieu urbain, 11% des ménages malgaches possèdent des toilettes avec des installations sanitaires adéquates, le pourcentage le plus élevé étant situé dans la capitale (17%). (EDSM DIV, 2008-2009).
Couverture rurale	11%	En milieu rural, le taux des ménages malgaches possédant des toilettes avec installations sanitaires adéquates est dérisoire (1%). (EDSM DIV, 2008-2009) C'est en milieu rural que se trouvent les 69% de la population privée d'accès à un système d'assainissement amélioré, de même que les 84% qui pratiquent la défécation à l'air libre. (UNICEF, Août 2014)

Source : EDSMG-IV, 2008-2009; ENSOMDI/INSTAT, 2012-2013, UNICEF, août 2014.

## General



Des mères et leurs enfants 2013, Madagascar.  
Photo: Razanadratafa Zotonantenaina

Il y a encore d'importants efforts à fournir pour réduire le taux de mortalité maternelle. Outre les contraintes liées à l'enclavement des régions, les services pouvant satisfaire les besoins spécifiques des femmes se heurtent à la faiblesse des infrastructures de santé et à des barrières juridiques, religieuses et/ou culturelles pour les questions liées à l'avortement. L'intransigeance de la loi sur le sujet fait que le problème est occulté, son ampleur et ses conséquences restant méconnues. Sa dépénalisation constituerait un facteur important de réduction de la mortalité maternelle. Ceci a été prouvé dans le cas de l'Afrique du Sud et d'autres pays africains. La recherche de nouvelles stratégies qui dépassent le système de santé constitue également un défi majeur. Dans certaines régions, la persistance des obstacles culturels, loin d'être progénère, constitue une entrave au recours aux centres de santé pour les soins de la mère et de l'enfant et à l'accès à la contraception.

Différents rapports ont déjà identifié les contraintes et obstacles qui persistent et aggravent le nombre de décès maternels. Mais ils révèlent aussi l'insuffisance des informations sur les causes des décès maternels dans le pays. En 2010, le secteur de

santé a introduit l'audit des décès maternels dans le pays, en commençant par les grandes villes d'Antananarivo, Toliara, Mahajanga, Toamasina dans le but de traiter les causes profondes et évitables des décès maternels. Autrement, l'insuffisance de la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement est liée au retard à reconnaître le problème et à prendre la décision de gagner le centre de santé (manque de connaissances des complications, peu d'implication des hommes, faible statut des femmes, barrières socioculturelles). Viennent aussi le retard pour arriver jusqu'aux services de santé (enclavement, faiblesse des moyens de transport, moyens financiers très limités) et pour recevoir les soins obstétricaux d'urgence (non disponibilité des services de santé de qualité, faible compétence des agents de santé en soins obstétricaux et néonataux d'urgence - SONU).

D'autre part, le pays est confronté à l'importance de la fécondité précoce chez les adolescentes. En effet, un peu moins d'un tiers (31.7%) des jeunes femmes malgaches, âgées de 15 à 19 ans, ont déjà commencé une vie féconde, avec de fortes disparités régionales. Par exemple, dans la région Atsimo Andrefana, 56.2%



Maternité d'Amboasary sud, Anosy, Madagascar, 2014.

Photo: Razanadratafa Zotonantenaina

des jeunes filles, âgées de 15 à 19 ans, ont déjà commencé leur vie féconde et 48% ont déjà donné naissance contre 31.7% au niveau national. Or, la grossesse et la parentalité adolescentes constituent un problème social majeur dans la mesure où elles entraînent des répercussions importantes sanitaires, sociales et économiques sur la trajectoire de vie des jeunes filles. Le risque de recours à l'IVG clandestine, l'interruption forcée des études, l'exposition au mariage forcé, l'exclusion sociale/familiale, la possibilité d'abandon de l'enfant, la précarisation matérielle et sociale, l'exploitation sexuelle et/ou économique, l'exclusion du marché du travail, la pauvreté associée au statut de mère célibataire, la perpétuation du cycle générationnel de la pauvreté, etc.

