

RENFORCER LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE A MADAGASCAR: PRIORISATION ET COÛT DES PAQUETS DE SERVICES DE SANTÉ



Photo by USAID Mikolo / S. Rakotoniana

Introduction

En dépit de progrès importants vers la réalisation de ses objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), Madagascar a été incapable de répondre à bon nombre de ses cibles. Le Gouvernement de Madagascar a ainsi identifié la santé communautaire comme une priorité pour améliorer les résultats sanitaires et révisé actuellement la Politique et la Stratégie de Santé Communautaire Nationale. Il s'agit d'harmoniser les programmes de santé communautaires existants et d'établir des normes pour le paquet de services de santé communautaires.

Pour guider ce processus, Management Sciences for Health (MSH), avec le soutien de l'UNICEF Madagascar, a identifié les données factuelles sur les goulots d'étranglement actuels du système de santé communautaire, les coûts futurs et le financement requis, ainsi que les bénéfices attendus en termes de santé d'un accès équitable aux interventions de santé communautaires.

Contexte

Avec des taux de pauvreté accrus et l'aggravation des conditions économiques après la crise politique de 2009, Madagascar n'a pas pu réaliser bon nombre de ses OMD qui étaient considérés

atteignables, particulièrement les réductions de mortalité infantile et maternelle. Le taux de mortalité infantile est de 62 pour 1000 naissances vivantes et les décès restent attribuables à des causes évitables: 18% à la pneumonie, 10% à la diarrhée et 6% au paludisme. La malnutrition contribue également à la morbidité et à la mortalité infantile, avec 47,4% des enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition chronique et 8,6% souffrant de malnutrition aiguë. Le ratio de mortalité maternelle reste élevé à 478 décès pour 100 000 naissances vivantes. En l'absence d'accès effectif aux soins obstétricaux, la majorité des décès maternels est attribuable à des complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Pour atteindre ses objectifs de Développement Durable (ODD) d'ici 2030 et apporter des réponses à la fois au problème de pénurie de ressources humaines et l'accès limité à des services de qualité, Madagascar se concentre davantage sur le renforcement de son système de santé communautaire. En 2009, le Ministère de Santé Publique (MINSAN) a publié sa Politique Nationale de Santé Communautaire afin de permettre aux communautés de mettre en œuvre des activités de santé et de développement, d'optimiser l'utilisation des services prioritaires de protection sociale et d'harmoniser les interventions au niveau communautaire. En 2017, le MINSAN a débuté la révision de

cette politique et compte initier l'élaboration d'une stratégie de santé communautaire afin de mieux définir le rôle des agents de santé communautaires (AC) et d'harmoniser les normes pour le paquet de services de santé communautaires, les incitations financières et non financières, le rapportage, et la supervision des programmes de santé communautaires.

Goulot d'étranglement du système de santé communautaire

Les principaux obstacles à la prestation de services de santé communautaires de qualitéⁱ concernent :

- Au niveau politique et institutionnel:
 - L'obsolescence du document cadre de référence et l'absence de sa traduction opérationnelle;
 - L'insuffisance de ressources et l'absence de mécanismes de financement dédiés pour la santé communautaire;
 - Un manque de rapportage des activités communautaires;
 - La fragmentation et la faible coordination entre les programmes de santé communautaires.
- Au niveau de l'offre de services:
 - Des ruptures de stocks d'intrants communautaires – pendant des mois parfois – ce qui limite la disponibilité des services;
 - L'insuffisance des AC dans certaines zones;
 - Le manque d'incitations financières et non financières des AC.
- Au niveau de la demande de services:

- L'incapacité de payer les médicaments par certains patients, ce qui empêche les AC de reconstituer leurs stocks d'intrants communautaires.

