



**REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Evaluation des campagnes de supplémentation en
Vitamine A et de déparasitage (2002 à 2006) et des
Semaines de la Santé de la Mère et de l'Enfant
(2006 à 2011) à Madagascar



**RAPPORT FINAL
JUILLET 2011**

Table des matières

Liste des Figures	4
Liste des Tableaux	5
ANNEXE	6
Liste des abréviations	7
RESUME EXECUTIF	8
I. INTRODUCTION	16
I.1 Contexte	16
I.2 Historique de la supplémentation en Vitamine A et du déparasitage et de l'approche SSME.	16
I.3 Revue de la littérature.....	20
I.4 But, objectifs de l'évaluation.....	21
I.4.1 But de l'évaluation.....	21
I.4.2 Objectifs de l'évaluation.....	21
I.5 Méthodologie	23
I.5.1 Critères et indicateurs d'évaluation	23
I.5.2 Types d'études.....	25
II. RESULTATS.....	26
II.1 Efficacité des interventions lors des campagnes de masse en supplémentation en Vitamine A et de déparasitage (2002-2006) et des éditions de SSME (2006-2011).....	26
II.1.1 Efficacité des interventions de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage de 2002 à 2011.	26
II.1.2 Efficacité de la vaccination chez les enfants de moins de un an et les femmes enceintes durant les SSME.....	33
II.1.3 Efficacité des autres interventions durant les SSME.....	39
II.2 Pertinence des campagnes de supplémentation en Vitamine A et du déparasitage et de l'approche SSME.....	44
II.2.1 Impact des paquets d'intervention de la SSME sur les données sanitaires de routine des CSB. 44	
II.2.2 Impact des interventions de la SSME sur les indicateurs de santé	48
II.2.3 Effet de la supplémentation en Vitamine A et du déparasitage sur l'état nutritionnel des enfants	50
II.2.4 Etude de la Stratégie « Approche Urbaine »	52
II.3 Financement de l'approche SSME (2006-2011)	55
II.3.1 Evolution du financement des campagnes SSME.....	55

II.3.2	Coûts unitaires des campagnes SSME.....	57
II.4	Résultats de l'enquête sur la SSME d'avril 2011.....	60
II.4.1	But et objectifs de l'enquête.....	60
II.4.2	Analyse des résultats de l'enquête.....	61
II.4.3	Impacts de la SSME d'avril 2011 sur les activités de routine au niveau des CSB.....	67
II.4.4	Analyse des obstacles et des bonnes pratiques durant la SSME d'avril 2011.....	68
III.	DISCUSSIONS.....	72
III.1	Facteurs de réussite et facteurs de blocage observés durant les campagnes de Vitamine A et de déparasitage et durant les 10 éditions de SSME.....	72
III.2	Discussions.....	74
III.2.1	Efficacité et pertinence des interventions.....	74
III.2.2	Pérennisation de la SSME.....	76
IV.	RECOMMANDATIONS.....	77
V.	CONCLUSION.....	79

Liste des Figures

Figure 1 : Evolution du taux de couverture en supplémentation en Vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de mars 2002 à avril 2011. (Source : résultats SSME)	26
Figure 2: Evolution de la couverture en Vitamine A chez les femmes nouvellement accouchées du mois d'avril 2005 à avril 2011. (Source : résultats SSME)	27
Figure 3 : Evolution de la couverture en déparasitage d'avril 2005 au mois d'avril 2011 chez les enfants de 12 à 59 mois et chez les femmes enceintes. (Source : résultats SSME)	28
Figure 4. Proportion en %des Régionset des Districts ayant un taux de couverture en Vitamine A> 90% chez les enfants de 6-59 mois	30
Figure 6: Evolution du nombre d'enfants moins de 1 an vaccinés en BCG et DTCHépB3/Hib3.....	34
Figure 7 : Evolution du nombre d'enfants moins de 1 an vaccinés en VAR	35
Figure 8 : Evolution du nombre des femmes enceintes ayant reçu les doses VAT2 et +	36
Figure 9: Evolution des gains obtenus suivant le type d'antigène.....	37
Figure 10: Comparaison de l'évolution théorique et de l'évolution avec la SSME du VAR chez les enfants de moins de 1 an en octobre 2009.	38
Figure 11: Evolution du nombre d'enfants âgés de 6 à 35 mois ayant reçu de la Vitamine Ade 2002 à 2006. (Source : GESIS 2002 à 2006, Ministère de la Santé).....	44
Figure 12 : Evolution du nombre d'enfants de 6 mois à 3 ans (2006-2008) et moins de 5 ans (2010) supplémentés en vit A dans le cadre de la surveillance nutritionnelle	45
Figure 14. Evolution du couverture en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois et 12 à 59 mois (Source : EDS, MICS et CFSVA+N).....	48
Figure 14: Evolution du taux de couverture en VAR de 1997 à 2009.....	49
Figure 15: Evolution de la morbidité vue en CE et mortalité hospitalière de la rougeole de 1999 à 2009. (Source : GESIS 1999 à 2009)	50
Figure 16 : Evolution de l'anémie, des couvertures en Vitamine A et en albendazole chez les enfants de 5 ans de 1997 à 2009. (Sources : EDS, SSME).....	51
Figure 17 : Evolution des coûts unitaires des dépenses chez les enfants de 6 à 59 mois pendant les 10 éditions de SSME.	58

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Critères et indicateurs d'évaluation	24
Tableau 2 : Nombre et proportion de SSD ayant un taux de couverture en Vitamine A supérieur à 80 % de 2003 à 2006.	30
Tableau 3 : Nombre et proportion de SSD ayant un taux de couverture en déparasitage supérieur à 80 % d'avril 2005 à mai 2006.	32
Tableau 4: Evolution des gains (en %) obtenus suivant le type d'antigène	37
Tableau 5 : Evolution du nombre et du taux de dépistage des enfants de 6 à 59 mois dépistés d'avril 2008 à avril 2010.	40
Tableau 6 : Evolution du nombre et du taux de dépistage des femmes enceintes au niveau des centres PTME d'octobre 2006 à octobre 2010.	41
Tableau 7 : Proportion de femmes enceintes dépistées durant les SSME (2008-2009-2010) par rapport au nombre total des femmes enceintes dépistées.	41
Tableau 8 : Evolution du nombre de femmes enceintes vues en CPN et ayant reçu des MID et du comprimé de Sulfadoxine Pyrimetamine d'octobre 2006 à avril 2010.....	42
Tableau 9 : Evolution du nombre de femmes ayant utilisé des méthodes de contraception lors des SSME d'octobre 2006 à avril 2010.....	43
Tableau 10 : Nombre des enfants vaccinés par mois et par année en DTCHépBHib3 et VAR de 2006 à 2010. (GESIS 2006 à 2010, Ministère de la Santé)	46
Tableau 11: Nombre et proportion des enfants ayant reçu la Vitamine A en Approche Urbaine.....	53
Tableau 12: Répartition des dépenses par grandes rubriques (2006-2011).....	56
Tableau 13: Répartition des dépenses totales et proportion des dépenses par période de la SSME.....	56
Tableau 14: Répartition des sources de financement par rubriques des dépenses.	57
Tableau 15. Coûts unitaires des dépenses chez les enfants âgés de 6 à 59 mois pendant les 10 éditions de SSME.....	57
Tableau 16: Nombre et proportion des SDSP enquêtés selon le nombre de CSB fermés.	61
Tableau 17: Nombre et proportion de SDSP selon le type de prise en charge des CSB fermés.....	61
Tableau 18: Nombre et proportion de CSB enquêtés selon le milieu de résidence et le nombre d'équipe mobilisée.	62
Tableau 19: Couverture en Vitamine A et en albendazole des SDSP suivant les tranches d'âge et le milieu de résidence.	63
Tableau 20: Couverture en Vitamine A et en albendazole des CSB suivant les tranches d'âge, le milieu de résidence et le type de stratégie.	63
Tableau 21 : Taux de couverture en Vitamine A et en albendazole des enfants de 12 à 59 mois et de 17 à 59 mois selon la durée de marche entre l'habitation et le centre de santé en 2010.....	65
Tableau 22: Taux de dépistage de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois selon le type de stratégie.	65
Tableau 23 : Proportion de SDSP et de CSB ayant un taux de rattrapage supérieur ou égal à 100% dans l'ensemble et selon le milieu de résidence.....	66
Tableau 24: Les impacts sur les activités de routines des CSB.....	67
Tableau 25: Principaux obstacles à l'atteinte des objectifs de la SSME.....	69
Tableau 26: Bonnes pratiques en rapport avec l'atteinte des objectifs de la SSME.	71
Tableau 27: Liste de facteurs de réussite et des facteurs de blocage des SSME.	73

ANNEXES

ANNEXE 1 : Evolution de la couverture de la supplémentation en Vitamine A chez les enfants de 6 à 11 mois et de 12 à 59 mois.....	80
ANNEXE 2 : Mode de calcul du gain dans le cadre de la vaccination des enfants de moins de 1 an durant les SSME.....	80
ANNEXE 3 : Evolution du nombre des nouveaux inscrits chez les enfants de 0 à 35 mois dans le cadre de la surveillance nutritionnelle au niveau des CSB de 2005 à 2008	81
ANNEXE 4: Protocole de l'enquête sur la SSME d'avril 2011.....	82
ANNEXE 5. Taux de couverture en Vitamine A des pays du Sud-Est d'Afrique chez les enfants de 6 à 59 mois.	86
ANNEXE 6: Evolution de la couverture en déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois dans les pays du Sud-Est d'Afrique	86

ABREVIATIONS

AC : Agents Communautaires
ARV : Antirétroviraux
AS : Agent de Santé
BCG : Vaccin contre la Tuberculose
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CFSVA+N : Comprehensive Food and Nutrition Security and Vulnerability Analysis
CHD : Centre Hospitalier de District
CHD2 : Centre Hospitalier de District de Niveau 2
CHRR : Centre Hospitalier de Référence Régionale
CPN : Consultation Périnatale
CIP : Communication Inter Personnelle
CSB : Centre de Santé de Base
DALY : Disability Adjusted Life Year
DRSP : Direction Régionale de Santé Publique
D S E : Direction de la Santé de l'Enfant
DTChépbHib : vaccin contre la diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B et Haemophilus influenzae B
EDS : Enquête Démographique et Sanitaire
EMAD : Equipe de Management du District
EMAR : Equipe de Management de Région
FFOM : Force Faiblesse Opportunité Menace
GESIS : GEstion du Système d'Information Sanitaire
FANOME : Fandraisana Anjara NO Mba Entiko Financement pour l'Approvisionnement Non-stop en Médicaments
HIMO : Haute Intensité de Main d'œuvre
IEC : Information-Education-Communication
IFIRP : Institut de Formation Inter-Régional des Paramédicaux
MID : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MINSAN : Ministère de la Santé
MSP : Ministère de la Santé Publique
NU : Nouvelle utilisatrice de PF
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PF : Planification Familiale
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMA : Rapport Mensuel d'Activités
RMSD : Rapport Mensuel de Synthèse des Districts
SDSP : Service de District de Santé Publique
SIDA : Syndrome d'Immune – Déficience Acquise
SSME : Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine
SSD : Service de Santé de District
TPI : Traitement Préventif Intermittent du Paludisme
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UR : Utilisateur Régulier de PF

USAID : United States Agency for International Development

VAR : Vaccin Anti Rougeole

VAT : Vaccin Anti Tétanique

VPO : Vaccin Anti Poliomyélite

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME EXECUTIF

Contexte

Le Ministère de la Santé a initié en 1998 les campagnes de supplémentation en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes nouvellement accouchées. En 2005, ces campagnes ont été couplées par la suite avec le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois et les femmes enceintes dont l'âge de la grossesse est supérieur à 4 mois. Le principal objectif de ces campagnes de supplémentation en Vitamine A et du déparasitage est de renforcer la lutte contre la carence en micronutriments et contre les helminthiases chez les jeunes enfants.

Par la suite, le Ministère de la Santé a institutionnalisé la mise en œuvre de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME), organisée 2 fois par an dans tout le pays depuis octobre 2006. Le principal objectif de la SSME est d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 4 et 5), à travers l'offre d'un paquet d'interventions gratuites et à haut impact sur la réduction des mortalités maternelle et infanto-juvénile. Outre la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage, des séances de rattrapage en mode campagne et le renforcement de la vaccination de routine ont été ainsi mis en œuvre afin d'améliorer la couverture vaccinale des enfants de moins de un an et des femmes enceintes.

Enfin, des paquets d'interventions supplémentaires ont été choisis selon la situation socio sanitaire des Régions et des Districts. Ainsi, il a été intégré dans la SSME et selon les priorités spécifiques des Districts :

- le dépistage de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois au niveau des SDSP ciblés ;
- la distribution de Moustiquaires d'Imprégnation Durable (MID) aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes ;
- les services de Planification Familiale ;
- la Consultation Périnatale ou CPN et le Traitement Préventif Intermittent (TPI) pour les femmes enceintes de plus de 4 mois ;
- le dépistage du VIH chez les femmes enceintes au niveau des centres de PTME ;
- l'offre de kit individuel d'accouchement pour les femmes qui accouchent dans les CSB durant la SSME ;
- la distribution de carnet de santé aux femmes enceintes et aux enfants de moins de un an.

Dans le cadre de l'effort du Ministère de la Santé et ses Partenaires de rendre la SSME plus performante en vue de l'atteinte des OMD, une évaluation de cette initiative s'avère nécessaire afin

d'orienter les stratégies et d'améliorer les interventions, surtout en vue de la pérennisation des ressources.

But et objectifs de l'évaluation

Le but est d'évaluer et documenter la pertinence de l'approche Campagne Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant afin de capitaliser les acquis et proposer de nouvelles orientations stratégiques.

Les objectifs sont de :

- Documenter l'évolution des résultats des campagnes de Vitamine A et de déparasitage depuis 2002 et toutes les éditions de la Campagne Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) de 2006 à 2011, et analyser les facteurs explicatifs des différences de résultats et mettre en évidence les leçons tirées de la conduite des SSME notamment les facteurs de réussite et de blocage;
- Evaluer la pertinence de l'approche SSME, son coût-efficacité par rapport au renforcement des services de routine, son impact sur les indicateurs de santé, son impact sur les services de routine à tous les niveaux, la pertinence du paquet de prestations offert et le coût bénéfice de chaque intervention additionnelle ;
- Inventorier et analyser comparativement les populations atteintes par l'approche SSME, selon leur milieu de résidence (entre autres, urbains/ruraux, éloignement des centres de santé, ...), les Régions et la stratégie employée (fixe, avancée, ou mobile), afin de déterminer si l'approche SSME est véritablement une stratégie équitable ;
- Fournir les recommandations pour une meilleure capitalisation des pratiques positives et des orientations constructives et réalistes pour des stratégies plus porteuses.

Méthodologie

En vue de l'analyse de l'efficacité et de la pertinence des interventions, deux types d'études sont identifiés et mis en œuvre :

1. Une étude rétrospective basée sur l'analyse documentaire de référence y compris les résultats des campagnes et sur des entretiens avec les différents responsables au sein du Ministère de la Santé Publique et des Partenaires ayant contribué à la mise en œuvre des SSME.

2. Une étude prospective basée sur l'analyse comparative des résultats d'un échantillon des SDSP et de CSB (taux de couverture des différentes interventions selon le milieu de résidence, les stratégies adoptées). La méthode utilisée sera une enquête sur les résultats de la SSME d'avril 2011.

Résultats

L'efficacité des interventions a été effective durant les campagnes de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage de mars 2002 à mai 2006 et pendant les 10 éditions de SSME d'octobre 2006 à avril 2011. Les couvertures en Vitamine A et de déparasitage des enfants de 6 à 59 mois et de 12 à 59 mois sont supérieures aux objectifs de couverture fixés, allant ainsi de 116% en octobre 2002 à 91% en avril 2011 pour la Vitamine A et de 94,1% en avril 2005 à 92% en avril 2011 pour le déparasitage. La couverture en Vitamine A en mars 2002, de l'ordre de 73%, ne reflète pas la réalité, étant donné le taux de rapportage très bas (43%).

Pour les femmes nouvellement accouchées et les femmes enceintes de plus de 4 mois de grossesse, les couvertures sont respectivement de l'ordre de 81,1% en avril 2005 à 84% en avril 2011 pour la Vitamine A et 50,4% en avril 2008 à 52% en avril 2011 pour le déparasitage. Elles sont toutes supérieures aux objectifs fixés qui sont d'atteindre une couverture supérieure à 80% pour la Vitamine A chez les femmes nouvellement accouchées et supérieure à 40% pour le déparasitage chez les femmes enceintes.

Certes, l'efficacité est prouvée pour ces 2 interventions. Mais, l'étude de la tendance des courbes et de la distribution des couvertures au niveau des Régions et des Districts montre une diminution de la performance surtout à partir de l'année 2007. Les couvertures nationales diminuent d'année en année mais restent au-dessus des objectifs. Par contre, les couvertures en dessous des objectifs augmentent en proportion au niveau des Régions et les Districts.

En outre, les couvertures supérieures à 100% constatées chez les enfants et les femmes nouvellement accouchées sont le résultat d'une sous-estimation de la population cible due à l'emploi d'un taux de croissance obsolète (RGPH de 1993) qui ne refléterait plus la réalité.

En matière de vaccination, l'étude de l'efficacité de l'intervention s'avère difficile étant donné que l'objectif qui est de vacciner au moins 95% des enfants de moins de un an et des femmes enceintes ayant raté leur dose ultérieurement fait l'objet d'une controverse. Il est décidé qu'une analyse des données brutes sur les enfants et les femmes enceintes vaccinés et des gains acquis durant les SSME pourraient donner une estimation de l'efficacité des interventions.