### Réponse récente apportée par le gouvernement

En septembre 2014, Madagascar s'est officiellement lancé dans la campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (CARMMA), résolution de l'Union Africaine en 2009. Au cours de son allocution, le Premier ministre et ministre de la Santé publique s'est engagé officiellement en ces termes: «*Je m'engage aujourd'hui, publiquement, à mobiliser tous les moyens possibles selon mes attributions, pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile à Madagascar*». La Première dame a aussi manifesté son engagement pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. La CARMMA a duré du 15 septembre au 31 décembre 2014. La campagne a servi à mobiliser tous les acteurs institutionnels et partenaires, y compris l'Assemblée nationale, ainsi que les leaders religieux et traditionnels, sur l'importance de la santé maternelle. Madagascar en est à sa 12<sup>ème</sup> édition de Semaine de la Santé Mère et Enfant.

### Campagne nationale d'élimination de la fistule obstétricale

Depuis 2011, le gouvernement malgache, en partenariat avec l'UNFPA, a lancé une campagne nationale pour l'élimination de la fistule obstétricale. Des milliers de femmes et de jeunes filles en souffrent. En 2014, la campagne en est à sa troisième édition. Pendant la campagne, 200 femmes fistuleuses ont bénéficié d'une opération. Quatre chirurgiens experts de l'*International Society of Fistula Surgeons* (ISOFs) sont venus à Madagascar pour cette opération et pour renforcer les compétences de 13 chirurgiens malgaches. Notons que cette pathologie invalidante affecte plus de 2000 femmes par an, soit deux à trois nouveaux cas pour 1000 naissances à Madagascar. Mais elle est très mal connue. Seulement 13% de femmes et 12% d'hommes interrogés en ont entendu parler. Neuf femmes sur dix n'en connaissent pas les causes et seulement une sur dix (11%) sait que cette complication peut se soigner. Peu de personnes (10% d'hommes et de femmes) en connaissent les moyens de prévention (UNICEF, août 2014).

### Valorisation de la profession de sage-femme pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale



Service de pédiatrie de Tsaralalana, Madagascar, 2013.

Photo: Razanadratafa Zotonantenaina

Madagascar ne dispose que d'une sage-femme pour 16 000 habitants. Ce ratio est loin de la norme internationale en la matière (une sage-femme pour 500 habitants). Tenant compte de cette situation, le ministère de la Santé publique mène depuis plusieurs années des actions en faveur de la profession pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale. Avec l'appui de l'UNFPA, il soutient à cet effet les écoles, l'Ordre National des Sages-femmes (ONFSM) et l'Association Nationale des Sages-femmes (ANSFM). Les actions ont porté entre autres sur l'intégration de nouveaux modules dans le programme de formation des sages-femmes et l'évaluation du système éducatif pour la mise aux normes des instituts de formation. Et face aux nombreux défis que doivent relever les jeunes sages-femmes, spécialement celles qui exercent dans les zones enclavées, l'Association Nationale des Sages-Femmes de Madagascar (ANSFM), en collaboration avec le ministère de la Santé et avec l'appui de l'UNFPA et de la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM), a développé une stratégie pour améliorer le pronostic de survie de la mère et de l'enfant en appliquant un système de mentorat. Ainsi, le premier guide de mentorat à destination des sages-femmes mentors a été validé en septembre 2012. Ce système de mentorat sera, dans un premier temps, mis en place dans les régions enregistrant une forte prévalence de morbidité et de mortalité maternelles.