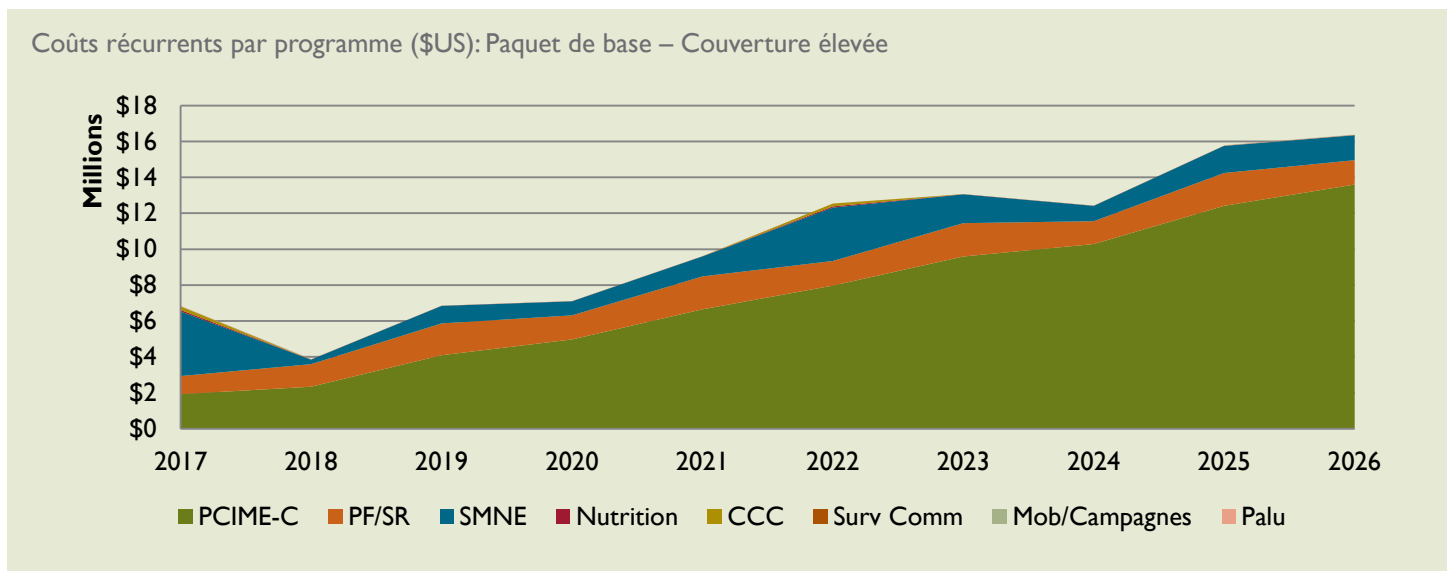
- Au niveau de la qualité des services:

- Des niveaux de supervision faibles, des superviseurs insuffisamment formés et le manque de moyens de transport pour réaliser les supervisions.

Identification et Priorisation des Interventions Communautaires

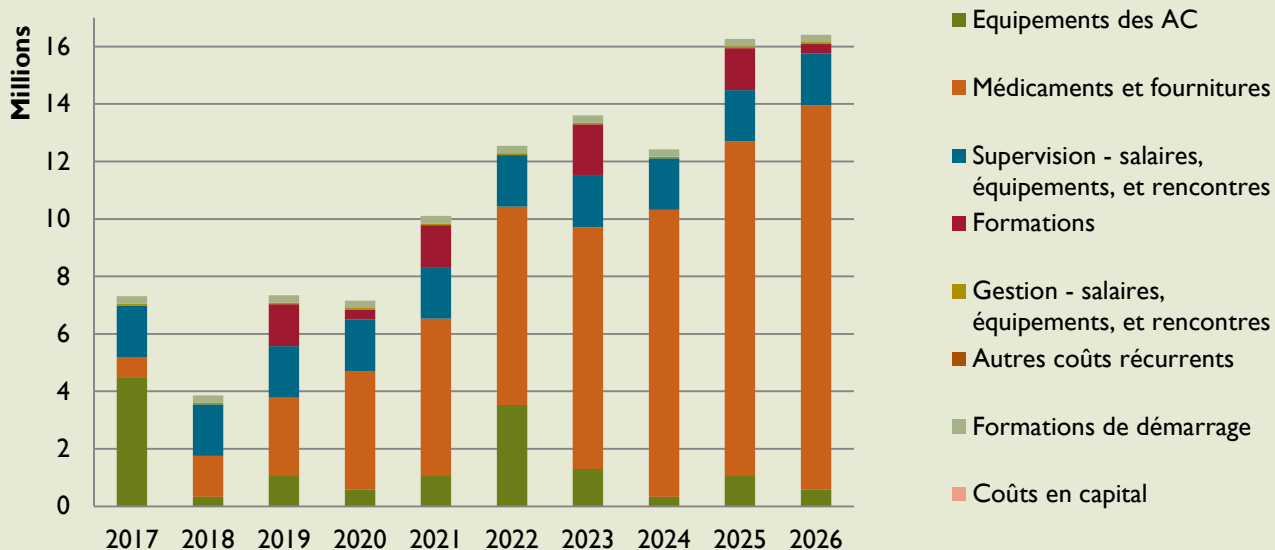
Deux paquets de services de santé communautaires sont modélisés. Le « paquet de base », correspondant aux services et activités de santé communautaires actuellement soutenus par le MINSAN, permet d'assurer la prise en charge d'un certain nombre de priorités sanitaires liées à la santé des enfants, la santé maternelle et néonatale, la planification familiale et la santé reproductive (PF/SR).ⁱⁱ Le « paquet élargi » comprend les services du paquet de base ainsi que des services supplémentaires pour la PF/SR, la santé maternelle et néonatale.ⁱⁱⁱ Il s'agit d'un paquet que le MINSAN pourrait envisager d'offrir dans le futur.