Ainsi, l'étude des nombres d'enfants de moins de un an vaccinés au BCG, DTCHépBHib3 et au VAR durant les SSME montre une tendance à la hausse des résultats mais plus accentuée chez les enfants vaccinés en DTCHépHib3 que ceux des vaccinés au BCG et VAR. En outre, les gains obtenus durant les SSME sont significatifs malgré la variation des résultats. Le gain le plus important est observé en avril 2011, 140,8% pour le VAR soit un triplement de la moyenne des enfants vaccinés des 3 mois antérieurs et le plus bas en avril 2008 pour le DTCHépB3 de l'ordre de - 5,30 % soit un nombre d'enfants vaccinés durant la SSME inférieur à la moyenne sus citée.

Pour les autres interventions, l'efficacité n'est pas effective mais la valeur ajoutée de leur intégration dans les SSME n'est pas négligeable sur les résultats des données statistiques de routine. En effet, pour le dépistage du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN, plus de la moitié des femmes dépistées ont été dépistées pendant les 2 éditions de la SSME en 2008. Pour la distribution de MIID couplée à la campagne de vaccination anti rougeole d'octobre 2007, elle a permis une couverture de 98,3% par rapport à la population cible des zones ciblées.

En matière de pertinence des interventions, les campagnes de supplémentation en Vitamine A et du déparasitage ont contribué à l'amélioration de la couverture nationale de la Vitamine A et du déparasitage de 1997 à 2009. En effet, le taux de couverture de la couverture en Vitamine A est en constante augmentation : 4% en 1997 (EDS II) et 77% en 2010 (CFSVA+N). Pour le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois, la couverture tend à augmenter : 69% en 2008 (EDS IV) et 79, 3% en 2010 (CFSVA+N).

Pour la vaccination des enfants de moins de 1 an, la vaccination en rattrapage et de masse réalisée pendant les SSME a une forte valeur ajoutée sur les résultats annuels de la vaccination au niveau des CSB et augmente de façon significative la couverture, surtout pour la couverture en VAR durant les campagnes de masse de VAR (part de la SSME de 35 % sur la couverture annuelle en octobre 2007 et part de 42 % en octobre 2010). D'ailleurs, ce résultat est prouvé par l'amélioration de la couverture vaccinale en VAR constatée dans les EDS (46% en 1997 et atteignant 62% en 2009).

En matière de financement des interventions, les montants de dépenses par grandes rubriques sont en conformité avec l'importance et les coûts éventuels des activités qui les composent. Les dépenses durant les campagnes sont les plus importantes (47,1% des dépenses totales), suivies des dépenses pré-campagne (41,1%). La répartition des dépenses à chaque période de SSME par rapport aux dépenses totales des 10 éditions de SSME montre que les dépenses les plus élevées sont observées durant les SSME d'octobre 2007 (17,1% des dépenses totales) et d'avril 2008 (21,9%). Enfin, le coût unitaire par bénéficiaire (enfant de 6 à 59 mois) varie de 256 Ariary à 1421

Ariary et il est dans l'ensemble en rapport avec les résultats en matière de couverture en Vitamine A durant la même période.

Afin d'apprécier la couverture des principales interventions (supplémentation en Vitamine A, déparasitage et vaccination) suivant le milieu de résidence de la population cible et selon la stratégie déployée (fixe et avancée), une enquête auprès d'un échantillon de 24 SDSP et de 48 CSB est menée sur les résultats de la SSME d'avril 2011. En effet, les données issues des 9 éditions de SSME n'ont pas permis d'analyser l'équité des interventions suivant les critères sus citées. Les données des SSME se limitaient au nombre de bénéficiaires des interventions par District, par Région et pour l'ensemble du pays.

Dans l'ensemble, une frange assez importante de la population cible des 24 SDSP enquêtés ne bénéficie pas de la supplémentation en Vitamine A et du déparasitage tant au niveau des SDSP ruraux qu'au niveau des SDSP urbains. En effet, les couvertures en vitamine A et en déparasitage varient respectivement de 68,8% (couverture en Vitamine A des SDSP ruraux) à 92,9% (couverture des SDSP urbains) et de 69,4% (couverture en déparasitage des SDSP ruraux) à 92,4% (couverture en déparasitage des SDSP urbains). Mais ces résultats montrent que la population cible des SDSP ruraux est plus défavorisée que celle des SDSP urbains que ce soit en supplémentation en Vitamine A qu'en déparasitage.

Par contre, au niveau des 48 CSB enquêtés, les résultats sont selon le milieu de résidence en contradiction avec ceux des SDSP. En effet, les populations cibles (enfants de moins de 5 ans, femmes nouvellement accouchées et femmes enceintes) des CSB ruraux bénéficient assez largement des interventions que celles des CSB urbains enquêtés. Les taux de couvertures des interventions en milieu rural sont supérieurs aux couvertures des objectifs fixés. En outre, l'accès de la population cible en stratégie avancée aux interventions de supplémentation en Vitamine A et déparasitage est satisfaisant en matière d'équité par rapport aux interventions en stratégie fixe. Les couvertures en stratégie avancée dépassent largement celles des objectifs fixés chez les enfants de moins de 5 ans. Ce résultat montre que la stratégie avancée est une stratégie efficace pour atteindre les populations cibles pendant la SSME, et que, par contre, des réflexions supplémentaires seront nécessaires pour davantage mobiliser les populations urbaines, ce qui a d'ailleurs déjà été constaté dans les autres éditions de SSME.

Les obstacles évoqués pour l'atteinte des objectifs de la SSME durant l'enquête sont surtout d'ordre organisationnel, parfois socio-culturel ou environnemental. L'insuffisance en ressources humaines (agents de santé, mobilisateurs) et la période peu favorable de la SSME (période de

vacances de Pâques et période de récolte) sont les plus évoquées ainsi que les us et coutumes en contradiction avec les interventions.

Pour les bonnes pratiques amenant à l'atteinte des objectifs, la collaboration effective avec tous les intervenants (autorités, partenaires et communauté), la médiatisation et la forte mobilisation sociale sont les facteurs d'efficacité des interventions.

Discussions

La collaboration multisectorielle, la micro planification des activités, la disponibilité à temps des intrants et le respect du délai d'arrivée du financement au niveau du District sont parmi les facteurs de réussite évoqués par les responsables centraux et périphériques. Pour les facteurs de blocage, ils sont surtout liés à l'insuffisance des ressources financières et humaines.

En matière d'efficacité et de pertinence des interventions, les SSME ont démontré leur contribution à l'amélioration des données sanitaires de routine des CSB et des couvertures nationales de 1997 à 2009. Mais, les résultats de l'enquête sur les paquets d'interventions de la SSME d'avril 2011 montrent que seul le déparasitage en stratégie avancée a pu couvrir la population cible recensée. Les résultats des interventions telles que la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage et la vaccination sont très variables. Une frange assez importante de la population cible ne bénéficie pas des interventions de la SSME surtout en milieu urbain et en stratégie fixe au niveau des CSB enquêtés.

Pour le financement des interventions, les montants de dépenses par grandes rubriques sont en conformité avec l'importance et les coûts éventuels des activités qui les composent. Le coût unitaire pour la tranche d'âge de référence (enfants de 6 à 59 mois) semble être inférieur à celui décrit dans l'étude économique des Journées de Santé des Enfants en Somalie de décembre 2008 à avril 2010.

La pérennisation des SSME dépend de plusieurs facteurs tels que leur financement, le maintien d'une bonne organisation des campagnes et la disposition suffisante en ressources humaines. En outre, elles ont montré ses preuves dans le cadre de la survie de l'enfant et de la mère et en vue de l'atteinte des OMD 4 et 5. Mais, comme tout projet, la SSME ne peut pas durer éternellement. Des actions alternatives sont à mettre en œuvre avant que son arrêt soit décidé.

Recommandations

A l'issue de cette évaluation sur les campagnes de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage ainsi que les 10 éditions de SMME, il est recommandé :

- **à court terme de :**

- améliorer la micro planification en tenant compte des réalités des Districts en vue de la détermination des cibles, du nombre et des circuits des équipes suivant la densité de la population et l'étendue géographique ;
- poursuivre « l'approche urbaine » durant la SSME au niveau des grandes villes et insérer son financement dans la micro planification ;
- revoir les outils de gestion afin d'insérer dans les résultats la répartition par milieu de résidence et selon les types de stratégie ;
- revoir les objectifs fixés surtout dans le cadre de la vaccination et trouver un consensus sur la détermination de la population cible applicable à tous les niveaux ;
- doter en bacs à fiche (normes OMS) les CSB et former les agents de santé sur leur utilisation, en matière de PEV pour cibler les perdus de vue et justifier le rattrapage ;
- renforcer les ressources humaines en mobilisant outre les étudiants des IFRP, les étudiants en Médecine et les étudiants des Instituts privés de formations en paramédical, ainsi que le personnel médical et paramédical en attente de poste ;
- améliorer le transport des intrants, des outils de gestion et des supports IEC surtout leur acheminement vers les CSB et les Fokontany en prenant en charge les frais occasionnés par leur transport jusqu'aux Fokontany ;
- assurer le déblocage de fonds dans la micro planification, au moins 15 jours avant la SSME qui représente le délai minimum acceptable pour la préparation de la campagne, et réviser à la hausse les indemnités des acteurs de la SSME ;
- maintenir les supervisions pré-campagne effectuées par la DRSP et les SDSP ;
- assurer au préalable le fonctionnement de la chaîne de froid ;
- renforcer et accompagner les SDSP non efficaces (pas d'atteinte des objectifs) ;
- mener des plaidoyers au niveau régional et du District pour trouver d'autres sources de financement pour les activités de mobilisation sociale ;
- inscrire la SSME dans le Programme d'Investissement Public (PIP) de la DSE comme un projet du Ministère : les Ressources Propres Internes (RPI) auront comme principales rubriques l'achat de carburants, les indemnités de mission, les frais de transport (des personnels et des intrants), et

- maintenir les interventions optionnelles qui ont donné leur preuve d'efficacité et qui ont eu un impact sur les activités de routine des CSB.

- **à moyen terme de :**
 - En vue de l'arrêt de la SSME, renforcer l'intégration des interventions communautaires par les approches ACD et ACV en priorisant :
 - la promotion de l'alimentation riche en Vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois,
 - le renforcement de la surveillance nutritionnelle communautaire avec une distribution biannuelle de Vitamine A et d'albendazole,
 - le renforcement de la promotion d'une bonne hygiène chez les enfants telle que la pratique du lavage des mains,
 - le renforcement de la lutte contre les carences en micronutriments dans les zones d'insécurité alimentaire (zones Sud et Sud- Est de Madagascar),
 - le renforcement de la vaccination en stratégie avancée au niveau des Districts (mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles)
 - Assurer les besoins quantitatif et qualitatif en ressources humaines des CSB et l'ouverture des CSB fermés en vue d'une meilleure accessibilité de la population aux soins de santé de qualité.
 - A la prochaine EDS, mener une enquête sur le taux sérique du rétinol chez le jeune enfant afin de déterminer si la carence en Vitamine A reste un problème de santé publique à Madagascar.

I. INTRODUCTION

I.1 Contexte

A Madagascar, les objectifs de la Politique Nationale de Nutrition d'ici 2015 est d'éliminer l'avitaminose A chez les enfants de moins de 5 ans. Le taux de couverture en Vitamine A chez les enfants de 6-59 mois a évolué de 76,2% en 2003 (EDS III) à 72,2% en 2008-2009 (EDS IV). Il est établi aussi que lorsque dans un pays, le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de 5 ans est supérieur à 70 pour 1000, la carence en Vitamine A y constitue un problème de santé publique¹. A Madagascar, ces taux de mortalité, évalués à 93,9 pour mille (EDS, 2003) et à 72 pour mille (EDS 2009) justifient amplement la nécessité des interventions de lutte contre la carence en Vitamine A.

En outre, des études ont montré que la Supplémentation en Vitamine A des enfants de moins de 5ans peut réduire la mortalité infantile de 23% (Beatone et al, 1993). Ainsi, dans les pays à fort taux de mortalité infantile, comme le cas de Madagascar la Supplémentation en Vitamine A biannuelle s'est avérée être une intervention durable, efficace et peu coûteuse (Jones et al, 2003). Chaque dollar investi rapporterait des avantages équivalents à 17 dollars.

En effet, la Vitamine A joue un rôle essentiel dans le fonctionnement du système immunitaire et sa carence entraîne chez les enfants un affaiblissement de leurs capacités de résistance pour lutter, entre autres, contre la diarrhée, la rougeole ou les infections respiratoires. L'augmentation des rations de Vitamine A contribue donc à une diminution de la mortalité infantile. Il a été démontré que la supplémentation en Vitamine A a un impact sur la diminution de la mortalité liée à la rougeole, à la diarrhée sévère et au paludisme².

À Madagascar, la stratégie de lutte préconisée par le Protocole National de Lutte contre les Carences en Micronutriments (MINSAN/USAID/UNICEF/GAIN, 1998) consiste, pour le moyen terme, en la supplémentation en Vitamine A des enfants de 6-59 mois. La stratégie à long terme réside dans la promotion de la consommation d'aliments riches en Vitamine A.

I.2 Historique de la supplémentation en Vitamine A et du déparasitage et de l'approche SSME.

Le Ministère de la Santé a initié la campagne nationale de supplémentation en Vitamine A en 1998. Elle a été couplée au déparasitage des enfants de 1 à 5 ans en 2002.

¹ Beaton GH et al. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries.

² Beaton GH et al. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries.

En vue de l'accélération de l'atteinte des OMD, et dans le cadre de l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services en particulier par les groupes vulnérables / couple mère - enfant, des paquets de prestations gratuits et à haut impact ont été offerts à partir d'Octobre 2006 pendant la « Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant » ou SSME » et ayant comme slogan « Samy Salama ny Reny sy ny Zaza ».

La Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) a été institutionnalisée à partir du mois d'Octobre 2006. L'approche SSME a été marquée par un engagement politique de haut niveau impliquant le Chef de l'Etat et les Autorités par niveau.

Ainsi, deux campagnes nationales ont été tenues au mois d'Avril et Octobre tous les ans pour offrir des paquets de prestations gratuites à haut impact sur la survie de la mère et de l'enfant.

Il s'agit de l'extension de la campagne de supplémentation en Vitamine A pour cibler plus de 90% des enfants de 6 à 59 mois et plus de 80% des femmes accouchées de moins de 8 semaines.

Cette supplémentation en Vitamine A est associée au déparasitage à l'albendazole des enfants pour atteindre plus de 90% des enfants de 12 à 59 mois et plus de 40% des femmes enceintes de plus de 4 mois de grossesse.

De plus, la séance de rattrapage en vaccination des enfants de moins de 1 an et des femmes en âge de procréer a été systématisée en vue de l'amélioration de la couverture vaccinale.

Par ailleurs, des paquets d'interventions supplémentaires ont été choisis au niveau opérationnel selon la situation socio sanitaire des Régions et des Districts. Ainsi, il a été intégré selon les spécificités des Districts :

- le dépistage de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois au niveau des SDSP ciblés ;
- la distribution de Moustiquaires d'Imprégnation Durable (MID) aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes ;
- les services de Planification Familiale ;
- la Consultation Périnatale ou CPN et le Traitement Préventif Intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes de plus de 4 mois ;
- le dépistage du VIH chez les femmes enceintes au niveau des centres de PTME ;
- l'offre de kit individuel d'accouchement pour les femmes qui accouchent dans les CSB durant la SSME ;
- la distribution de carnet de santé aux femmes enceintes et aux enfants de moins de un an.

Par ailleurs, le pays s'est engagé à la mise en œuvre d'un plan pour le contrôle de la rougeole dans le cadre de la réduction de la mortalité due à la rougeole depuis l'épidémie de 2002 dans le pays. Ainsi, la SSME a été intégrée à la campagne de vaccination contre la rougeole tous les 3 ou 4 ans, soit en 2004, en 2007 et en 2010. En avril 2011, la SSME a été consolidée avec la Semaine Africaine de Vaccination.

Ces interventions sont effectuées en stratégies fixes au niveau des Formations Sanitaires publiques et privées. En vue de réduire l'iniquité de l'accès aux services et afin de cibler les enfants « difficiles à atteindre », des stratégies avancées et mobiles sont effectuées dans les zones enclavées, les secteurs des Centres de Santé de Base ou CSB fermés et les Communes sans aucune Formation Sanitaire³.



Point de distribution en stratégie avancée

Dès la préparation de la SSME, il est noté un engagement politique et une mobilisation des responsables de tous les niveaux, des partenaires techniques et financiers, ainsi que des leaders locaux par la mise en place des plateformes de coordination à tous les niveaux du système de santé. Les étapes suivantes ont été adoptées dans le cadre de la SSME.

Ainsi, une plateforme de coordination a été officialisée par niveau. Il existe un Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) réunissant les partenaires et les représentants du Ministère, dont la coordination stratégique et la mobilisation de ressources pour la SSME figurent parmi les attributions.

Par niveau du système de santé depuis le niveau central jusqu'au niveau commune, un comité de pilotage a été mis en place et rendu opérationnel, composé de 4 sous-comités *ad hoc* multisectoriels « technique, logistique, mobilisation sociale et finance » et ayant des Termes de Référence définis au préalable pour l'atteinte des objectifs fixés.

La micro planification de la SSME est assurée systématiquement par District deux à trois mois avant la campagne, suivant un processus participatif et ascendant impliquant les parties

³ Source : SSB/DDS (rapport annuel 2010) 44 Communes sans aucune Formation Sanitaire et 215/ 3000 CSB fermés en 2010 et 89 CSB en Juin 2011

prenantes (ONG et secteur privé et autres secteurs dont éducation, information...). La micro planification permet d'estimer les besoins en ressources financières, humaines et intrants par rapport au nombre de la population cible.