### Sensibilisation sur la mortalité maternelle à destination des tradipraticiens et des matrones

À Madagascar, seuls 35% des accouchements ont lieu dans les centres sanitaires. Et comme mentionné plus haut, 44% des accouchements seulement sont effectués par un personnel qualifié. Les deux-tiers des femmes qui accouchent à domicile le font sous assistance de matrones, de tradipraticiens ou de voisines. Elles prennent un risque considérable dont elles ne mesurent pas toujours les conséquences. Face à ce problème, le ministère de la Santé publique et ses partenaires, dont

L'UNFPA, a mis l'accent sur la coopération avec les matrones et les tradipraticiens. De fait, ces derniers tiennent une place importante dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. En raison de leur influence dans les villages, ils sont sollicités: (i) pour référer et accompagner les femmes enceintes à accoucher dans les centres sanitaires, (ii) pour encourager l'utilisation de la planification familiale volontaire et (iii) prévenir la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Il est attendu que cette stratégie favorise un accès plus équitable et plus élargi au système de prise en charge des grossesses et des accouchements. Dans la même optique, un symposium national des leaders traditionnels et chefs coutumiers sur la santé maternelle et néonatale venant des quatre coins du pays a eu lieu pendant trois jours à Mahajanga. Au total plus de 150 leaders traditionnels et chefs coutumiers ont participé à cette réunion. A l'issue du symposium, ils se sont engagés à apporter leur contribution à cette lutte.

### Contraception : un décalage entre la connaissance et les pratiques

En matière de connaissance sur la contraception, la proportion de femmes et d'hommes qui connaissent au moins une méthode moderne de contraception a légèrement baissé entre 2008 et 2012. Elle était de 94% pour les deux sexes en 2008 avant de descendre à 89% en 2012. Par contre le taux d'utilisation d'une méthode moderne reste faible avec 33% pour les femmes en union (EDSM-IV ; ENSOMD/INSTAT 2012-2013). La prévalence contraceptive varie d'un maximum de 42% dans la capitale à un minimum de 32% en milieu rural. Par rapport à l'utilisation du préservatif masculin, il y



Centre de santé de base - Ambohibao, Madagascar.

Photo: Razanadratefa Zotonantainaina

à un écart entre la capitale où 3% des femmes interrogées déclarent que leur mari/partenaire l'utilise et le milieu rural où ce pourcentage est de 1%. (ENSOMD/INSTAT, 2012-2013). Le préservatif féminin est moins populaire avec moins de 1% de femmes à l'utiliser en 2008. Son utilisation a été testée dans quelques villes mais abandonnée à cause de son coût élevé. Par contre, les ONGs internationales opérant dans le domaine de la santé reproductive continuent à en faire la promotion. Enfin, il existe une ébauche de document stratégique sur la Santé Reproductive des Hommes (SRH). Ce document vise entre autres à impliquer les hommes dans les campagnes pour l'intensification du planning familial. Toutefois, son adoption ne s'est pas faite.

### Coûts

Au cours des dix dernières années, les allocations au ministère de la Santé publique n'ont jamais dépassé la barre des 10% du budget de l'Etat et sont restées bien en deçà des 15% recommandées par la Déclaration d'Abuja. Pendant la période 2009-2014, les allocations hors solde affectées à la Santé connaissent une diminution de 36% par rapport à leur niveau en 2009, passant de 209 milliards d'Ariary en 2009 à 75 milliards d'Ariary en 2014. Dans tous les cas, la part du budget de la santé sur celle de l'Etat est passée de 9,7 % en 2001 à 7,6 % en 2013. En outre, entre 2009 et 2011, le ministère de la Santé publique a augmenté le budget du programme de survie de la mère et de l'enfant (de 3% à 13,3%) avec toutefois une baisse en 2012 (5%). Enfin, de nombreux bailleurs de fonds, tant bilatéraux que multilatéraux (tels l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF, la Banque Mondiale, l'USAID, JICA) appuient le secteur santé, et particulièrement la santé de la mère et de l'enfant.



Mère dans le Sud-est, Madagascar.