La modélisation de ces deux paquets de services est réalisée sur la période 2017-2026 pour deux niveaux de couverture différents : une couverture moyenne et une couverture élevée qui se réfèrent aux niveaux attendus d'utilisation des services. Dans le scénario de couverture moyenne, on suppose que les AC couvrent 5% des besoins en termes de nombre de services fournis en 2017 jusqu'à atteindre 50% de couverture en 2026.^{iv} Dans le scénario de couverture élevée, on suppose que le taux de couverture en 2026 atteint 90%.^v



i. Identifiés à partir d'une revue documentaire et d'entretiens avec un large éventail d'acteurs de la santé communautaire.
 ii. Le paquet de base comprend des activités de sensibilisation et de promotion (CCC, surveillance communautaire, mobilisation/campagnes) et des activités de prestation (PCIME-C, planning familial/santé reproductive, santé maternelle et néonatale, nutrition), ainsi que des activités de rapportage.
 iii. Le paquet élargi comprend le paquet de base ainsi que des services supplémentaires pour le planning familial/santé reproductive, la santé maternelle et néonatale et le dépistage et le traitement du paludisme chez les enfants de 5 à 15 ans.
 iv. A l'exception des interventions de PF/SR pour lesquelles les hypothèses de couverture varient par service.
 v. Idem.

Coûts totaux par catégorie (\$US): Paquet de base – Couverture élevée



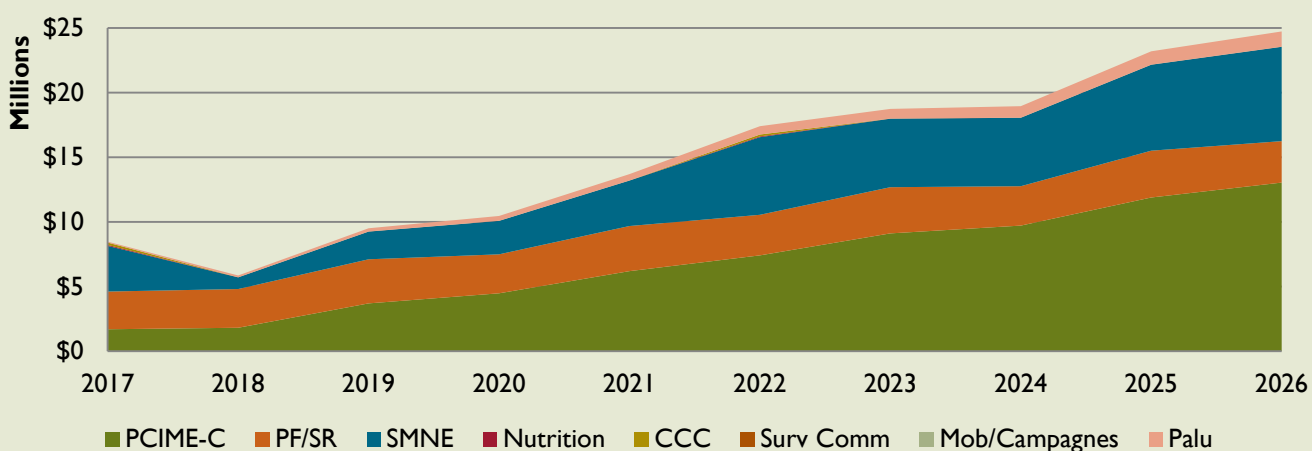
Coût des Interventions Communautaires et Financement