Le processus de « pré-campagne » est systématisé, il s'agit du :

- transfert de fonds aux SDSP après révision et approbation du budget issu de la micro planification ;

- acheminement des intrants jusqu'au niveau des Formations Sanitaires y compris les outils de gestion et le guide de remplissage ;

- forte mobilisation sociale, médiatisation et distribution des différents supports IEC/CCC jusqu'au niveau Fokontany ;

- remise à niveau des agents de santé, des agents communautaires et des mobilisateurs communautaires suivant des guides ou modules adaptés ou révisés selon le paquet d'interventions défini ;

- détermination du nombre et constitution des équipes fixes au niveau des Formations Sanitaires publiques et privées, des équipes mobiles et avancées selon le nombre de population cible et le nombre de Fokontany ⁽⁴⁾ ;

- supervision pré-campagne et per campagne par niveau afin d'apporter des solutions urgentes aux anomalies de préparation et de gestion de la mise en œuvre et de partager les bonnes pratiques.

Un quartier général est mis en place pour la collecte et la transmission des données au niveau District, Région et Central assurant à la fois la relance des données retardataires ainsi que répondre aux éventuels problèmes lors de la mise en œuvre. Les résultats SSME des 111 Districts sont disponibles au niveau central au plus tard un mois après la SSME.

L'évaluation de la qualité et l'enquête de couverture de la SSME se font par strates à trois niveaux : Districts, communes et Fokontany ciblant les différents intervenants et impliquant les bénéficiaires.

Enfin, une réunion de validation nationale des résultats de la SSME est tenue, en impliquant les représentants du Ministère au niveau des Régions, du niveau Central et les Partenaires, en vue d'analyser les résultats obtenus, afin de capitaliser les acquis et d'améliorer la SSME suivante.

⁴ Equipe fixe pour la population cible de moins de 5 km, avancée pour la population cible à plus de 5 km et avancée pour les zones d'accès difficile.

I.3 Revue de la littérature

Si l'on passe en revue les différentes définitions de l'évaluation, on constate que le point suivant fait le consensus : le but de l'évaluation est de porter un jugement sur une activité, une ressource ou un résultat. Ce jugement est basé sur des critères et des normes⁵.

Dans le cadre d'un processus de planification sanitaire, l'évaluation ferme la boucle de planification. Mais à chaque étape de la planification correspondent différents types d'évaluation :

- L'évaluation stratégique, au début du programme,
- L'évaluation opérationnelle, durant la mise en œuvre,
- L'évaluation d'impact, après la fin du programme.

Dans le cadre des Campagnes de Santé ou Journées de Santé, l'évaluation est de type opérationnel ou d'impact. On évalue surtout le processus et les résultats. Les paragraphes suivants nous montrent quelques types d'évaluation réalisés en Afrique.

En 2008, une évaluation des Journées de Santé de l'Enfant (2006-2008) dans 6 Pays de l'Afrique : Ethiopie, Madagascar, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe, a été réalisée par l'UNICEF.

Le but de l'évaluation était de documenter les expériences sur les Journées de Santé de l'Enfant et/ou de la Mère de 2006 à 2008 dans les 6 pays d'Afrique sus cités.

Les objectifs spécifiques étaient de décrire les Journées de Santé de l'Enfant et ou de la Mère et analyser les résultats obtenus pour vérifier l'efficacité, l'effet, l'impact ainsi que le coût-efficacité et le niveau d'appropriation des différentes interventions, ceci afin de tirer des leçons et formuler des recommandations pour l'amélioration des résultats.

Les méthodologies : Outre la revue de la littérature, il a été procédé à l'analyse comparative des processus et des résultats des Journées de la Santé des Enfants par pays. Des visites sur terrain ont été effectuées dans des sites sélectionnés, dans les zones performants et non performants. Des interviews ont été menés auprès des Responsables de programme par niveau sur les paquets d'interventions, les processus, notamment le niveau d'appropriation et de pérennisation ainsi que les résultats. Dans ce sens, l'effet des interventions sur la gestion des services de santé et surtout la valeur ajoutée des journées de santé de l'enfant ont été pris en considération. L'exploitation des

⁵Pineault et Daveluy, la Planification de la Sante, 415, ARC, 1986.

résultats des journées et de l'enquête se fait sur Excel. Une analyse FFOM des journées de l'enfant a permis de dégager des recommandations⁶.

Dans le cadre de l'amélioration de la couverture vaccinale par rapport à la rougeole, le Ministère de la Santé de la Guinée a procédé à une évaluation de la campagne de vaccination couplée avec la distribution de Vitamine A et le déparasitage au Mebendazole/Albendazole chez les enfants de 9 mois à 5 ans en 2007. La divergence des données de couverture vaccinale selon les sources et le manque de cohérence des données dans les rapports fournis, a justifié l'évaluation. Pour parer à cette insuffisance, il s'est avéré nécessaire de procéder également à une enquête communautaire afin de cerner la couverture vaccinale anti-rougeoleuse et les taux de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage au Mebendazole. D'ailleurs, il convient de préciser que l'enquête communautaire est la seule manière de déterminer la couverture atteinte dans les zones à risque, d'évaluer tous les aspects de l'intervention et d'apprécier les efforts des activités de mobilisation⁷.

Enfin, l'évaluation peut concerner l'analyse économique d'un programme. Aussi, une évaluation économique a été réalisée en Somalie en 2010. Outre l'estimation des couvertures des interventions durant 2 campagnes (décembre 2008 à mai 2009 et août 2009 à avril 2010), l'un des objectifs est de mesurer les coûts-efficacités des 2 Journées de Santé des Enfants. L'indice DALY a été la méthode utilisée pour apprécier l'impact des campagnes sur la mortalité infanto-juvénile par rapport aux coûts du programme.

I.4 But, objectifs de l'évaluation

I.4.1 But de l'évaluation

Evaluer et documenter la pertinence de l'approche Campagne Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) afin de capitaliser les acquis et proposer de nouvelles orientations stratégiques.

I.4.2 Objectifs de l'évaluation

- Documenter l'évolution des résultats des campagnes de Vitamine A et de déparasitage depuis 2002 et toutes les éditions de la Campagne Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) de 2006 à 2011, et analyser les facteurs explicatifs des différences de résultats et mettre en

⁶Multi-country evaluation of child health days in eastern and southern Africa, UNICEF, 2008.

⁷Evaluation de la campagne de vaccination couplée avec la distribution de vit A et le déparasitage au Mebendazole en Guinée, Ministère de la Santé, 2007.

évidence les leçons tirées de la conduite des SSME notamment les facteurs de réussite et de blocage;

- Evaluer la pertinence de l'approche SSME, son coût-efficacité par rapport au renforcement des services de routine, son impact sur les indicateurs de santé, son impact sur les services de routine à tous les niveaux, la pertinence du paquet offert et le coût bénéfice de chaque intervention additionnelle ;
- Inventorier et analyser comparativement les populations atteintes par l'approche SSME, selon leur milieu de résidence (entre autres, urbains/ruraux, éloignement des centres de santé, ...), les Régions et la stratégie employée (fixe, avancée, ou mobile), afin de déterminer si l'approche SSME est véritablement une stratégie équitable ;
- Fournir les recommandations pour une meilleure capitalisation des pratiques positives et des orientations constructives et réalistes pour des stratégies plus porteuses.

I.5 Méthodologie

I.5.1 Critères et indicateurs d'évaluation

Le tableau ci-après présente les critères d'évaluation et les indicateurs correspondants, ainsi que la population cible et les outils de collecte.

Critères	Indicateurs	Population Cible	Méthodes	Outils de collecte et sources des données
<p>Efficacité : l'ampleur avec laquelle les objectifs de la SSME sont atteints.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de couverture en Vitamine A: - Taux de déparasitage - Nombre d'enfants moins de 1 an ayant reçu tous les antigènes - Nombre de FAP ayant reçu VAT2 et plus - Taux de dépistage en malnutrition des enfants de 6 à 59 mois - % Femmes Enceintes ciblées ayant reçu MID. - % Femmes Enceintes ciblées ayant pris S.P. - Taux de dépistage des Femmes enceintes en VIH - Nombre de femmes accouchant dans les Formations sanitaires ayant reçu Kit individuel d'accouchement. - Nombre de nouvelles utilisatrices de PF 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants de 6 à 59 mois - Femmes accouchées avant 8 semaines - Femmes enceintes - Femmes en âge de procréer 	<p>La méthode sera la compilation et l'analyse des documents sur les campagnes de Vitamine A et déparasitage et des 10 éditions de SSME. L'efficacité de l'approche sera évaluée par rapport aux objectifs instaurés pendant les SSME. Les facteurs ayant contribué ou porté atteinte aux résultats doivent être inclus dans l'analyse.</p>	<p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interview des responsables centraux et régionaux du Ministère de la Santé Publique <p>Sources :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités sur : - Campagne Vitamine A et déparasitage 2002-2005 - SSME 2006 à 2010 et avril 2011

Critères	Indicateurs	Population Cible	Méthodes	Outils de collecte et sources des données
<p>Pertinence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A quel point l'approche SSME est justifiée et appropriée par rapport aux besoins au niveau District et national. -Impact sur les services de routine et sur les indicateurs de santé - coûts efficacité des interventions - Mesure de l'équité de la SSME par rapport au milieu de résidence et types de stratégie 	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de couverture des interventions en routine (Vit A, albendazole, NU, PEV...) - Gain des interventions par rapport aux résultats vus en routine - Coûts totaux annuels des campagnes - Coûts unitaires / population cible -Taux de couverture des interventions SSME (selon la résidence, les régions, les types de stratégie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants de 6 à 59 mois - SDSP, CSB. 	<p>Les méthodes seront :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la compilation et l'analyse des documents sur les campagnes de Vit A et déparasitage et des 10 éditions de SSME, entre autres : - les rubriques de financement des SSME - l'étude de la valeur ajoutée des interventions sur les services de routine, sur les indicateurs de santé. - L'étude de l'accessibilité de la population cible aux activités fournies par la campagne 	<p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Interview des responsables des SDSP et CSB - Interviews des Responsables MINSANP, Organismes Nations Unies - Enquête sur un échantillon de SDSP et de CSB <p>Sources :</p> <p>Rapports d'activités sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campagne Vit A et déparasitage 2002-2005 - SSME 2006 à 2010 et avril 2011 - Questionnaires d'enquête - RMA des CSB et annuaires des statistiques sanitaires

Tableau 1 : Critères et indicateurs d'évaluation

I.5.2 Types d'études

Pour atteindre les objectifs de l'évaluation, deux types d'études sont identifiés :

1. Etude rétrospective basée sur l'analyse documentaire de référence y compris les résultats des campagnes et sur des entretiens avec les différents responsables au sein du Ministère de la Santé Publique et des Partenaires ayant contribué à la mise en œuvre des SSME.

2. Etude prospective basée sur l'analyse comparative des résultats d'un échantillon des SDSP et de CSB (taux de couverture des différentes interventions selon le milieu de résidence, les stratégies adoptées). La méthode utilisée sera une enquête sur les résultats de la SSME d'avril 2011.

II. RESULTATS

II.1 Efficacité des interventions lors des campagnes de masse en supplémentation en Vitamine A et de déparasitage (2002-2006) et des éditions de SSME (2006-2011).

II.1.1 Efficacité des interventions de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage de 2002 à 2011.

II.1.1.1 Evolution de la couverture de la supplémentation en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes nouvellement accouchées.

La figure suivante montre l'évolution de la couverture de la supplémentation en Vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de 2002 à 2011.

La tranche d'âge de 6 à 59 mois est la seule à être présentée dans la figure, étant donné qu'elle constitue la tranche d'âge de référence internationale. L'évolution des autres tranches d'âge est décrite en Annexe 1.

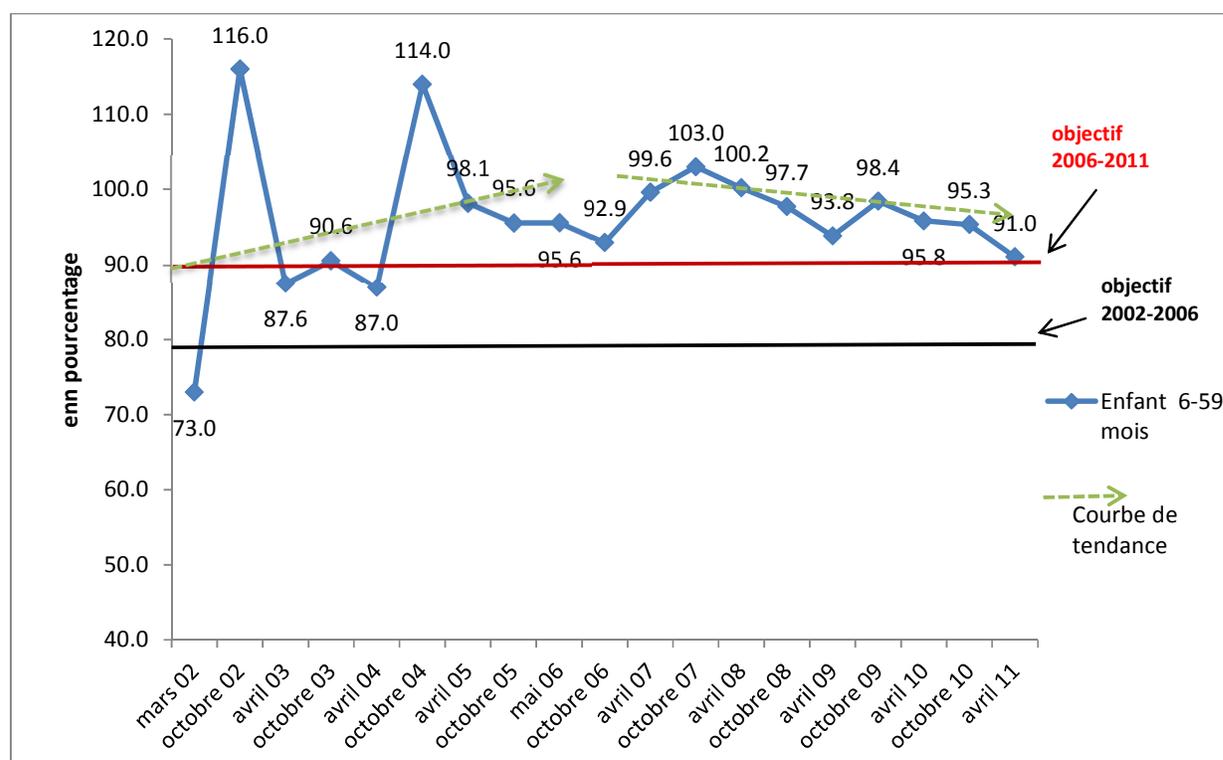


Figure 1 : Evolution du taux de couverture en supplémentation en Vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de mars 2002 à avril 2011. (Source : résultats SSME)

D'emblée, on observe une allure irrégulière des courbes de couverture. La campagne du mois de mars 2002 montre le plus bas taux de couverture (73%). Les taux de couverture les plus élevés

sont observés successivement en octobre 2002 (116%), en octobre 2004 (114%), en octobre 2007 (103%) et en avril 2008 (100,2%). Ces valeurs, toutes supérieures à 100%, sont le résultat d'une sous-estimation de la population cible due à une projection avec des données obsolètes (RGPH 1993). En outre, la courbe montre une tendance à la hausse de mars 2002 à mai 2006, probablement l'effet des couvertures supérieures à 100%.



Agent communautaire donnant de la Vitamine A

Mais une baisse progressive des couvertures est observée à partir de l'édition SSME d'octobre 2007 (103%) à avril 2011 (91%), soit un taux de diminution de l'ordre de 13,1%.

Pour les femmes nouvellement accouchées (inférieures à 8 semaines après l'accouchement), la supplémentation en Vitamine A a débuté durant la campagne d'avril 2005. La Figure 2 suivante montre l'évolution des taux de couverture en Vitamine A chez les femmes nouvellement accouchées du mois d'avril 2005 au mois d'avril 2011. Ainsi, on note un accroissement assez régulier de la couverture, d'avril 2005 (81,1%) à avril 2007 (101,4%). A partir du mois d'octobre 2007, une tendance à la baisse est observée allant d'une couverture de 95,9% à 84,0% en avril 2011. Durant 2 éditions (mai 2006 (100,2) et avril 2007 (101,4)), les couvertures sont supérieures à 100%. La cause est probablement la même que celle de la couverture chez les enfants de 6 à 59 mois.

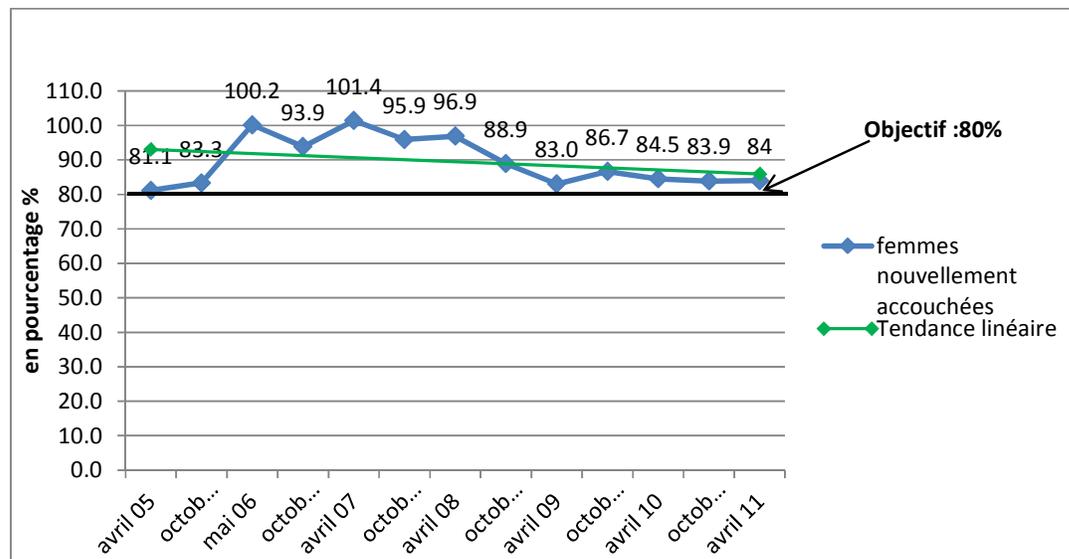


Figure 2: Evolution de la couverture en Vitamine A chez les femmes nouvellement accouchées du mois d'avril 2005 à avril 2011. (Source : résultats SSME)

II.1.1.2 Evolution des résultats de du déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois et les femmes enceintes.