Photo: Misa Randrianasolo



# Protocole après 2015



Conformément au Protocole de la SADC dans son volet santé, les Etats membres doivent adopter et appliquer au plus tard 2015 des cadres, des politiques, des programmes et des services pour offrir des prestations de santé appropriées, soucieuses d'égalité entre les sexes et à un coût abordable afin de:

- réduire le taux de mortalité maternelle par 75% d'ici 2015
- élaborer des politiques et programmes visant à répondre aux besoins des femmes et des hommes en matière de santé de base
- assurer aux femmes, en particulier aux femmes emprisonnées, la fourniture des services adéquats d'hygiène et de santé et répondre à leurs besoins nutritionnels

En effet, en 1994, lors de la conférence internationale sur la population et le développement qui a eu lieu au Caire en Egypte, 165 pays dont Madagascar ont tenté de définir la santé de la reproduction comme suit : «La santé de la reproduction est un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital,

ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.» Cette définition suppose que chaque femme et homme puisse choisir ses méthodes de régulation de fécondité efficaces, à un coût abordable et que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.



Centre de santé de base, Antanimena, 2012.  
Zotonantenaïna

Photo: Razanadratafa

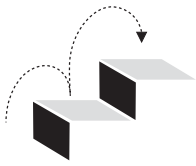
**Tableau 6.3: Santé sexuelle et reproductive après 2015**

Domaine thématique/OBJECTIF	Objectifs proposés après 2015	Indicateurs proposés après 2015
<b>Mortalité maternelle</b>		
Réduire le ratio de mortalité maternelle de 75%	1. Réduire le ratio de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes	1. Ratio de mortalité maternelle <sup>1</sup> (sur 100, 000) 2. Pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié <sup>2</sup> 3. Taux de prévalence de la contraception <sup>3</sup>
<b>Droits sexuels et de la santé reproductive</b>		
Adopter et appliquer des cadres législatifs, des politiques, programmes et services pour améliorer les soins de santé afin qu'ils soient appropriés, abordables et sensibles au genre.	2. Assurer un accès universel à des services de santé de qualité pour tous, leur laissant le choix et le contrôle de leur corps et de leurs droits et besoins sexuels et de santé reproductive.	4. Pourcentage d'utilisation de la contraception moderne et traditionnelle parmi les hommes et les femmes sexuellement actifs 5. Ratio des services de santé par rapport au nombre d'habitants
	3. Adopter et appliquer des lois assurant la souveraineté et les choix des femmes sur leur corps et leurs choix de santé reproductive.	6. Pourcentage de grossesses adolescentes planifiées
	4. S'assurer qu'aucun droit humain ou de santé d'une personne ne soit violé sous aucune raison, ni circonstance.	7. Politique pays sur l'interruption volontaire de grossesse 8. Politique pays sur l'âge autorisé du mariage 9. Politique pays sur l'âge légal pour accéder à la contraception

<sup>1</sup> OMS, Etudes de santé démographique.  
<sup>2</sup> OMS, Etudes de santé démographique.  
<sup>3</sup> OMS, Indicateurs du développement mondial.