Pour le paquet de base, la majorité des coûts récurrents^{vi} concernent la SMNE, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME-C), la PF/SR et la communication pour le changement de comportement (CCC), estimés à un total de 6,8 millions de dollars en 2017. En 2026, ils sont constitués en priorité de la PCIME-C, la PF/SR et la SMNE, pour un total de 10,4

millions de dollars dans le scénario de couverture moyenne et de 16,4 millions de dollars dans le scénario de couverture élevée.

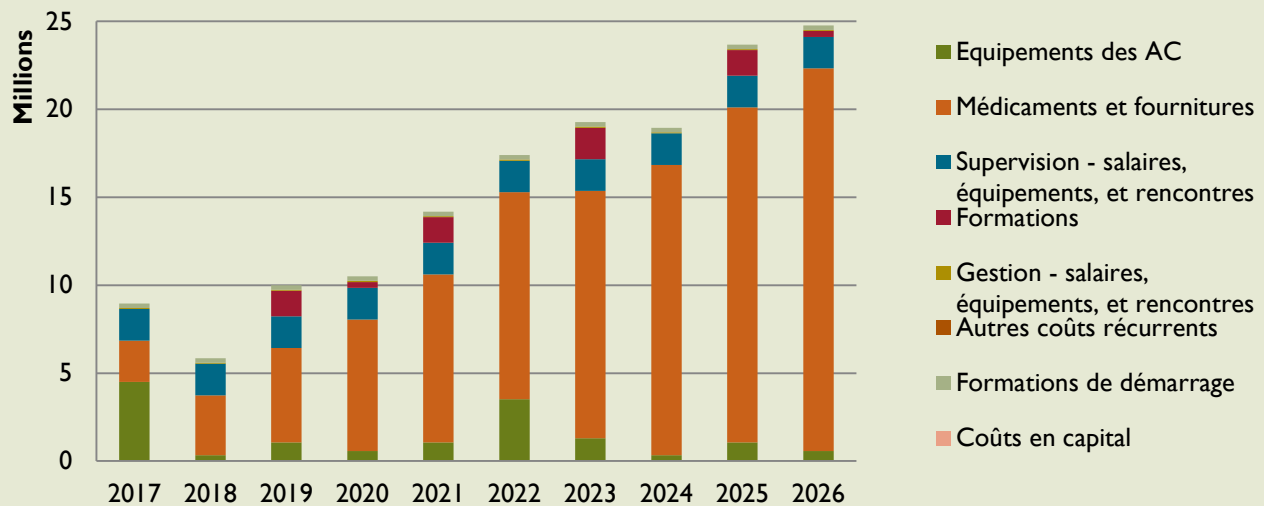
Les coûts totaux sont constitués essentiellement des équipements des AC, suivis des visites de supervision, des médicaments et fournitures en 2017. A partir de 2020 et jusqu'en 2026, la majorité des coûts est constituée des médicaments et fournitures suivis des visites de supervision et des équipements des AC.

Coûts récurrents par programme (\$US): Paquet élargi – Couverture élevée



vi. Les coûts récurrents sont les coûts encourus chaque année (ex : médicaments et fournitures; gestion; supervision; réunions; formation ; etc.). Les coûts de démarrage sont les coûts encourus au démarrage d'un nouveau programme (c.-à-d. en une seule fois) et ne sont pas répétés chaque année. Ces coûts comprennent ceux encourus pour les réunions de lancement, l'élaboration de plans de suivi et évaluation, l'acquisition d'équipements initiaux, la formation initiale, etc.