Dans le cadre du déparasitage de masse, la campagne a démarré en avril 2005. Les médicaments employés durant les campagnes sont le Mebendazole du mois d'avril 2005 à mai 2006 et l'Albendazole à partir d'octobre 2006.

Du mois d'avril 2005 à octobre 2007, on note une nette augmentation de la couverture, passant ainsi de 94,1% à 104,5%, chez les enfants de 12 à 59 mois. Par la suite, une diminution de couverture est constatée allant de 100,3% (avril 2008) à 92% (avril 2011). En outre, les taux de couverture supérieurs à 100% sont assez fréquents (mai 2006 à avril 2009). Enfin, la courbe présente une tendance à la baisse, de 94,1% en avril 2002 à 92% en avril 2011.

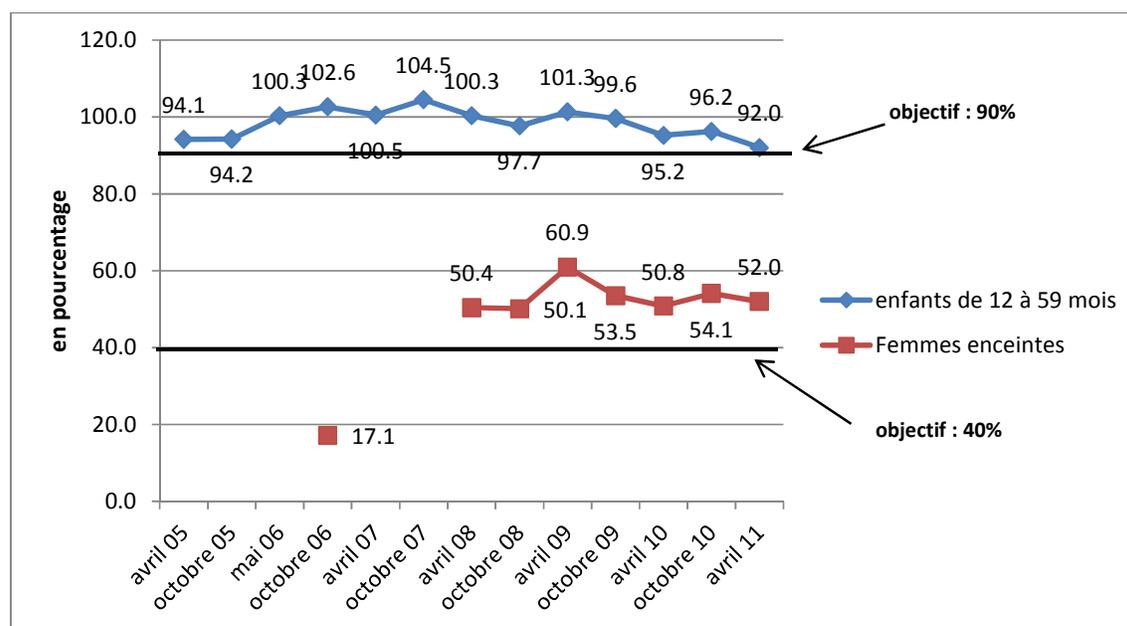


Figure 3 : Evolution de la couverture en déparasitage d'avril 2005 au mois d'avril 2011 chez les enfants de 12 à 59 mois et chez les femmes enceintes. (Source : résultats SSME)

Chez les femmes enceintes, les taux de couverture en albendazole montre une courbe assez régulière entre avril 2008 (50,4%) et avril 2011 (52,0) mais avec une légère hausse en avril 2009 (60,9%). En outre, on constate un taux très bas en octobre 2006 (17,1%) et les couvertures en mebendazole durant l'année 2007 ne sont pas disponibles dans la banque des données des SSME.

II.1.1.3 Etude de l'efficacité des interventions de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage de 2002 à 2011.

Pour la supplémentation en Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois, l'objectif fixé est supérieur à 80% d'avril 2002 à mai 2006, tandis que celui des SSME est plus de 90%. L'étude de l'évolution des résultats de la supplémentation en Vitamine A montre qu'à partir d'octobre 2002 à avril 2011, l'objectif est atteint, soit supérieur à 80% entre octobre 2002 et mai 2006, soit supérieur à 90% à partir d'octobre 2006 (voir Figure 1). Durant cette période, l'efficacité de l'activité de supplémentation en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois est effective. Pour le taux de couverture de 73% en mars 2002, ce résultat est dû à la crise politique postélectorale. La remontée des données des Districts Sanitaires s'avérait être difficile : seuls 48 Districts sur 111 ont envoyés leur rapport soit un taux de complétude de 43 %⁸.

Pour les autres tranches d'âge (6 à 11 mois et 12 à 59 mois), l'étude de l'évolution des résultats de la supplémentation en Vitamine A d'avril 2002 à mai 2006 montre qu'à partir d'avril 2003, l'objectif supérieur à 80 % de couverture est atteint, voire même largement dépassé. Sauf, durant la campagne d'octobre 2004 où le taux de couverture en Vitamine A est de 77 % chez les enfants de 6 à 11 mois (voir Annexe 1).

Durant les 10 éditions de SSME, l'objectif de plus de 90% est atteint sauf pour les enfants de moins de 1 an au cours de la SSME d'octobre 2006 et d'octobre 2010. En effet, l'insuffisance d'information aux mères et à la communauté a été soulevée lors de l'évaluation de qualité. En avril 2010, en matière de mobilisation sociale, seuls 62 % des ménages ont été visités durant la semaine précédent la campagne par les mobilisateurs⁹.

Enfin, l'étude de l'efficacité au niveau des Districts et des Régions montre que durant la période d'avril 2002 à mai 2006, la proportion de SSD ayant un taux de couverture en supplémentation en Vitamine A supérieur à 80 % chez les enfants de 6 à 59 mois passe de 65,8 % en avril 2003 à 97,3% en mai 2006. Ce résultat montre que l'efficacité des SDSP s'améliore d'année en année.

⁸ Ministère de la Santé. Annuaires des Statistiques du Secteur de la Santé, Madagascar, 2002: 236.

⁹ Rapport du Suivi de la Qualité, SSME avril 2010.

Date de la campagne	Nombre de SSD ayant un taux en Vit. A supérieur à 80%	Proportion par rapport au nombre total de SSD
Avril 2003	73	65,8%
Octobre 2003	94	84,7%
Avril 2004	78	70,3%
Octobre 2004	107	96,4%
Avril 2005	107	96,4%
Octobre 2005	105	94,6%
Mai 2006	108	97,3%

Tableau 2 : Nombre et proportion de SSD ayant un taux de couverture en Vitamine A supérieur à 80 % de 2003 à 2006.

Pendant les 10 éditions de SSME, l'évolution de la proportion des Régions et des Districts qui ont atteint un taux de couverture en Vitamine A supérieur à 90% chez les enfants de 6-59 mois est représenté dans la Figure 4.

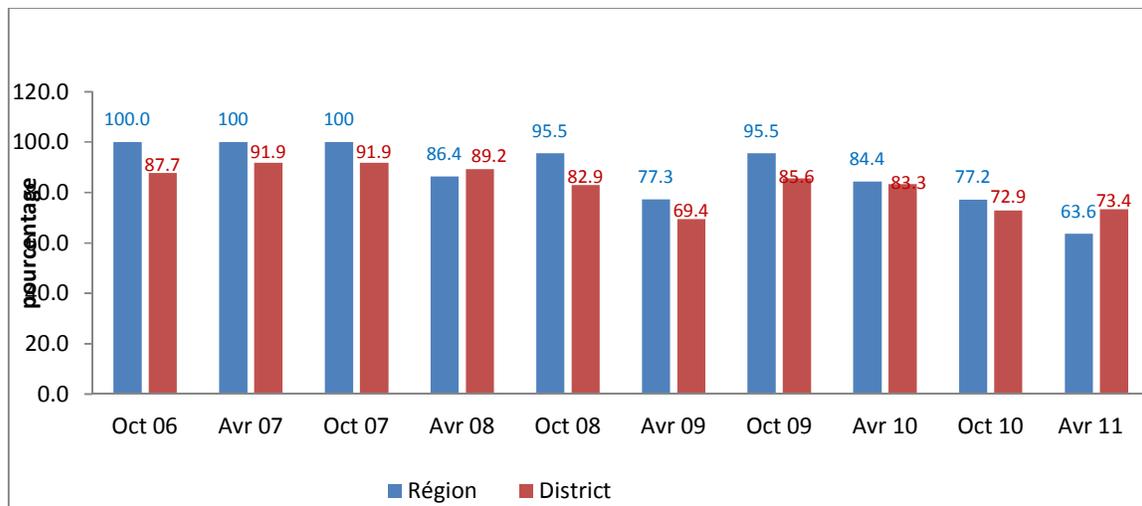


Figure 4. Proportion en % des Régions et des Districts ayant un taux de couverture en Vitamine A > 90% chez les enfants de 6-59 mois

Le pourcentage des Régions qui ont atteint ou dépassé l'objectif fixé en couverture en Vitamine A chez les enfants de 6 -59 mois a diminué progressivement à chaque édition de SSME. Il est passé de 100% en Octobre 2006 à 77,2% en Octobre 2010. Pour l'édition d'avril 2011, ce taux (63,6%) est provisoire, étant donné que le taux de rapportage des résultats est inférieur à 80%. Parallèlement, le pourcentage des Districts qui ont atteint l'objectif fixé est variable, de 87,7% en Octobre 2006 à 72,9% en Octobre 2010, avec le pourcentage le plus bas en avril 2009 à 69,4%.

Pour les femmes nouvellement accouchées, l'efficacité de l'intervention de supplémentation en Vitamine A est effective durant les 2 campagnes annuelles de SSME. En effet, l'objectif de couverture fixé à plus de 80% est atteint ou largement dépassé. Mais, la proportion des Régions et des Districts qui ont atteint respectivement leur objectif suit la même tendance à la baisse que celle des enfants de 6 à 59 mois (Figure 5).

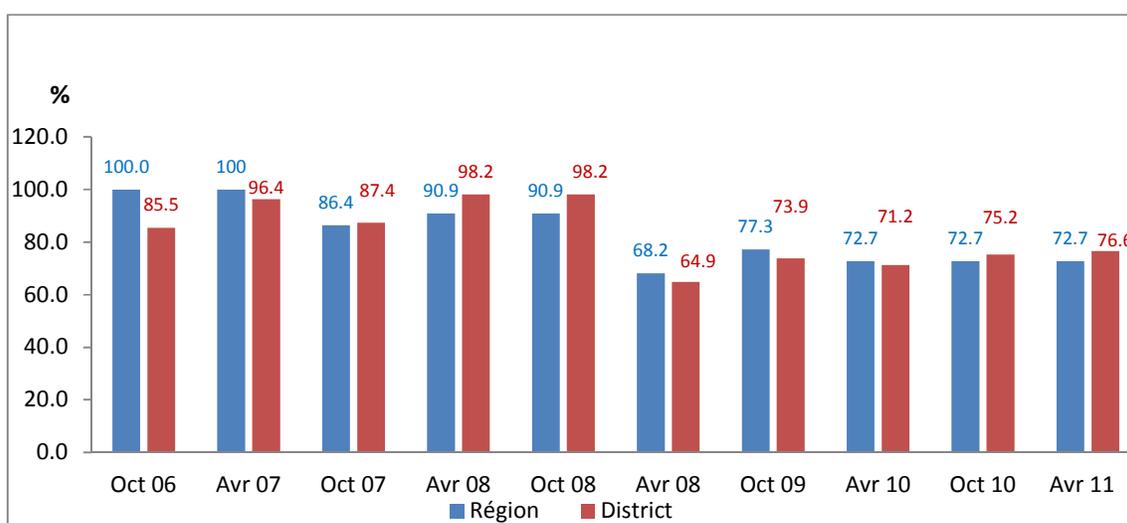


Figure 5. Proportion en %des Régionset des Districts ayant un taux de couverture en Vitamine A> 90% chez les femmes nouvellement accouchées

En effet, au niveau des régions, le pourcentage le plus élevé (100%) est constaté au début des éditions de la SSME (octobre 2006 et avril 2006) et le plus faible en avril 2008 (68,2%). Au niveau des Districts, le pourcentage le plus élevé est observé en avril et octobre 2008 (98,2%) et le plus bas en avril 2009 (64,9%). En matière de déparasitage, l'objectif de plus de 80 % de couverture était atteint d'avril 2005 à mai 2006 (voir Figure 3). L'efficacité de l'intervention est donc effective.

Le Tableau 2 suivant montre la proportion de SSD ayant atteint l'objectif de plus de 80 % de couverture durant les campagnes 2002 à 2006. On note que le nombre de SSD ayant atteint ou dépassé l'objectif augmente progressivement et avec un bond assez important entre octobre 2005 et mai 2006 (accroissement de 12% des SSD). Seuls les SSD d'Antsohihy (77,2%) et de Marolambo

(69,1%) n'ont pas franchi les 80 % de couverture en Mebendazole au mois de mai 2006. Il est à noter que le SSD de Marolambo n'a pas atteint l'objectif durant les 3 campagnes de déparasitage.

Date de la campagne	Nombre de SSD ayant un taux en vit .A supérieur à 80%	Proportion par rapport au nombre total de SSD
Avril 2005	94	85%
Octobre 2005	97	87%
Mai 2006	109	98%

Tableau 3 : Nombre et proportion de SSD ayant un taux de couverture en déparasitage supérieur à 80 % d'avril 2005 à mai 2006.

Pour les campagnes de SSME, le taux de couverture en albendazole présente une diminution progressive d'année en année, allant de 101,5 % en octobre 2006 à 92,0% en avril 2011 (Figure 3).

Pour les femmes enceintes, il est noté que les résultats du déparasitage à l'albendazole chez les femmes enceintes ne sont pas disponibles durant l'année 2007. Mais, à partir d'avril 2008, l'objectif de plus 40% est atteint (voir figure 3). Le taux le plus élevé (54,1%) est observé en octobre 2010 et le plus bas en octobre 2006 (17,1%).

En conclusion, la baisse progressive de l'efficacité des interventions constatée au niveau des certains Districts et des Régions et la tendance à la baisse des couvertures en général sont probablement en rapport avec la forte charge de travail des prestataires due au nombre élevé d'activités proposées aux CSB et à partir de l'année 2009, elle est en rapport avec la contrainte budgétaire liée à la crise socio politique à partir de 2009.

II.1.2 Efficacité de la vaccination chez les enfants de moins de un an et les femmes enceintes durant les SSME.

II.1.2.1 Evolution des résultats de la vaccination durant les 10 éditions de SSME.

La vaccination des enfants de 0 à 1 an, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer fait partie des paquets obligatoires des campagnes de la SSME. Les vaccins préconisés par l'OMS (BCG, anti poliomyélite, DTCHepBHib, anti-rougeole, antitétanique) sont administrés durant la SSME, en stratégies fixe et avancée pour renforcer la routine. Néanmoins, durant 2 éditions, la vaccination ne concernera que la vaccination anti-rougeole en mode campagne dans le cadre du contrôle de la rougeole à Madagascar : les éditions du mois d'octobre 2007 et d'octobre 2010.

L'analyse des données recueillies en matière de vaccination durant les 10 éditions de la SSME amène aux constats suivants :

- la présentation des résultats des campagnes de vaccination diffère d'une édition à une autre ;
- le changement de la population cible : femme en âge de procréer dans les premières éditions et à partir du mois d'octobre 2008, ce sont les femmes enceintes ;
- les modes d'interprétation des résultats changent à chaque édition (taux de couvertures annuelle et mensuelle, taux d'achèvement, taux de récupération, taux de rattrapage, gain en %) ;
- l'objectif tel décrit depuis la SSME d'octobre 2006 (vacciner au moins 95% des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes ayant raté leur dose ultérieurement) a été rarement présenté durant les journées de validation.

Aussi, dans un souci d'harmonisation et de facilitation de l'analyse, les résultats seront décrits suivant deux présentations :

- une présentation décrivant les données brutes pour les antigènes suivants : BCG, DTCHépBHib3, Anti rougeole (VAR) et Antitétanique 2 et plus ;
- une présentation montrant le gain en % de la SSME (voir en annexe 2, le mode de calcul).

Ce choix est dicté selon les arguments suivants :

- à chaque remontée des données, la détermination du dénominateur (nombre de population cible à vacciner) pour le calcul des différents taux n'est pas la même (résultats du recensement ou à partir des données des RMA au niveau CSB, données RMSD au niveau District ainsi qu'au niveau national) ;

- le gain en % ne prend pas en compte le nombre de la population cible, ni le nombre de population cible à vacciner.

Ainsi, dans ce sous paragraphe, on analysera successivement l'évolution du nombre d'enfants vaccinés durant les campagnes, l'évolution des femmes enceintes vaccinées en VAT 2 et + et les gains obtenus par la vaccination des enfants de moins de un an durant les SSME.

➤ **Evolution du nombre d'enfants de moins de un an vaccinés et des femmes enceintes durant les SSME.**

La figure suivante nous montre l'évolution des enfants de moins d'un an vaccinés au BCG et au DTCHépBHib3 durant les SSME. Pour un souci d'analyse, les valeurs des vaccinés des mois d'octobre 2007 et 2010 sont calculées à partir de la moyenne des valeurs des 2 mois précédents.

La progression des nombres de vaccinés par année n'est pas régulière, malgré une augmentation croissante de la population cible. La valeur la plus basse est observée durant la SSME du mois d'avril 2008 pour les 2 antigènes (48 816 vaccinés pour le BCG et 35 292 pour le DTCHépBHib3) et la plus haute en avril 2011 pour les mêmes antigènes (74 063 et 71 857).