Domaine thématique/OBJECTIF	Objectifs proposés après 2015	Indicateurs proposés après 2015
		10. Pourcentage de femmes, d'hommes et de filles ayant accès aux services/facilités de santé mentale, sexuelle et reproductive 11. Nombre d'établissements hospitaliers 12. Nombre de facilités hospitalières mobiles et la fréquence de leurs déplacements 13. Ratio entre les sages-femmes et les patientes 14. Pourcentage de couverture de soins anténataux Pourcentage de couverture de consultation prénatale 15. Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant accès à la prévention de la transmission mère-enfant
<b>Provision des droits fondamentaux</b>		
Pouvoir des facilités sanitaires et d'hygiène et remplir les besoins nutritionnels des femmes, incluant ceux des détenues	5. Développer et appliquer des politiques, programmes, campagnes et informations inclusives et globales qui traitent des besoins de santé sexuelle et reproductive de <i>toutes</i> les personnes.	16. Nombre de campagnes de santé et de programmes de vulgarisation organisés par les conseils de collectivités locales
Développer et appliquer des politiques et programmes qui traitent des besoins de santé mentale, sexuelle et reproductive des femmes et des hommes.	6. Une alimentation améliorée pour réduire la malnutrition par 50%.	17. Nombre de conseils de collectivités locales qui fournissent des informations diverses et inclusives sur la santé et la santé sexuelle et reproductive
	7. Assurer la fourniture d'une eau potable saine et des facilités sanitaires améliorées à tout le monde aussi bien en régions rurales qu'urbaines.	18. Pourcentage de couverture totale des facilités sanitaires disponibles en régions rurales et urbaines
	8. S'assurer que les gens et en particulier les adolescents soient informés à propos de leur santé sexuelle et reproductive et de leurs droits en la matière.	19. Pourcentage de ceux ayant accès à une eau potable saine (rurale, urbaine, univers carcéral, camps de réfugiés) 20. Pourcentage de femmes inscrites dans l'éducation 21. Pourcentage de mortalité infantile
<b>Maladies non-transmissibles</b>		
	9. S'assurer que tous les citoyens aient accès à l'information et aux facilités de diagnostic et de traitements pour les cancers et autres maladies, de même qu'au dépistage précoce.	22. Prévalence de cancers chez les hommes et femmes
	10. Mener des campagnes d'éducation sur le cancer et les autres maladies non-transmissibles, intégrant également le genre dans le travail des pourvoyeurs de soins.	23. Nombre de conseils de collectivités locales qui informent et organisent des événements pour sensibiliser sur les cancers et d'autres maladies 24. Registres de dépistage et de tests des patients
<b>Modes de vie sains</b>		
	11. Promouvoir des modes de vie plus sains axés sur la prévention pour réduire des maladies telles que l'hypertension et le diabète.	25. Prévalence du taux de glycémie élevé à jeun parmi les adultes de plus et de moins de 25 ans (pourcentages) 26. Prévalence de l'hypertension artérielle parmi les adultes de plus et de moins de 25 ans (pourcentages)

Source : Gender Links et SADC Gender Protocol Alliance, 2014.