Coûts totaux par catégorie (\$US): Paquet élargi – Couverture élevée



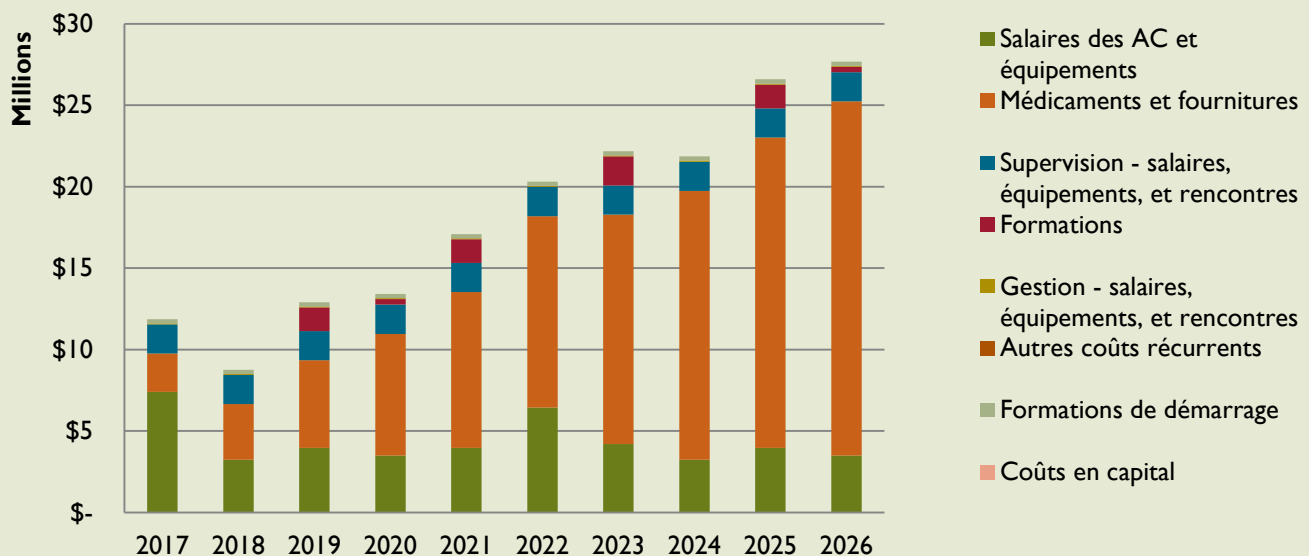
Pour le paquet élargi, la majorité des coûts récurrents concernent les services de SMNE, suivis de la PF/SR et la PCIME-C en 2017. En 2026, la majorité des coûts concernent la PCIME-C, la SMNE et la PF/SR dans les deux scénarios. En 2026, les coûts récurrents totaux atteindraient 15,9 millions de dollars dans le scénario de couverture moyenne et 24,7 millions de dollars dans le scénario de couverture élevée.

Dans les deux scénarios de couverture, la majorité des coûts totaux concernent les équipements pour les agents communautaires^{vii} suivis des médicaments et des fournitures et des visites de supervision en 2017. A partir de 2018 et jusqu'en

2026, les médicaments et fournitures constituent la majorité des coûts suivis des visites de supervision.^{viii}

Bien que la majorité des agents communautaires à Madagascar soient bénévoles et non rémunérés, on reconnaît de plus en plus que les incitations financières, telle qu'une allocation mensuelle, peuvent motiver les AC et aider à promouvoir la prestation de services de qualité. A titre illustratif, le paiement d'incitations financières (20 000 Ariary par mois/AC) est modélisé pour démontrer l'impact de cette politique sur les coûts du programme.