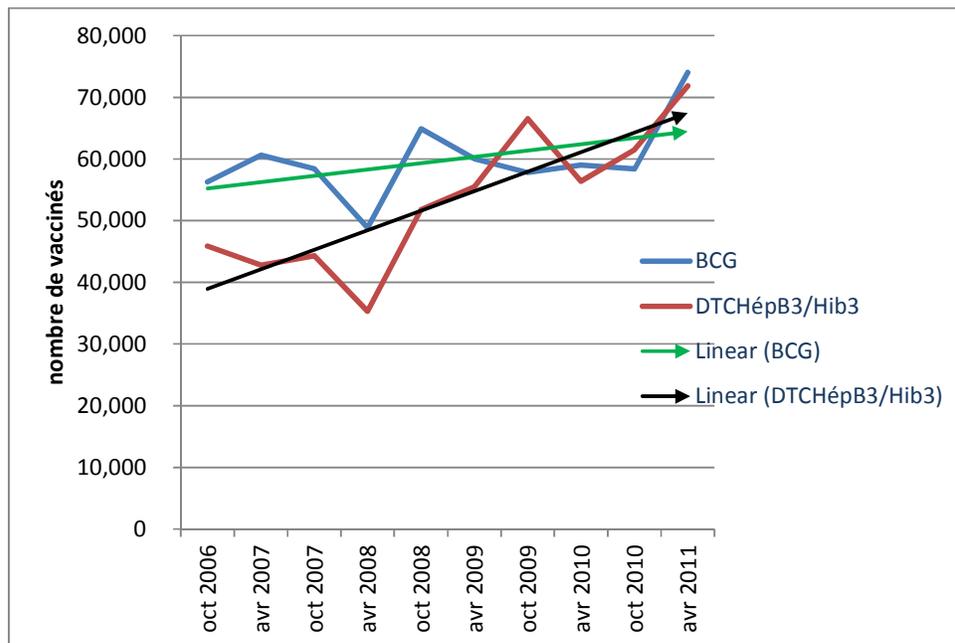


Figure 5: Evolution du nombre d'enfants moins de 1 an vaccinés en BCG et DTCHépB3/Hib3

L'analyse des tendances montre que la progression des vaccinés en DTCHépBHib3 est plus accentuée que celle des vaccinés en BCG. Néanmoins, on remarque que l'allure des 2 courbes est en parallèle avec un léger décalage durant l'année 2009.

Pour la vaccination anti rougeole, la Figure 7 suivante montre que la progression des nombres de vaccinés par année n'est pas régulière. La valeur la plus basse est observée au mois d'avril 2008 et la plus haute, au mois d'avril 2011 si on soustrait les 2 campagnes d'anti rougeole des mois d'octobre 2007 et 2010. Contrairement aux deux courbes précédentes, la progression est moins accentuée.

Pour les deux campagnes anti rougeole, la couverture par rapport à la population cible nationale est de 85,1% pour l'édition d'octobre 2007 et de 97,6% en octobre 2010. En 3 ans, l'augmentation de la couverture est significative et l'effort est palpable.

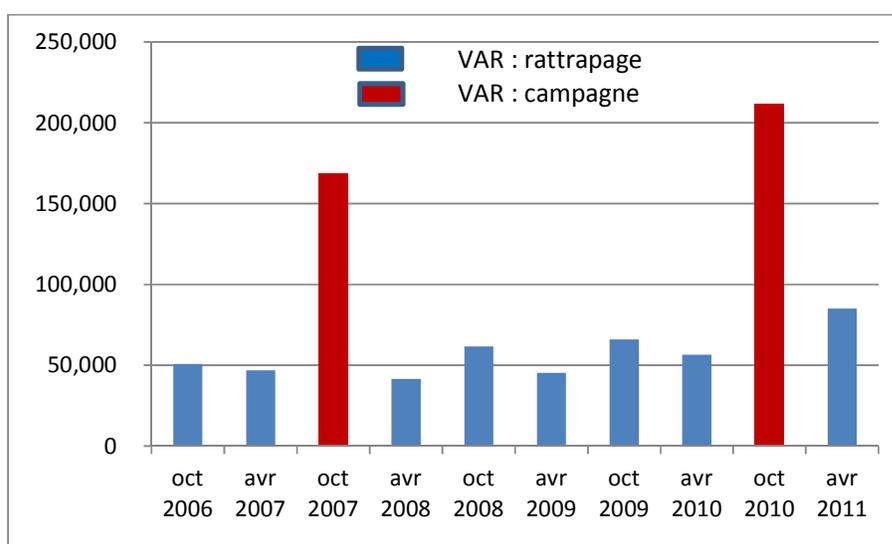


Figure 6 : Evolution du nombre d'enfants moins de 1 an vaccinés en VAR

Pour la vaccination antitétanique, l'étude se limitera à l'évolution des résultats en VAT2 + chez les femmes enceintes à partir du mois d'octobre 2008 (la population cible est la FAP avant cette édition). Par ailleurs, la valeur du mois d'octobre 2010 est une extrapolation à partir des valeurs des 2 mois précédents.

D'emblée, l'allure générale de l'évolution des résultats en VAT2 et + suit l'allure des 2 études précédentes (Figure 8). La valeur la plus basse s'observe durant la SSME d'avril 2010 (59 346 femmes enceintes vaccinées) et la valeur maximale à la SSME d'avril 2011 (82 831 femmes enceintes).

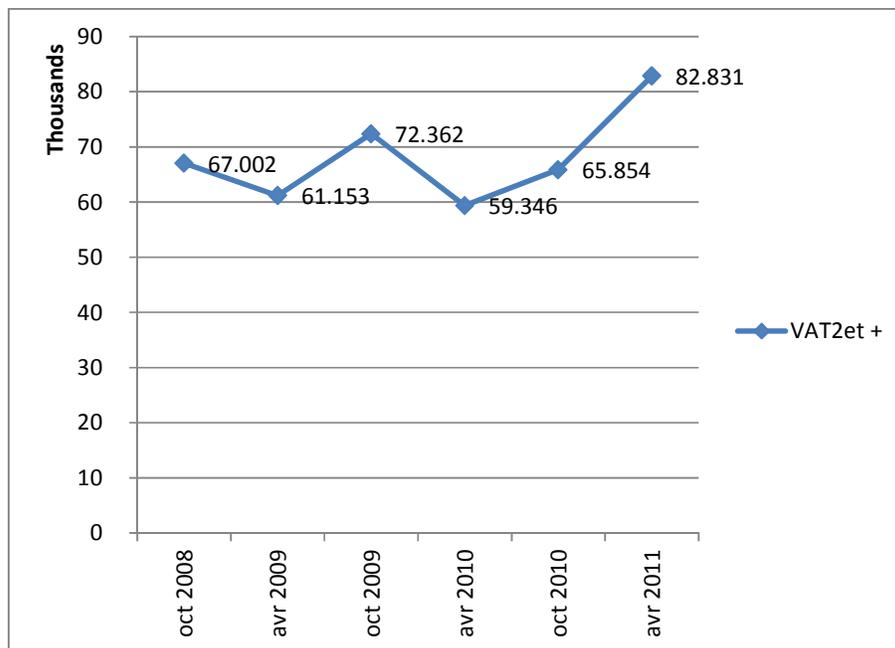


Figure 7 : Evolution du nombre des femmes enceintes ayant reçu les doses VAT2 et +

➤ **Les gains obtenus des SSME de 2006 à 2011.**

Le Tableau 3 et la Figure 9 suivants montrent la progression des gains (en %) de chaque type de vaccination d'octobre 2006 à avril 2011 chez les enfants de moins de 1 an. De l'analyse des 2 présentations, on peut déduire que les gains obtenus ne sont pas constants d'une année à une autre et que la tendance de la progression est faible et irrégulière sauf pour la vaccination au DTCHépB3/Hib3.

En effet, à partir du mois d'octobre 2008, la tendance à la hausse est plus accentuée et le gain est à 90,5% au mois d'avril 2011. Pour la vaccination anti rougeole, malgré l'allure irrégulière des gains, les valeurs atteignent le 100% en avril 2011. Ce qui signifie que le nombre d'enfants vaccinés durant la SSME est supérieur à la moyenne des vaccinés durant les mois de janvier 2011 à mars 2011.

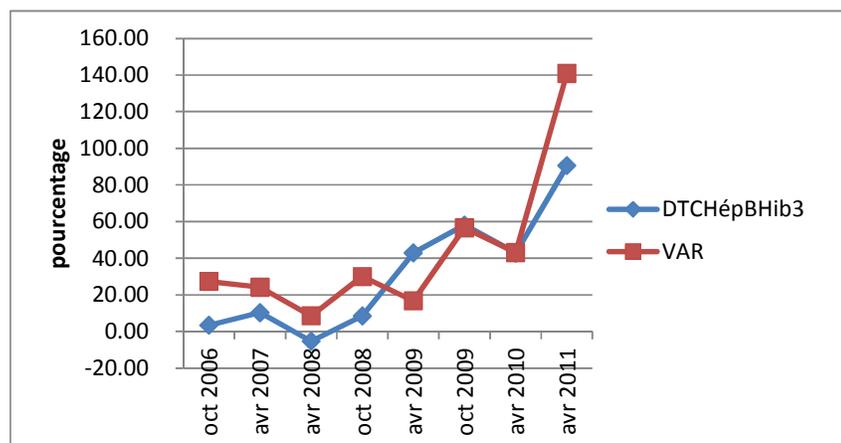


Enfant vacciné au VAR

En outre, au mois d'avril 2008, le nombre d'enfants vaccinés durant la SSME est inférieur à la moyenne des vaccinés durant les mois de janvier 2011 à mars 2011 d'où la valeur négative du gain pour la vaccination au DTCHépB3/Hib3.

Tableau 4: Evolution des gains (en %) obtenus suivant le type d'antigène **Figure 8: Evolution des gains obtenus suivant le type d'antigène**

DATE SSME	DTCHépB3/Hib3	VAR
oct 2006	3,36	27,36
avr 2007	10,30	24,20
avr 2008	-5,30	8,57
oct 2008	8,52	30,03
avr 2009	42,90	16,75
oct 2009	58,19	56,69
avr 2010	42,82	43,11
avr 2011	90,53	140,86



En conclusion, l'étude de l'évolution des résultats de la vaccination durant les 10 éditions de SSME ne nous permet pas d'en tirer des conclusions pertinentes telles que l'atteinte des objectifs de la SSME. Mais elle a l'avantage d'avoir une vue de l'effort fourni par l'ensemble des SDSP du pays qui tend à un meilleur résultat d'année en année malgré quelques bilans négatifs. L'observation de la tendance des résultats au niveau des Régions et des Districts peut améliorer l'analyse des résultats. Mais la réalisation nécessite des données très détaillées et la valeur ajoutée nous semble peu probante.

II.1.2.2 Efficacité des interventions en matière de vaccination

En matière de vaccination, l'objectif est de vacciner au moins 95% des cibles (y inclus les femmes enceintes) ayant raté les doses depuis janvier à la SSME d'avril pour l'édition d'avril et depuis juillet à la SSME d'octobre pour l'édition d'octobre.

Il est à noter que l'étude de l'efficacité de l'intervention est déjà décrite en grande partie dans le cadre de l'évolution des résultats de la vaccination (paragraphe II.2.1.3.). Néanmoins, la Figure 10 décrite ci-dessous, montrant la comparaison entre l'évolution théorique et l'évolution avec la SSME d'octobre 2009 dans le cadre de la vaccination anti rougeole, démontre l'importance du gain acquis qui est de 87% dans ce cas de figure.

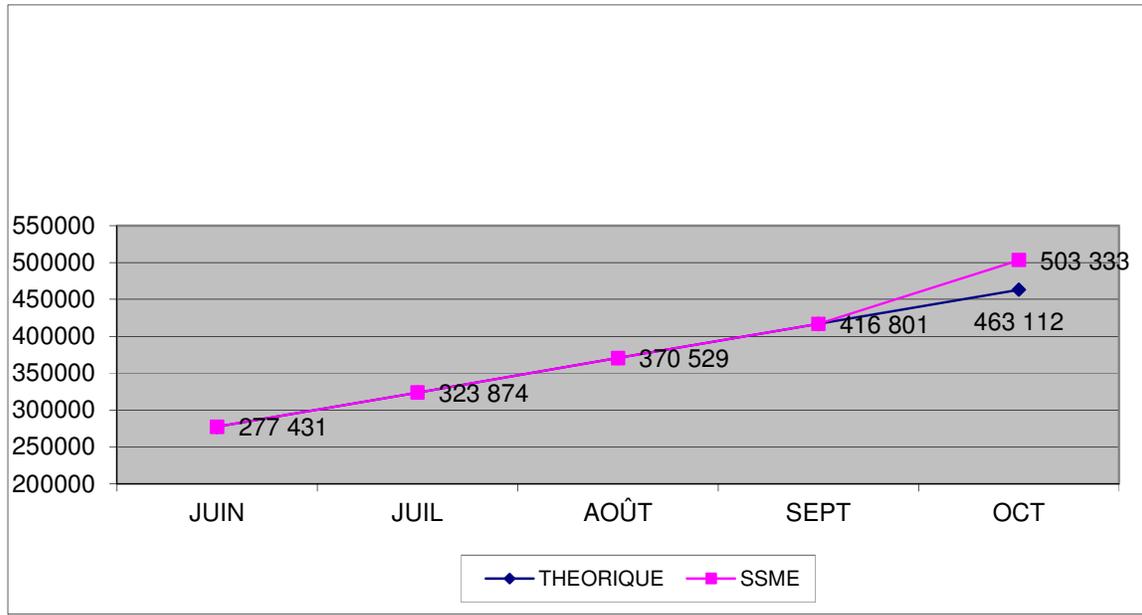


Figure 9: Comparaison de l'évolution théorique et de l'évolution avec la SSME du VAR chez les enfants de moins de 1 an en octobre 2009.

II.1.3 Efficacité des autres interventions durant les SSME

Les objectifs fixés des autres prestations à réaliser durant les campagnes SSME sont de :

- dépister la malnutrition chez au moins 90 % des enfants de 6-59 mois des zones ciblées ;
- faire le test de dépistage du VIH chez au moins 80% des femmes enceintes vues en CPN dans les CSB-PTME ;
- administrer la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP), Dose 1 ou Dose 2, au moins chez 80% des femmes enceintes vues en CPN et à partir du 4^{ème} mois de grossesse ;
- doter de MID au moins 80% des femmes enceintes vues en CPN au CSB ou qui ont reçu un service CPN en stratégie avancée ou mobile ;
- doter de kit individuel d'accouchement toutes les femmes qui accouchent au niveau des formations sanitaires pendant la SSME ;
- recruter au moins 1,10% des Femmes en Age de Reproduction (FAR) pour utiliser une méthode de PF.

Mais, lors de l'organisation de la SSME d'octobre 2009, une réorientation stratégique a été adoptée dans le souci de la qualité des services requis et de l'atteinte des objectifs. Cette réorientation avait consisté à ne mettre en œuvre obligatoirement que les activités qui donnent des résultats démontrés si elles sont menées en mode campagne, à savoir la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage ainsi que la vaccination.

Les autres activités étaient optionnelles en fonction des besoins du SDSP en considérant les ressources disponibles que ce soient humaines, financières ou matérielles. Ce choix est aussi guidé par l'étude des couvertures des interventions avant 2009. En général, les activités qui ont accusé une insuffisance de couverture, seront mise en œuvre par les SDSP. L'utilisation ou la mobilisation des ressources locales et l'appui du programme concerné ont été recommandée pour la mise en œuvre de ces activités.

L'évolution des résultats et l'efficacité des interventions seront présentées ensembles dans les paragraphes suivants.

II.1.3.1 Efficacité du dépistage de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois.

Le tableau suivant montre l'évolution du nombre d'enfants dépistés lors des séances de dépistage de la malnutrition réalisés au niveau des communes ciblées. Le nombre de SDSP varie d'une année à une autre (le maximum est de 26 SDSP ciblés et le minimum 16 SDSP ciblés).

Le taux de dépistage s'améliore à partir de la SSME d'octobre 2008 (voir Tableau 5). Le taux maximum est observé en avril 2010 avec un taux de 92,1%. Le taux minimum est à 47% durant la SSME d'octobre 2008.

L'efficacité de l'intervention n'est effective qu'en avril 2010 (92,1%) mais dans l'ensemble les résultats sont satisfaisants (une moyenne de dépistage de 67,8 %).

Nombre de SDSP	Date SSME	Cible 6 à 59 mois	Nombre d'enfants dépistés	Taux de dépistage en %
26 SSD	avr-08	936 810	581 643	62,1
16 SSD	oct-08	642 814	302 331	47,0
23 SSD	avr-09	863 519	465 286	53,9
26 SSD	oct-09	935 320	760 161	81,3
19 SSD	avr-10	768 152	707 389	92,1

Tableau 5 : Evolution du nombre et du taux de dépistage des enfants de 6 à 59 mois dépistés d'avril 2008 à avril 2010.

II.1.3.2 Efficacité du dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans les centres PTME.

Le tableau suivant montre l'évolution du nombre de femmes enceintes dépistées au niveau des centres PTME. Il est noté que l'allure des taux de dépistage est très irrégulière. Les taux de dépistage varient de 40 % (octobre 2007) à 76,2% (avril 2007). L'efficacité de l'intervention n'est pas prouvée, étant donné que l'objectif de 80% n'est pas atteint.

Pour la séropositivité des femmes enceintes dépistées, le nombre de dépistées positif varie de 1 à 5, le maximum (5 cas) est observé durant la SSME du mois d'octobre 2009. Durant les SSME d'avril 2007 et de l'année 2010, aucune femme enceinte dépistée n'est séropositive.