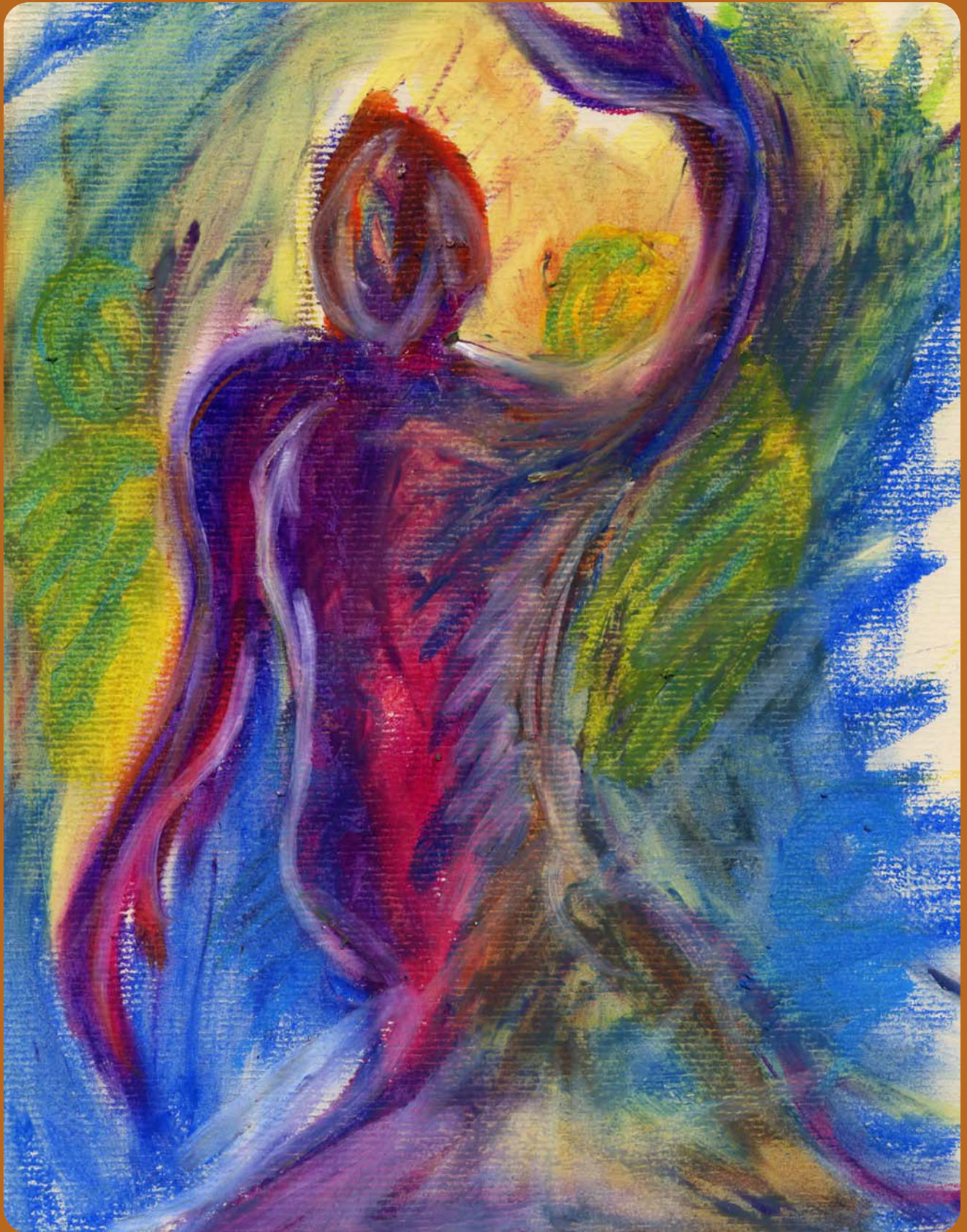


## Prochaines étapes

Il est essentiel de :

- réduire le ratio de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes et d'assurer un accès universel à des services de santé de qualité pour tous, leur laissant le choix et le contrôle de leur corps et de leurs droits et besoins sexuels et de santé reproductive.
- S'assurer qu'aucun droit humain ou de santé d'une personne ne soit violé en aucun cas et sous aucune circonstance, que tous les citoyens aient accès à l'information et aux facilités de diagnostic et de traitements pour les cancers et autres maladies, de même qu'au dépistage précoce qui doivent figurer parmi les priorités.
- Faire figurer l'accès au planning familial parmi les priorités du gouvernement pour réduire la taille moyenne des ménages et de ce fait, améliorer les conditions de vie des ménages. Le planning familial doit être encouragé pour réduire l'incidence des grossesses à risque et des grossesses non désirées.

- De même, le ministère et tous les acteurs concernés, devront mener des campagnes d'éducation sur le cancer du col de l'utérus et les autres maladies non-transmissibles, intégrant également le genre dans le travail des pourvoyeurs de soins.
- Promouvoir des modes de vie plus sains axés sur la prévention pourrait réduire des maladies telles que l'hypertension et le diabète.
- Mettre en œuvre des plans opérationnels pour faire face aux défis identifiés notamment:
  - l'augmentation jusqu'à 50% du taux d'accouchements assistés par un personnel médical qualifié;
  - l'offre de soins maternels et néonataux accessibles et de qualité à tous les niveaux du système de santé dans 70% des structures sanitaires;
  - l'augmentation à 12% au minimum du budget alloué au secteur santé dans le budget national.



«Anita»

Anushka Virahsawmy