Coûts totaux par catégorie (\$US): Paquet élargi – Couverture élevée avec incitations financières



Source : Estimations des auteurs.

vii. Le coût relatif important des équipements en 2017 est lié au fait qu'ils sont achetés la première année puis progressivement remplacés les années suivantes.

viii. Les médicaments et fournitures représentent 54,5% du coût total en 2018 et 81% du coût total en 2026 dans le scénario de couverture moyenne et 88% du coût total dans le scénario de couverture élevée. Les médicaments et les fournitures sont en effet des coûts variables qui augmentent avec le nombre de services fournis.

L'introduction d'incitations financières aurait un impact significatif sur les coûts totaux du programme de santé communautaire. Le coût total du programme passerait de 8,9 millions en 2017 à 11,9 millions en 2017. En 2026, le coût total du programme passerait de 24,8 millions à 27,7 millions avec incitations financières.

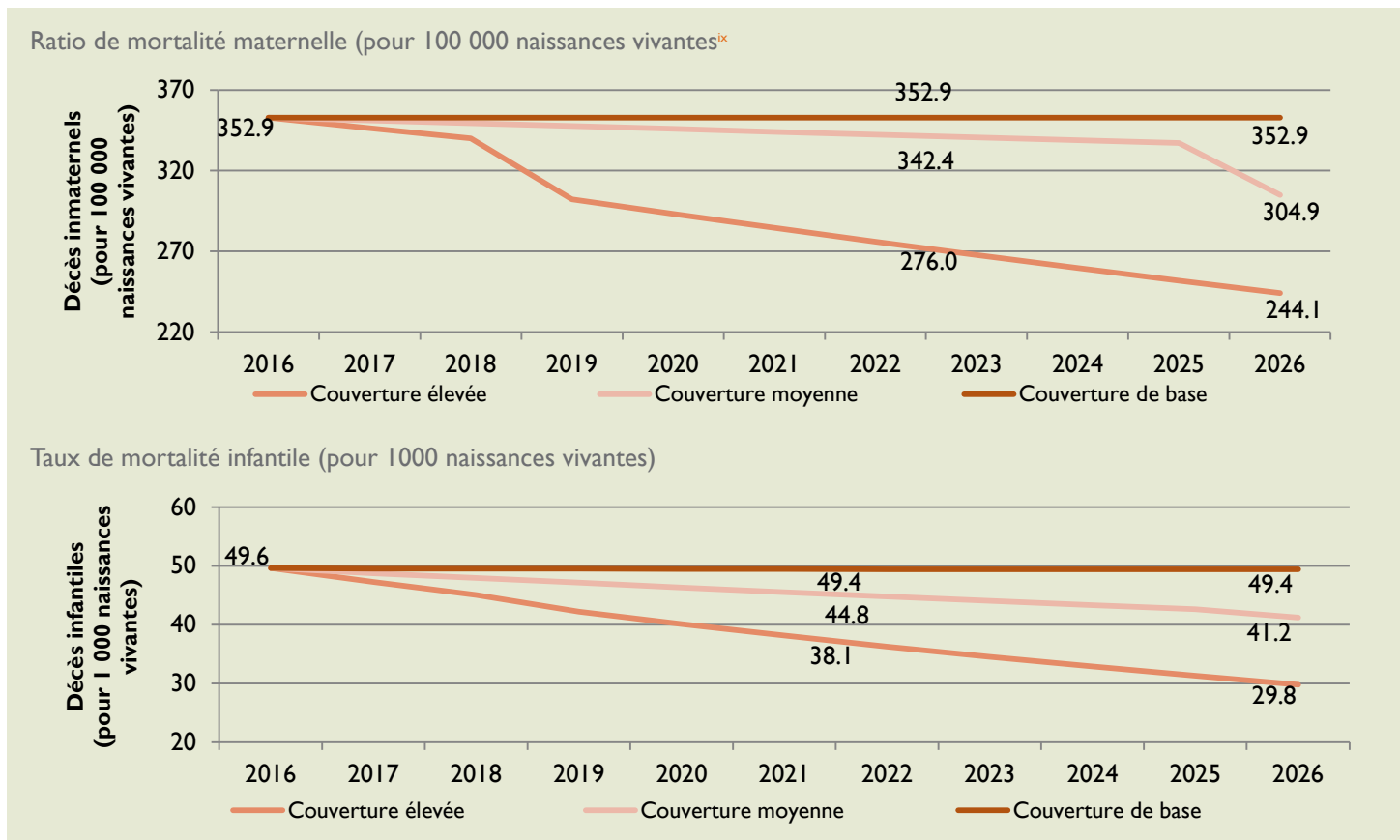
Impact Potentiel de l'Investissement en Santé Communautaire