Situation PTME	Date SSME	Nombre de femmes enceintes vues en consultation	Nombre de femmes enceintes dépistées	Taux de dépistage (%)	Nombre de femmes enceintes séropositives
Obligatoire	oct-06	31 101	18 695	60,1	2
Obligatoire	avr-07	10 998	8 375	76,2	0
Obligatoire	oct-07	24 074	9 629	40,0	1
Obligatoire	avr-08	40 952	25 612	62,5	3
Obligatoire	oct-08	26 204	17 799	67,9	3
Obligatoire	avr-09	27 451	13 267	48,3	2
Option	oct-09	3 432	1 491	43,4	5
Option	avr-10	17 382	9 724	55,9	0
Option	oct-10	293	208	71,0	0

Tableau 6 : Evolution du nombre et du taux de dépistage des femmes enceintes au niveau des centres PTME d'octobre 2006 à octobre 2010.

En outre, si on se réfère au nombre de femmes enceintes dépistées durant les années 2008, 2009 et 2010 à Madagascar, la proportion des femmes enceintes dépistées durant les SSME est décrite dans le tableau suivant. D'emblée, on remarque que la valeur ajoutée des SSME au programme PTME est assez importante. En effet, durant l'année 2008, plus de la moitié des femmes enceintes (52,4%) ont été dépistées durant les 2 éditions. Le dépistage est devenu optionnel à partir d'octobre 2009 d'où la diminution de la proportion des femmes dépistées durant les SSME (22% en 2009 et 11,6% en 2010).

Année	Nombre total de femmes enceintes dépistées	Nombre des femmes enceintes dépistées durant SSME	Proportion des femmes enceintes dépistés durant SSME (%)
2008	128 083	67 156	52,4
2009	140 261	30 883	22,0
2010	152 600	17 675	11,6

Tableau 7 : Proportion de femmes enceintes dépistées durant les SSME (2008-2009-2010) par rapport au nombre total des femmes enceintes dépistées.

II.1.3.3 Efficacité des activités de Consultation Périnatale (CPN) au cours des SSME

Durant les 10 éditions de SSME, les activités de CPN ont été obligatoires jusqu'au mois d'avril 2008 et devenues optionnelles à partir d'octobre 2009. Les activités ont été abandonnées à partir du mois d'octobre 2010.

Le Tableau 8 suivant nous montre l'évolution des résultats des différentes activités réalisées dans le cadre de la CPN. Outre la consultation périnatale, les femmes enceintes reçoivent des moustiquaires imprégnées d'insecticides dans les zones endémiques du paludisme ainsi que la prise de comprimés de Sulfadoxine Pyrimetamine (SP).

Situation CPN	Période de la SSME	Grossesses attendues	CPN Totales	Femmes ayant reçu MID	F.E ayant reçu SP	Proportion F.E vues en CPN ayant reçu MID (%)	Proportion F.E >4mois ayant reçu SP (%)
Obligatoire	oct-06	887 246	235 984	33 544	106 459	14	45
Obligatoire	avr-07	264 737					
Obligatoire	oct-07			1 503 801 ¹⁰			
Obligatoire	avr-08	942 320	139 246	35 335	89 821	25	65
Obligatoire	oct-08	936 493	115 949	4 742	80 714	4	70
Obligatoire	avr-09	415 168			77 615		
Option	oct-09	216 171	2 697 ¹¹		38 138		
Option	avr-10	179 632	25 611 ¹²		42 454		

Tableau 8 : Evolution du nombre de femmes enceintes vues en CPN et ayant reçu des MID et du comprimé de Sulfadoxine Pyrimetamine d'octobre 2006 à avril 2010.

Notons que plusieurs données ne sont pas disponibles telles que la distribution des MID durant la 2^{ème} édition et la TPI durant l'année 2007. La proportion des femmes ayant reçu le MID reste faible par rapport à l'objectif de 80% (14% en octobre 2006, 25% en avril 2008 et 4% en octobre 2008). Néanmoins, la campagne de vaccination anti rougeole couplée avec la distribution de MID en octobre 2007 a permis à 1 503 801 enfants âgés de 6 à 59 mois d'être dotés en MID, soit une couverture de l'ordre de 98,3% par rapport à la population cible des zones ciblées.

Pour le programme TPI, d'octobre 2006 à octobre 2008, la proportion de femmes enceintes ayant pris les doses de Sulfadoxine Pyrimetamine durant les SSME est assez importante mais sans atteindre l'objectif fixé de 90 %. Les proportions sont respectivement de 45%, 65% et 70% en octobre 2006, avril 2008 et octobre 2008. Par contre, les proportions n'ont pu être calculées en avril 2009, octobre 2009 et avril 2010 du fait de l'absence ou de l'insuffisance des données sur les CPN totales.

¹⁰ Distribution de MID chez les enfants âgés de 6 à 59 mois

¹¹ Données incomplètes : 67 districts sur 71 n'ont pas des données sur les CPN total en octobre 2007

¹² Données incomplètes : les CPN vues en stratégie avancée ne sont pas comptabilisées

II.1.3.4 Analyse des résultats de la Planification Familiale durant les SSME

L'étude de l'évolution des résultats de l'activité de Planning Familial en stratégies fixe et avancée montre que les taux de réalisation chez les nouvelles utilisatrices sont très satisfaisants dans l'ensemble. Les taux de réalisation ne sont pas loin de l'objectif qui est de recruter 1,10% des FAR. En effet, les taux de réalisation varient de 54% (octobre 2009) à 96% (avril et octobre 2008) et la moyenne est de 80%. Notons que pour l'édition d'octobre 2006, les données ne sont pas désagrégées en NU et UR. Le total des clients est de 111 866 clients soit un taux de couverture contraceptive annuelle de 0,02 %. En outre, les données de PF pour les mois d'octobre 2006 et avril 2007 ne sont pas disponibles au niveau de la banque de données des SSME.

Situation PF	Période SSME	Cible (nbre)	NU toutes méthodes (nbre)	Taux de réalisation chez les NU (%)
Obligatoire	oct-06	50 476		
Obligatoire	avr-07	51 889		
Obligatoire	oct-07	51 889	42 262	81
Obligatoire	avr-08	50 000	48 040	96
Obligatoire	oct-08	53 901	37 787	96
Obligatoire	avr-09	54 789	34 154	62
Option	oct-09	39 691	21 372	54
Option	avr-10	19 986	18 064	90

Tableau 9 : Evolution du nombre de femmes ayant utilisé des méthodes de contraception lors des SSME d'octobre 2006 à avril 2010.

II.2 Pertinence des campagnes de supplémentation en Vitamine A et du déparasitage et de l'approche SSME.

II.2.1 Impact des paquets d'intervention de la SSME sur les données sanitaires de routine des CSB.

II.2.1.1 Impact de la supplémentation en Vitamine A et du déparasitage sur les données sanitaires de routine du CSB.

La Vitamine A figure parmi les nutriments utilisés dans la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). En outre, dans le cadre de la surveillance nutritionnelle au niveau des CSB, elle est prescrite chez les enfants âgés de 6 à 35 mois et achetée au niveau du FANOME. Malgré la différence de tranche d'âge de la population cible entre la surveillance nutritionnelle de routine (6 à 35 mois) et les campagnes de supplémentation en Vitamine A et les SSME (6 à 59 mois), l'étude de l'impact des campagnes sur les activités de routines des CSB peut être réalisée à partir de l'étude de l'évolution de la distribution mensuelle de Vitamine A durant la surveillance nutritionnelle en routine.

Pour un souci de clarté, la figure montrant l'évolution du nombre des enfants de 6 à 35 mois ayant reçus de la Vitamine A en surveillance nutritionnelle dans les CSB sera scindée en deux parties.

La Figure 11 suivante décrit l'évolution du nombre d'enfants ayant reçu de la Vitamine A de 2002 à 2006 et ce, dans le cadre de la surveillance nutritionnelle des CSB. Elle montre que le nombre des enfants âgés de 6 à 35 mois augmente considérablement durant les mois pendant lesquels se déroulent les campagnes, c'est-à-dire les mois d'avril et octobre pour les années 2003 à 2006.

Pour l'année 2002, un décalage est observé : le pic se situe au mois mai. Ceci est dû au retard de données provenant des SSD et ce, provoqué par la crise postélectorale.

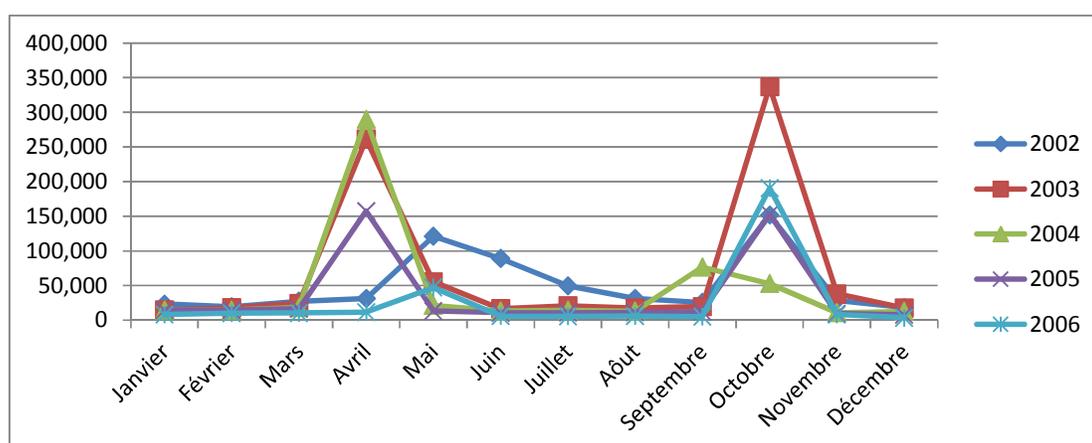


Figure 10: Evolution du nombre d'enfants âgés de 6 à 35 mois ayant reçu de la Vitamine A de 2002 à 2006. (Source : GESIS 2002 à 2006, Ministère de la Santé)

Durant les 10 éditions de SSME, l'allure générale des courbes s'apparente à celle des campagnes de 2002 à 2006. Les fortes augmentations du nombre des enfants ayant reçu la Vitamine

A correspondent au mois où se déroulent les campagnes (figure 13). Notons que les résultats de l'année 2010 en avril et octobre sont très élevés par rapport aux autres années. Ils sont la conséquence du changement de rapport mensuel d'activités au Ministère de la Santé Publique. En effet, la tranche d'âge des enfants en surveillance nutritionnelle passe de 6 mois à 3ans à 6 mois à 5 ans à cette période.

En outre, malgré la nouvelle politique en matière de supplémentation en Vitamine A qui préconise l'abandon de la supplémentation en Vitamine A en surveillance nutritionnelle à partir de 2009, les CSB continuent à la prescrire durant la surveillance nutritionnelle de routine en 2010. Notons que les résultats de l'année 2009 ne sont pas inclus dans la figure, étant donné le faible taux de rapportage dû à la crise sociopolitique.

Enfin, durant les mois en dehors des campagnes, on note une diminution progressive du nombre des enfants ayant reçu de la Vitamine A, alors que le nombre de nouveaux inscrits en surveillance nutritionnelle ne cesse d'augmenter (voir annexe 3). Ce fait est la conséquence de l'abandon progressive de la prise de la Vitamine A en routine et ce, au profit des campagnes biannuelles.

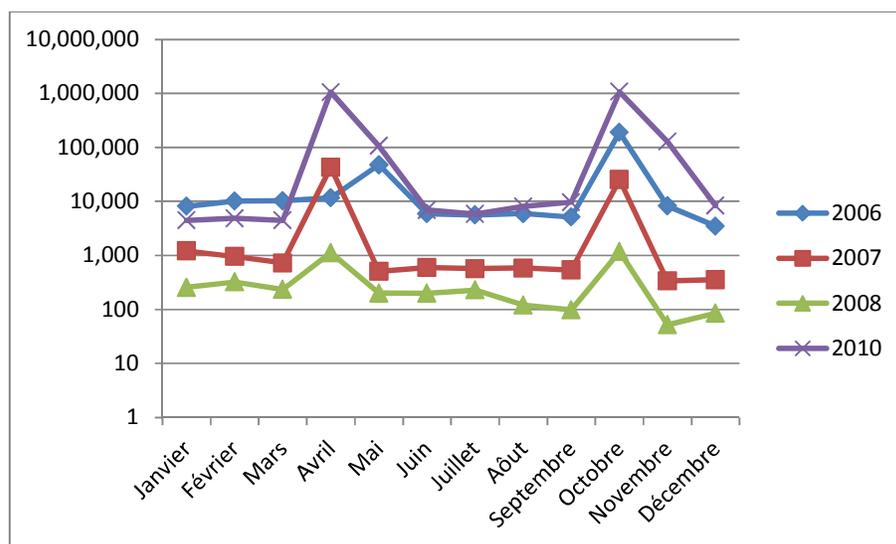


Figure 11 : Evolution du nombre d'enfants de 6 mois à 3 ans (2006-2008) et moins de 5 ans (2010) supplémentés en Vit A dans le cadre de la surveillance nutritionnelle (Source : GESIS 2006 à 2010, Ministère de la Santé)

En ce qui concerne des helminthiases chez les enfants âgés de moins de 5 ans, elles ne figurent pas parmi les dix premières causes de morbidité vues en consultation externe des CSB. Néanmoins, les helminthiases sont la principale cause de l'anémie et de l'avitaminose A des enfants de moins de 5 ans. A Madagascar, l'étude de la prévalence des helminthiases (ascaridioses,

ankylostomiases et trichiuroses) n'existe pas chez les enfants d'âge préscolaire. En outre, les données de laboratoires recueillies au niveau des rapports statistiques des hôpitaux ne mentionnent que la positivité ou non positivité des examens de selles. De ce fait, l'impact des campagnes de déparasitage chez les enfants d'âge préscolaire sur les activités de routine des CSB est difficilement mesurable.

En conclusion, la valeur ajoutée des campagnes de supplémentation en Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois sur les activités de routine de surveillance nutritionnelle des CSB est justifiée et positive.

II.2.1.2 Impact de l'activité de vaccination des SSME sur les données sanitaires de routine des CSB.

L'étude de l'impact des campagnes de vaccination sur les données de routine durant les 10 éditions de SSME est basée sur l'observation de la variation mensuelle des vaccinés décrite dans les rapports mensuels d'activités des centres de santé.

Le tableau suivant nous montre l'évolution mensuelle des enfants de moins de un an vaccinés au VAR et au DTCHépBHib3 entre 2006 et 2010.

Le nombre d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés au DTCHépBHib3 et au VAR présente une augmentation assez conséquente durant les mois de SSME par rapport aux mois qui précèdent la campagne. La différence est assez importante et parfois supérieure à la valeur du mois précédant. Ce constat est retrouvé à l'analyse des gains dans le chapitre II.1.2.1.

Période	2006		2007		2008		2009		2010	
	DTCHép BHib3	VAR	DTCHép BHib3	VAR	DTCHép BHib3	VAR	DTCHépBHib3	VAR	DTCHépBHib3	VAR
Janv	40 780	35 752	39 746	34 949	37 806	36 377	38 969	34 206	39 178	35 882
Fevr	35 572	36 575	36 568	37 373	34 328	35 733	38 275	38 685	39 361	38 595
Mars	38 713	39 993	40 040	40 654	39 674	42 833	39 280	39 964	39 973	35 838
Avril	37 208	35 904	71 705	87 425	74 966	97 336	59 426	66 314	69 303	77 955
Mai	45 376	42 554	47 489	42 879	48 957	41 491	38 346	36 031	47 807	44 265
Juin	45 311	39 124	49 134	40 666	50 929	41 437	40 582	36 989	47 002	38 407
Juil	49 640	39 622	62 353	47 738	54 133	45 784	41 608	38 015	50 678	42 241
Août	52 915	44 493	53 028	43 148	45 812	40 525	40 386	35 923	51 604	44 019
Sept	53 923	46 106	53 030	43 318	43 144	45 706	41 697	37 571	54 913	46 162
Oct	68 728	68 007	65 752	163 053	57 477	78 064	59 424	63 203	73 528	180 761
Nov	50 284	52 296	44 364	40 308	32 021	35 622	37 593	32 054	55 561	68 964
Déc	39 659	32 562	39 270	32 996	35 831	30 768	25 915	21 688	42 327	33 303

Tableau 10 : Nombre des enfants vaccinés par mois et par année en DTCHépBHib3 et VAR de 2006 à 2010. (GESIS 2006 à 2010, Ministère de la Santé)

La Figure suivante nous montre la part de la SSME sur la couverture annuelle des 2 antigènes. En 2006, les parts de la SSME d'octobre 2006 sont de 8% pour le DTCHépBHib3 et de 10% pour le VAR. Ce résultat n'est pas négligeable pour une seule édition dans l'année et durant la période 2008-2009 sans campagne de masse de VAR, la SSME a participé à des proportions plus importantes (de 15% à 20% de la couverture annuelle des 2 antigènes).

En conclusion, la vaccination en rattrapage et de masse réalisée pendant les SSME a une forte valeur ajoutée sur les résultats annuels de la vaccination au niveau des CSB et augmente de façon significative la couverture, surtout pour la couverture en VAR durant les campagnes de masse de VAR (part de la SSME de 35 % sur la couverture annuelle en octobre 2007 et part de 42 % en octobre 2010).

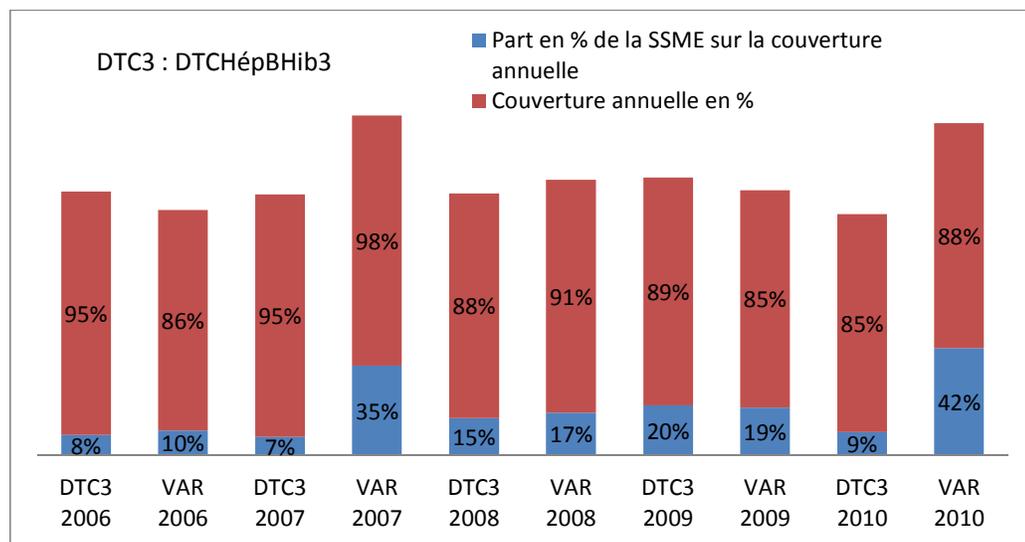


Figure 13 : Part de la SSME (DTCHépHib3 et VAR) sur la couverture annuelle en DTCHépHib3 et en VAR. (Source : Service de la Vaccination, MSP)

II.2.2 Impact des interventions de la SSME sur les indicateurs de santé

II.2.2.1 Impact de la supplémentation en Vitamine A et du déparasitage sur les indicateurs de santé.

D'après les enquêtes successives d'EDS ,il est noté une augmentation du taux de couverture de 4% à 76% de 1997 à 2003 (Figure 14). Les campagnes nationales de supplémentation de masse en Vitamine A introduite à partir de 1998 a contribué significativement à cette augmentation de la couverture. Ensuite, le graphe montre une diminution progressive du taux de couverture en Vitamine A chez les 6 à 59 mois de 76% à 72% entre 2003-2004 et 2008-2009. Par ailleurs, une enquête nationale réalisée en 2010 chez les enfants de 12 à 59 mois montre un taux de couverture de supplémentation en Vitamine A de l'ordre de 70%, qui est en contradiction avec l'évolution des taux de Vitamine A de la SSME d'octobre 2007 (104,2%) à octobre 2010 (96,8%)¹³ (voir Annexe 1).

Pour conclure, la diminution constatée entre les 2 dernières EDS est le reflet de l'évolution des résultats de la supplémentation en Vitamine A des 10 éditons de SSME et de l'étude de la prise de Vitamine A chez les enfants de moins de 3 ans dans le cadre de la surveillance nutritionnelle des CSB. En effet, pour toutes les tranches d'âge, la performance des CSB tend à diminuer de 2006 à 2011 sous l'influence de 2 facteurs : la prise en charge de plusieurs interventions sans apport de personnels de santé supplémentaires et la contrainte budgétaire constatée depuis 2009.

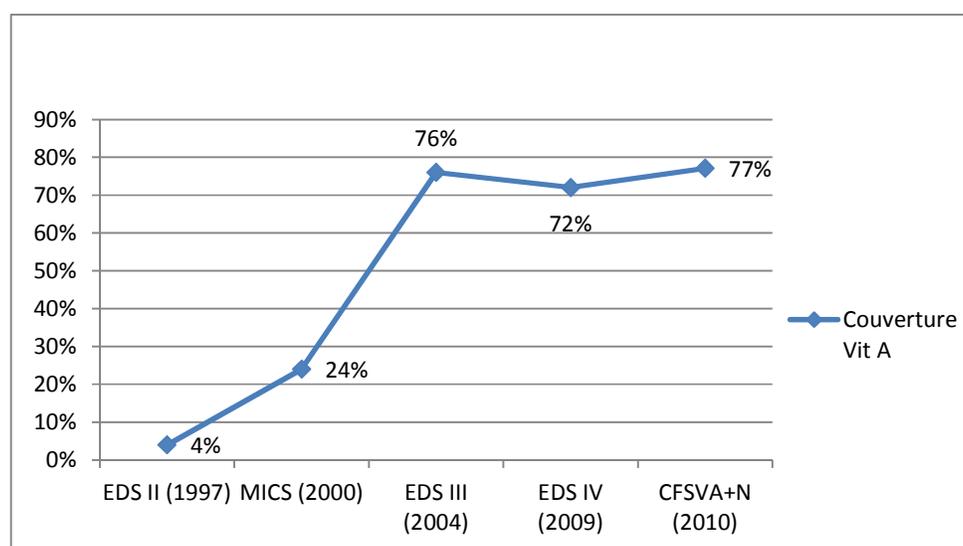


Figure 124. Evolution du couverture en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois et 12 à 59 mois (Source : EDS, MICS et CFSVA+N)

¹³ UNICEF and WFP. Comprehensive Food and Nutrition Security and Vulnerability Analysis, Madagascar, 2010 : 86

Pour le déparasitage par l'albendazole, les données disponibles proviennent de l'EDS 2008-2009 et de la CFSVA+N (2010) qui montrent respectivement un taux de couverture de 69% et de 79,3% chez les enfants de 12 à 59 mois. Cette tendance à la hausse de la couverture est en contraste avec celle des SSME qui tend à diminuer d'année en année mais avec un taux toujours supérieur à 90% (Voir Figure 3).

II.2.2.2 Impact des vaccinations de rattrapage et des campagnes en VAR sur les indicateurs de santé.

L'impact sur la couverture nationale de vaccination des enfants peut être mesuré par l'étude de l'évolution des couvertures vaccinales des enfants de 12 à 23 mois décrites dans les EDS successives. La figure suivante présente l'évolution de la couverture vaccinale en VAR de 1997 à 2009. L'évolution de la courbe montre une augmentation progressive de la couverture en VAR de 1997 (46%) à 2009 (62%).

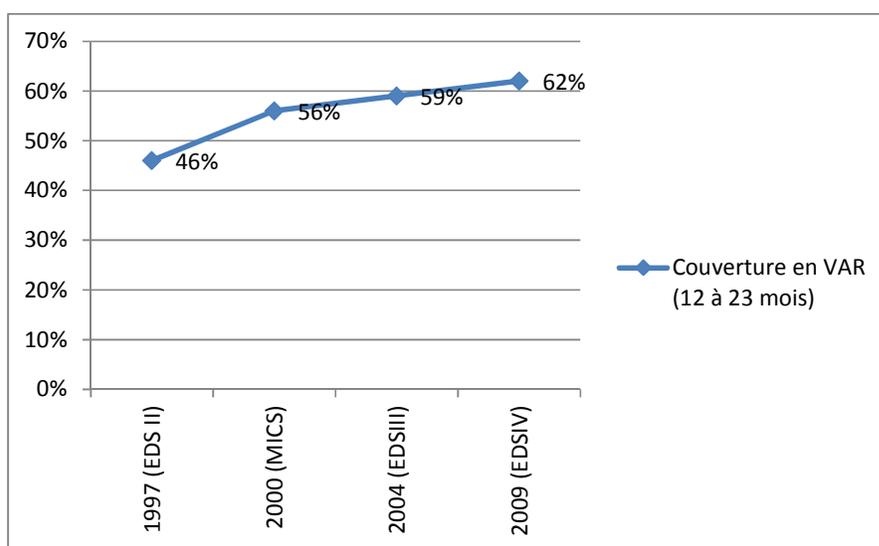


Figure 13: Evolution du taux de couverture en VAR de 1997 à 2009.
(Source : EDS et MICS)

En outre, l'étude de la morbidité de la rougeole en consultation externe des CSB et de la mortalité hospitalière (Figure 15), montre qu'avant les campagnes de masse, le nombre de cas suspect de rougeole reste stable de 1999 à 2004. En 2009, les cas suspects de rougeole sont tombés à 330 pour la morbidité et à 1 cas suspect pour la mortalité hospitalière soit une réduction de 98% pour la morbidité et de 92% pour la mortalité. Notons que les cas confirmés de rougeole sont de 2 cas en 2009 et 1 cas en 2010¹⁴. Aucun cas confirmé de rougeole n'a été notifié de 2006 à 2008.

¹⁴ Un cas de rougeole est confirmé après une analyse sérologique positive à l'IPM.

En conclusion, il est raisonnable de penser que les campagnes de vaccination de masse de VAR et les séances de rattrapage lors des SSME ont eu un impact important sur l'évolution de la couverture nationale de la vaccination anti-rougeole et de la morbidité et mortalité hospitalière de la rougeole chez les enfants de moins de cinq ans. Pour les autres antigènes, l'apport des SSME aux indicateurs de santé ne sont pas négligeables, étant donné leur impact sur les données de routine des CSB.

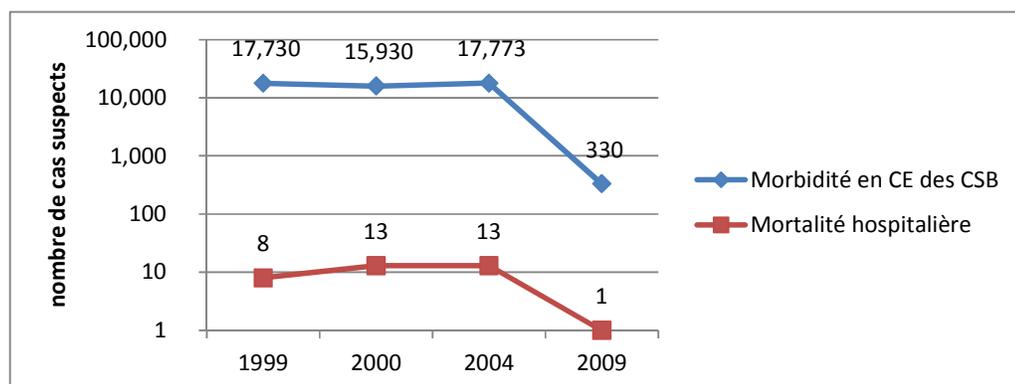


Figure 14: Evolution de la morbidité vue en CE et mortalité hospitalière de la rougeole de 1999 à 2009. (Source : GESIS 1999 à 2009)

II.2.3 Effet de la supplémentation en Vitamine A et du déparasitage sur l'état nutritionnel des enfants

En 2004, l'UNICEF a mis en place un programme de déparasitage de masse chez les enfants âgés de 2 à 5 ans intégré aux campagnes nationales de distribution de Vitamine A au Népal. Une étude d'évaluation de l'impact a montré une baisse significative de la prévalence de l'ankylostomiase et de sa charge parasitaire et une baisse de la prévalence de l'anémie après seulement deux passages de déparasitage¹⁵. En outre, l'association de la supplémentation en Vitamine A, de la prise biannuelle d'albendazole et de prise de Fer chez les écoliers de 6-14 ans a entraîné au Burkina Faso une baisse de l'anémie de 53% après un an d'intervention¹⁶.

A Madagascar, la figure ci-dessous montre l'évolution de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans durant les EDS successives et la couverture en Vitamine A et en déparasitage de 1997 à 2009. Le pourcentage des enfants anémiés de 6 à 59 mois a diminué de 68 % à 50 % entre les EDS III et IV. Pour l'année 1997, la proportion est de 66,8%, mais elle a comme population d'étude les enfants âgés de 6 à 35 mois. Parallèlement, la couverture en albendazole tend à augmenter de 2005

¹⁵ Pragya Mathema and al. Reduced anemia through Biannual deworming brings Brighter Future for Preschool children in Nepal : Deworming Impact Study. Oral Communication, IVACG 2004, Lima (Pérou).

¹⁶ CRS/HKI. Impact du programme intégré de santé scolaire sur le taux d'hémoglobine des écoliers de moins de 14 ans dans la province du Kourwéogo au Burkina Faso. 2002.

à 2009, passant de 94% à 100% et la couverture en Vitamine A de 100% à 96% de 2004 à 2009. Aussi, il est fort probable que le déparasitage couplé à la supplémentation en Vitamine A a eu un impact sur la diminution de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois, mais l'hypothèse reste à vérifier.

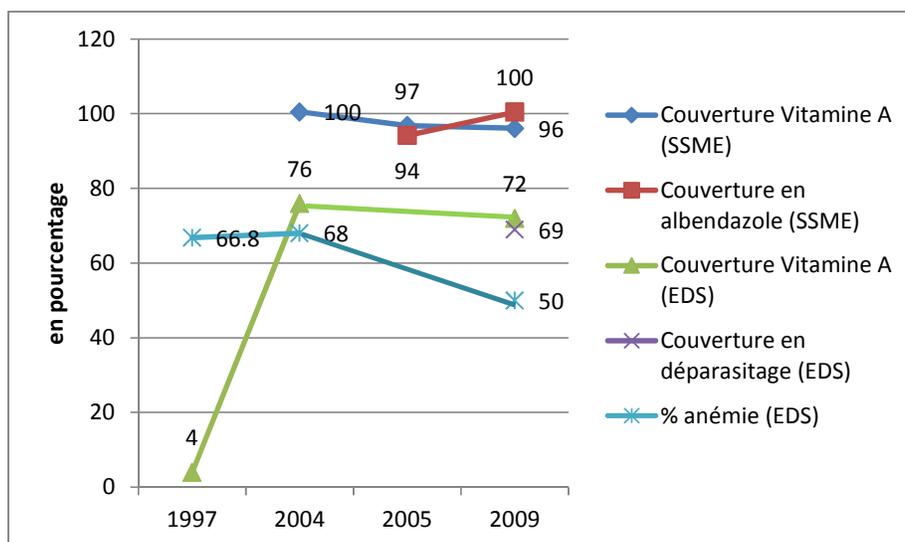


Figure 15 : Evolution de l'anémie, des couvertures en Vitamine A et en albendazole chez les enfants de 5 ans de 1997 à 2009. (Sources : EDS, SSME)

II.2.4 Etude de la Stratégie « Approche Urbaine »

II.2.4.1 Justifications de la stratégie

Lors des campagnes SSME antérieures, il a été constaté une faible couverture avoisinant les 50% en matière de prestations de service SSME dans les grandes villes des ex-provinces de Madagascar où des couches de cibles entre autres les démunis, les marginalisés et les gens de classe aisée ne bénéficient pas des offres de services de la SSME.

Dans les grandes villes, l'utilisation des canaux interpersonnels a été insuffisante parce que les mobilisateurs sociaux ont été débordés par la forte concentration de population. En effet, l'inégalité des couches sociales présentait des obstacles d'accès pour les mobilisateurs et les agents communautaires. D'autant plus, les transmetteurs d'influence (leaders communautaires et leaders d'opinions) ainsi que les transmetteurs d'information (relais communautaires, ONG, enseignants....) n'étaient pas suffisamment impliqués. Ces villes sont : Antananarivo Renivohitra, Antsirabe I, Diégo I, Mahajanga I, Toamasina I, Fianarantsoa I, Fianarantsoa II et Toliara I.

Durant la SSME d'octobre 2010, le Ministère de la Santé Publique a initié la Stratégie "Approche Urbaine" au niveau des villes citées ci dessus et qui est une approche adoptée par chaque District urbain pour obtenir une meilleure couverture des prestations de la SSME.

II.2.4.2 Stratégie de mise en œuvre

Le système « porte à porte » adopté dans cette stratégie constitue une approche incontournable pour atteindre les cibles. Une réunion élargie des forces vives autre que le comité de pilotage est tenue au début pour informer, sensibiliser et effectuer un plaidoyer auprès des autres entités et leaders locaux.

Après cela, chaque District doit élaborer un plan d'action spécifique pour les deux derniers jours de la SSME afin d'atteindre les objectifs fixés. Ce plan d'action n'est pas intégré dans le micro plan SSME, et nécessite des ressources additionnelles (humaines et financières) en plus.

La collaboration avec les congrégations minoritaires et les autres couches spécifiques de la population a été soutenue : comme le cas par exemple des Pakistanais, Indiens, Chinois, Comoriens, tireurs de pousse-pousse, les marchands ambulants....)

En plus, les activités de mobilisation sociale seront à renforcer à travers des sensibilisations sur terrain par les mobilisateurs et la diffusion auprès des médias des messages invitant les cibles à saisir cette opportunité pour bénéficier des prestations de services SSME à domicile.

Les mobilisateurs et les AC ont été formés en CIP et aussi comment effectuer un recensement rapide des cibles au niveau de la communauté. Certains Districts ont adopté des stratégies « écoles », « marchés » pour cibler les préscolaires.

➤ **Résultats de quelques grandes villes après approche urbaine**

Les résultats de la supplémentation en Vitamine A chez les enfants et les femmes enceintes au niveau des villes de Toamasina, Mahajanga, Fianarantsoa I et II sont décrits dans le tableau 9 suivant.

DISTRICTS	SSME AVRIL 2010						SSME OCTOBRE 2010 + approche urbaine					
	6-11mois		12-59 mois		FNA		6-11mois		12-59 mois		FNA	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Toamasina I	2703	71%	33657	113%	757	53%	3260	77%	30069	102%	798	57%
Mahajanga I	2881	95%	23909	98%	856	76%	2568	68%	26584	101%	1014	86%
Fianarantsoa II	7621	83%	70492	99%	2685	78%	8596	82%	75416	103%	3136	90%
Fianarantsoa I	2292	74%	25475	107%	550	48%	3169	86%	25098	97%	1007	82%

Tableau 11: Nombre et proportion des enfants ayant reçu la Vitamine A en Approche Urbaine.

La comparaison entre la SSME d'avril 2010 et la SSME d'octobre 2010 montre que les avantages de la stratégie ne sont pas concluants dans toutes les villes. En effet, les gains sont très variables. L'augmentation a été surtout très probante chez les femmes nouvellement accouchées et dans la ville de Toamasina I chez les enfants de 6 à 11 mois et à Fianarantsoa II chez les enfants de 6 à 59 mois.

Les Points Forts de cette approche urbaine sont :

- Le nombre d'équipe fixe et mobile a été augmenté, et par conséquent, on a pu cibler les groupes minoritaires, les fokontany à problèmes et toutes les couches de population par l'implication et la mobilisation de toutes les entités.
- L'évaluation et l'analyse journalière des données par le chef CSB, l'équipe de superviseur, l'EMAD et EMAR ont permis d'orienter ou de continuer les actions déjà entreprises, prédéfinies dans le plan d'action.