Afin d'estimer l'impact potentiel (c'est à dire en termes de vies sauvées) de l'expansion de la couverture des services de santé communautaires à Madagascar, l'étude utilise les modules Lives Saved Tool (LiST) et FamPlan du logiciel SPECTRUM. Les estimations d'impact qui suivent sont illustratives et démontrent l'impact de la mise à l'échelle d'interventions à fort impact que les agents communautaires pourraient offrir ou influencer les comportements de recherche de soins. Les estimations de l'impact présentées dans les figures suivantes sont basées sur des scénarios de couverture illustratifs et ne sont basées que sur certaines interventions incluses dans les paquets de services de santé communautaires de base et élargis qui ont été inclus dans l'analyse des coûts.

L'étude modélise trois scénaris de couverture et leur impact sur la mortalité infantile et maternelle de 2016 à 2026 sur la base des données de couverture de base disponibles. L'augmentation

annuelle des taux de couverture est interpolée entre 2016 et 2026 de manière linéaire.

- Scénario de couverture de base: Les taux de mortalité maternelle et infantile sont inchangés et en 2016, un total de 13,075 décès maternels et 202,150 décès infantiles seraient enregistrés sans changement des taux de mortalité.
- Scénario de couverture moyenne: la couverture des interventions de santé augmente à 50% en 2026, à l'exception des services de planification familiale dont la couverture passe à un taux de prévalence de la contraception moderne de 45% en 2026. Entre 2016 et 2026, le ratio de mortalité maternelle diminuerait de 352.9 à 304.9 et le taux de mortalité infantile diminuerait de 49.6 à 41.2. En 2026, un total estimé de 49,773 décès serait évité, dont 3,379 vies maternelles et 46,394 vies infantiles.
- Scénario de couverture élevée: La couverture des interventions de santé augmente à 90% en 2026, à l'exception des services de planification familiale dont la couverture passe à un taux de prévalence de la contraception moderne de 50% en 2026. Entre 2016 et 2026, le ratio de mortalité maternelle diminuerait de 352.9 à 244.1 et le taux de mortalité infantile diminuerait de 49.6 à 29.8. En 2026, un total estimé de 84,891 décès pourrait être évité, dont 5,975 décès maternels et 78,916 décès infantiles.



ix. Selon l'Université Johns Hopkins, les projections d'impact de LiST montrent parfois des baisses brusques de la mortalité qui sont probablement dues au pourcentage modélisé pour les accouchements en établissement ou dans les établissements de santé. Les fortes baisses de la mortalité maternelle sont probablement dues au fait que le pourcentage de naissances dépasse un certain seuil, ce qui correspond à des réductions plus importantes de la mortalité maternelle.

Recommandations et conclusions

Les agents communautaires à Madagascar offrent des interventions de santé à fort impact et sont essentiels pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) et les ODD. Les analyses montrent qu'une amélioration de la couverture des services de santé communautaires aurait un impact significatif sur les vies sauvées.

La mise à l'échelle du programme de santé communautaire nécessite néanmoins d'apporter des solutions aux goulots d'étranglement du système de santé communautaire, en particulier compte tenu des évolutions prévues en termes de besoins en médicaments et en fournitures ou encore en termes de supervisions.

Un engagement technique et financier du gouvernement et des bailleurs est également déterminant pour la pérennité du programme. Le montant total de ressources nécessaires varie entre 7,3 millions et 8,9 millions de dollars en 2017 selon le

paquet de services. Dans l'hypothèse où les AC recevraient une rémunération de 20 000 Ar par mois, le coût du programme s'élevait à 11,9 millions de dollars.

En 2026, le montant de ressources nécessaires varierait entre 10,5 millions et 24,8 millions de dollars selon le paquet de services et le scénario de couverture considérés. Le coût total représenterait 27,7 millions de dollars si le programme comprend le paiement d'incitations financières.

L'analyse estime l'évolution du besoin de financement dans un scénario où la contribution du gouvernement atteindrait 50% du financement total en 2026. Dans ce scénario, on suppose qu'en 2017, cette dernière serait comparable à la contribution du gouvernement au financement du secteur de la santé dans son ensemble, c'est-à-dire 20%, 80% des dépenses étant financé par l'aide extérieure. Sous ces hypothèses, la contribution du gouvernement au financement de la santé communautaire atteindrait 5,2 à 12,4 millions de dollars en 2026 selon les scénaris.

Co-financement du programme de santé communautaire

Paquet de services	Source de financement	Couverture moyenne		Couverture élevée	
		2017	2026	2017	2026
Paquet de base	Gouvernement	1,462,107 20%	5,245,105 50%	8,203,345 50%	8,203,345 50%
	Partenaires	5,848,429 80%	5,245,105 50%	8,203,345 50%	8,203,345 50%
Paquet élargi	Gouvernement	1,791,582 20%	7,955,949 50%	12,385,083 50%	12,385,083 50%
	Partenaires	7,166,328 80%	7,955,949 50%	12,385,083 50%	12,385,083 50%

Références

1. United Nations Economic Commission for Africa, African Union, African Development Bank and United Nations Development Programme, "MDG Report 2014: Assessing Progress in Africa toward the Millennium Development Goals."
2. DHS 2018, MDG survey 2013 and WHO/CHERG 2012 as cited in UNICEF Madagascar: Demonstration Project on the Integration of Pneumonia Treatment with Malaria Case Management at the Community Level in Madagascar: Costs and Cost-Effectiveness analysis.
3. United Nations Economic Commission for Africa, African Union, African Development Bank and United Nations Development Programme, "MDG Report 2014: Assessing Progress in Africa toward the Millennium Development Goals."
4. USAID African Strategies for Health. Community Health Worker Incentives: Lessons Learned and Best Practices from Madagascar. November 2015.

Remerciements: MSH étend ses remerciements au personnel du MINSAN de Madagascar qui a soutenu cette analyse. Ils comprennent Rajoelina Aro Tafohasina Herinalinjaka, Josette Rakotonuna, Fenosoa Andriamahalanja, Dr Noro, et Christian Ranaivoson. Nous remercions également le personnel de l'UNICEF (Maria Montserrat Renom Llonch, Enrique Paz, Paul Richard Ralainirina), l'USAID (Daniele Niyra, Hajarijaona Razafindrafito); USAID Mikolo (John Yanulis, Riana Ramanantsoa, Lalah Rambelison, Mamitiana Ramanantsoa); USAID Mahefa Miaraka (Chuanpit Chua Oon, Yvette Ribaira, Andry Herin'aina Rabemanantsoa); Programme mondial de la chaîne d'approvisionnement en santé de l'USAID (Solofo Robson Andriaheinosy, Joelson Soa-Naivo, Maherison Andrianaivoravelona), Population Services International (Rajo Rajaonarivelo, Tsirihanitra Rakotoarinivo); Politique de santé de l'USAID Plus (Nirina Ranaivoson, Annick Ranirisoa); Les secours catholiques (Tsirihanitra Rakotoarinivo, Lantotiana Rafanomezantsoa, Jocelyn Ranaivosoa) et la Banque mondiale (Voahirana Hanitrinala Rajoela); L'OMS (Saina Rambinintsoanomenjanahary et l'UNFPA (Edith Boni Ouattara et Faramalala Rahelinirina). Nous voudrions également remercier Yvonne Tam et Victoria Chou de l'Université Johns Hopkins pour leurs conseils techniques sur l'évaluation de l'impact.

Ce rapport a été produit par Yohana Dukhan, Colin Gilmartin et David Collins de Management Sciences for Health avec le financement de l'UNICEF. Le rapport complet (en anglais et en français) être téléchargé à l'adresse: <https://www.msh.org/our-work/health-systems/health-care-financing/costing-of-health-services>