Les Points à améliorer sont :

- Le temps consacré à l'approche est insuffisante. Il fallait étendre la stratégie urbaine dès le début de la SSME.
- L'intégration de l'approche dans la micro planification SSME est pertinente pour éviter la recherche d'autres ressources.

II.3 Financement de l'approche SSME (2006-2011)

II.3.1 Evolution du financement des campagnes SSME.

Les campagnes SSME nécessitent un budget assez important, étant donné les activités à mener aussi bien avant que pendant et après la campagne. En outre, les rubriques de financement sont très nombreuses, augmentant ainsi les coûts totaux de la campagne et entraînant souvent des problèmes dans la gestion de pièces justificatives.

Le financement définitif de chaque SSME passe par plusieurs étapes. L'étape principale est la micro planification réalisée au niveau des Districts. Le budget prévisionnel issu des Districts est ensuite ajouté au budget des Régions et du niveau central pour constituer le budget national à présenter aux Partenaires financiers.

Le budget définitif n'est obtenu qu'après moult tractations tout en passant à la priorisation des activités en cas de baisse de la ressource financière.

Pour un souci d'harmonisation, l'étude du financement des SSME classera les rubriques en 3 grands groupes :

- Budget avant campagne qui regroupera le financement des activités telles que la micro planification, les formations, la mobilisation sociale, le fonctionnement de la coordination nationale, les outils de gestion et la logistique ;
- Budget pendant la campagne formé par les dépenses inhérentes à la conduite des activités (indemnités, carburants,...), les intrants, la gestion des déchets et la supervision;
- Budget après campagne dont les dépenses pour le suivi de la qualité et l'atelier de validation.

Le tableau suivant décrit la répartition des dépenses par grandes rubriques d'octobre 2006 à octobre 2011. La somme totale des dépenses s'élève pour cette période à 21 160 258 099 ariary¹⁷. La proportion de chaque rubrique est très variable. Les dépenses pendant la campagne prennent la première place avec une proportion de 47,1%, suivi par les dépenses avant campagne (41,1%). Cette répartition est acceptable, étant donné la grande charge financière durant la campagne proprement dite (indemnité des prestataires,...).

¹⁷ Coût opérationnel : hors salaire des fonctionnaires et hors contribution en nature du niveau périphérique.

Dépenses par grandes rubriques	Montant	Proportion en %
Dépenses avant campagne	8 698 404 139	41,1
Dépenses pendant campagne	9 966 205 829	47,1
Dépenses après campagne	2 495 648 131	11,8
Total	21 160 258 099	100

Tableau 12: Répartition des dépenses par grandes rubriques (2006-2011)

La répartition des dépenses totales par période de la SSME est décrite dans le tableau suivant. Les dépenses les plus élevées sont observées durant les SSME d'avril 2008 (21,9 %) et d'octobre 2007 (17,1 %).

Pour les dépenses d'octobre 2007, les surplus de dépenses peuvent s'expliquer par le couplage de la campagne de masse de vaccination de la rougeole avec les interventions habituelles de la SSME.

Date SSME	Dépenses par SSME	Proportion en %
Octobre 2006	815 297 858	3,9
Avril 2007	1 139 194 218	5,4
Octobre 2007	3 614 300 368	17,1
Avril 2008	4 630 464 830	21,9
Octobre 2008	1 215 765 620	5,7
Avril 2009	1 218 059 344	5,8
Octobre 2009	2 826 791 177	13,4
Avril 2010	2 120 779 208	10,0
Octobre 2010	1 398 989 500	6,6
Avril 2011	2 180 615 976	10,3
TOTAL	21 160 258 099	100

Tableau 13: Répartition des dépenses totales et proportion des dépenses par période de la SSME

En matière de prise en charge des dépenses, le tableau suivant montre la répartition des sources de financement par rubriques des dépenses.

D'emblée, on remarque que l'UNICEF est le principal bailleur de fonds des SSME. En effet, l'UNICEF participe financièrement à 6 sur les 9 rubriques décrites dans le tableau ci-dessus. Et ces 6 rubriques sont parmi celles qui sont les plus budgétivores (budgets avant et pendant campagne). A partir de l'année 2009, début de la crise socio-politique à Madagascar, l'UNICEF est la principale source de financement des SSME à laquelle participent aussi le Ministère de la Santé Publique, l'OMS et la Centrale d'Achat SALAMA.

RUBRIQUES	SOURCE DE FINANCEMENT
Intrants et outils de gestion	UNICEF
Mobilisation sociale	UNICEF, GAVI, ONN,SANTENET
Mise en œuvre au niveau District	UNICEF
Supervision District et central	UNICEF
Supervision DRS	UNICEF ou une fois c'est l'UNFPA
Mobilisation sociale DRS et District	UNFPA (avril 2010)
Lancement national	UNFPA, GAVI, GSK, LIONS, Eglise Des Saints Derniers jours, SALAMA,ZAIN, ONN
Enquête d'évaluation	OMS
Validation nationale des résultats	UNICEF ou cofinancement avec OMS

Tableau 14: Répartition des sources de financement par rubriques des dépenses.

La participation du Ministère de la Santé est sous forme de financement du fonctionnement des centres de santé de base (salaires des agents de santé, pétrole nécessaire aux réfrigérateurs, fournitures de bureau, contribution à l'achat des vaccins, moyens de transport pour la supervision...).

II.3.2 Coûts unitaires des campagnes SSME.

Le coût unitaire par bénéficiaire du programme SSME sera défini avec la tranche d'âge de 6 à 59 mois. En effet, la tranche d'âge de 6 à 59 mois est la tranche d'âge de référence dans les études internationales sur la nutrition. Les coûts unitaires par rapport au nombre d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu la Vitamine A sont décrits dans le tableau et la figure ci-dessous.

Date SSME	Dépenses par SSME (MGA)	Taux de supplémentation en Vit. A des enfants de 6 à 59 mois en %	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu de la Vit. A	Coût unitaire (MGA)	Coût unitaire en USD ¹⁸
oct-06	815 297 858	92,9	3 186 990	256	0,13
avr-07	1 139 194 218	99,6	3 251 463	350	0,18
oct-07	3 614 300 368	103	3 369 138	1 073	0,56
avr-08	4 630 464 830	100,2	3 258 000	1 421	0,74
oct-08	1 215 765 620	97,7	3 212 225	378	0,20
avr-09	1 218 059 344	93,8	3 192 734	382	0,20
oct-09	2 826 791 177	98,4	3 330 823	849	0,44
avr-10	2 120 779 208	95,8	3 296 211	643	0,35
oct-10	1 398 989 500	95,3	3 308 479	423	0,23
avr-11	2 180 615 976	91	3 279 202	665	0,34

Tableau 15. Coûts unitaires des dépenses chez les enfants âgés de 6 à 59 mois pendant les 10 éditions de SSME.

¹⁸ Coût calculé selon le taux de l'année en cours.

Les coûts unitaires varient de 256 Ariary à 1 421 Ariary. Les coûts les plus élevés sont observés durant les SSME d'octobre 2007 (1 073 Ariary) et avril 2008 (1 421 Ariary). Le financement de la SSME d'octobre 2007 a été assez important (3 614 300 368 Ariary) à cause de la campagne de la vaccination anti rougeole réalisée durant cette édition. La SSME d'octobre 2006 (815 297 858 Ariary de dépenses), la première édition de SSME, a le coût unitaire le plus bas (256 ariary). En outre, l'analyse du tableau montre que le coût unitaire pour chaque édition de SSME est plus ou moins en corrélation avec le taux de couverture obtenu. Ainsi, les coûts unitaires les plus élevés correspondent à des taux de couverture les plus importants (octobre 2007, avril 2008 et octobre 2009), sauf pour les éditions d'avril 2007 et octobre 2008 où les taux de couverture sont assez élevés (99,6% et 97,7%) pour des coûts unitaires assez bas (350 ariary et 378 ariary). Ce constat montre que la performance n'est pas toujours en relation avec le financement.

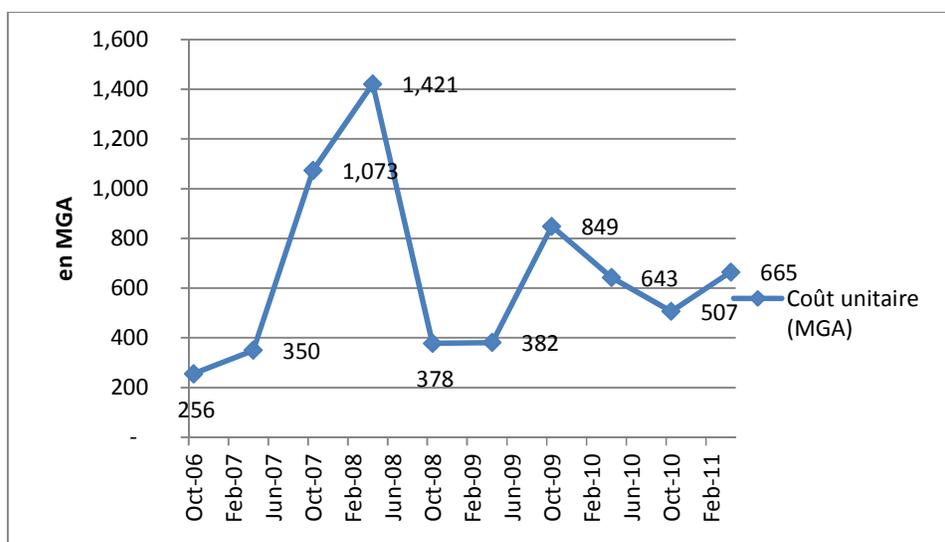


Figure 16 : Evolution des coûts unitaires des dépenses chez les enfants de 6 à 59 mois pendant les 10 éditions de SSME.

En Somalie, une évaluation économique réalisée en 2010 sur 2 Journées de Santé de l'Enfant (Round1 : Dec. 08 à Mai 09 ; Round2 : Août 09 à Avril 10) a donné les résultats des couvertures suivants¹⁹ :

- Couverture de la VAR (9 à 59 mois) : R1 = 65 % et R2= 86% ;
- Couverture en albendazole(12 à 59 mois) : R1= 64% et R2 =74% ;
- Couverture en Vitamine A(6 à 59 mois): R1=64% et 84%.
- Couverture en VPO (0-59 mois) : R1= 65% et R2= 89%

¹⁹ Economic evaluation Child Health Days in Somalia, Draft , November 2010

Les dépenses totales des 2 Round sont estimées à 17,65 millions d'USD. Le coût unitaire par bénéficiaire est de 0,90\$ pour le round 1 et de 0,76 \$ pour le round 2.

Ces coûts unitaires sont supérieurs aux coûts unitaires des SSME. Mais, la durée assez longue des campagnes (6 mois et 9 mois) augmente les dépenses par rapport aux 5 jours de chaque édition de SSME. En outre, la comparaison entre les coûts unitaires et les performances des interventions montrent que les SSME sont plus efficace en terme de couverture que les 2 round de Journée de Santé de l'enfant en Somalie. En effet, la couverture en Vitamine A en avril 2009 (93,8%) et en avril 2010 (95,3%) des SSME est largement supérieur à celle des 2 campagnes (64% et 84%) en Somalie. Mais l'extrapolation de notre population cible à partir du RGPH 1993 et le taux assez important de l'USD par rapport à l'Ariary ne plaident pas à la faveur des SSME.

II.4 Résultats de l'enquête sur la SSME d'avril 2011.

II.4.1 But et objectifs de l'enquête

Dans le cadre de l'évaluation de l'approche SSME (octobre 2006 à avril 2011), l'un des objectifs est de collecter et d'analyser comparativement les populations ayant bénéficié des Campagnes selon leur milieu de résidence (urbain ou rural) et la stratégie employée (fixe, avancée, mobile), afin de déterminer si l'approche SSME est véritablement une stratégie équitable.

La revue des données sur les résultats des 9 éditions de SSME et la mission d'observation durant la SSME d'avril 2011 ont montré l'absence de données sur la répartition des couvertures des interventions (supplémentation en Vitamine A, déparasitage et vaccination) selon le milieu de résidence et les types de stratégie employée.

Selon la littérature, pour apprécier l'équité des campagnes de vaccination ou de supplémentation en Vitamine A, l'enquête auprès des bénéficiaires est la méthode la plus utilisée pour évaluer la couverture dans les zones à risque et selon le milieu de résidence.

Etant donné le temps imparti pour la réalisation de cette évaluation et le coût trop élevé d'une enquête communautaire d'envergure nationale, il a été préférable de réaliser une enquête auprès des EMAD et des CSB. Cette enquête étudiera les résultats de la SSME d'avril 2011 en compilant les données selon le milieu de résidence et les stratégies employées au niveau des CSB.

Ainsi, l'enquête se fera au niveau 24 Districts et 48 CSB qui ont été sélectionnés de façon aléatoire et représentative afin d'obtenir des informations qualitatives provenant du niveau opérationnel en complémentarité des données quantitatives disponibles (voir en Annexe 3 le protocole d'enquête).

Les objectifs de l'étude sont de :

- Déterminer au niveau des SDSP et CSB enquêtés, la couverture des principales interventions (supplémentation en Vitamine A, prise d'Albendazole, dépistage de la malnutrition et vaccination) durant la SSME d'avril 2011 et selon :
 - le milieu de résidence de la population cible (urbain et rural) ;
 - les stratégies employées (fixe ou avancée/mobile) ;
- Evaluer l'équité des interventions à partir des résultats de l'enquête ;
- Identifier les obstacles qui ont contribué à la mauvaise performance des couvertures de chaque intervention au niveau du District et des CSB ;
- Déterminer les bonnes pratiques qui ont permis d'obtenir des résultats plus performants au niveau des Districts et des CSB ;

- Obtenir des propositions de solutions pour l'amélioration et la pérennisation de l'approche SSME.

II.4.2 Analyse des résultats de l'enquête.

II.4.2.1 Caractéristiques des SDSP et CSB enquêtés.

Le tableau 16 suivant montre que 71 % des SDSP enquêtés ont au moins un CSB fermé (le maximum de CSB fermés est de l'ordre de 8 CSB). Les SDSP dit ruraux ont le plus de CSB fermés (10) et surtout chez les SDSP non performants.

	SDSP Urbain			SDSP Rural			Total Général	%
	SDSP perf.	SDSP non perf	Total	SDSP perf.	SDSP non perf	Total		
Pas de CSB fermé	2	0	2	4	1	5	7	29
CSB fermé=1	0	3	3	2	3	5	8	33
CSB fermé > ou = 2	3	1	4	1	4	5	9	38
Total	5	4	9	7	8	15	24	100

Tableau 16: Nombre et proportion des SDSP enquêtés selon le nombre de CSB fermés.

En matière de prise en charge des CSB fermés, elle est assurée en grande partie par les personnels de santé venant du SDSP (65 %). En outre, 30 % des CSB fermés sont pris en charge par le CSB contigu et seul un CSB est pris en charge par la DRSP (Tableau 17).

Equipe de PEC	SDSP Urbain			SDSP Rural			TOTAL	%
	SDSP perf.	SDSP non perf	Total	SDSP perf.	SDSP non perf	Total		
ESM de la DRS	0	0	0	0	1	1	1	5
CSB périphérique	2	0	2	1	3	4	6	30
Venant du SDSP	2	4	6	2	5	7	13	65
Pas de PEC	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4	4	8	3	9	12	20	100

Tableau 17: Nombre et proportion de SDSP selon le type de prise en charge des CSB fermés.

D'emblée, on remarque tous les CSB fermés sont tous pris en charge. Ce qui signifie que la population cible de ces CSB bénéficient en théorie des interventions de la SSME. Mais, étant donné la surcharge de travail au niveau du CSB contigu, le secteur du CSB fermé est-il couvert à 100% ?

En analysant le nombre des équipes au niveau des CSB enquêtés, il varie de 2 à 16 équipes. La couverture du secteur du CSB2 rural de Tolagnaro semble être assurée avec ses 13 équipes en avancée et 3 en fixe. Le Tableau 18 suivant montre que le milieu rural bénéficie d'un nombre conséquent en équipe avancée. En effet, 95 % des CSB ruraux ont un nombre élevé en équipe avancée par rapport au nombre d'équipe fixe.

Pour les CSB urbains, 60 % d'eux ont un nombre d'équipe avancée supérieur au nombre d'équipe fixe. Aussi, la prise en charge de la population cible durant la SSME semble être assurée chez la plupart des CSB enquêtés, en particulier chez les CSB ruraux.

	CSB Urbain		CSB Rural		Total	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Nombre équipe avancée < Nombre équipe Fixe	4	40	2	5	6	13
Nombre équipe avancée > ou = Nombre équipe Fixe	6	60	36	95	42	87
Total	10		38		48	100

Tableau 18: Nombre et proportion de CSB enquêtés selon le milieu de résidence et le nombre d'équipe mobilisée.

II.4.2.2 Etude de l'équité des interventions en supplémentation en Vitamine A et en déparasitage au niveau des SDSP et des CSB enquêtés

Notons que les couvertures en Vitamine A et en albendazole issues dans cette étude ne sont pas une estimation de la couverture nationale. Dans cette étude, ces résultats permettent d'avoir un aperçu des couvertures au niveau des 24 SDSP et des 48 CSB enquêtés afin d'apprécier l'équité selon le milieu de résidence et le type de stratégie. Une intervention (en milieu urbain/rural ou en stratégie fixe/avancée) est équitable quand la majorité de la population cible a eu accès à l'intervention en particulier dans les zones reculées et ou enclavées.

Au niveau des 24 SDSP, la couverture en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois est de 73,7%, tandis que chez les femmes nouvellement accouchées, elle est de 69 % (Tableau 19). Parmi les enfants de 6 à 59 ans des 10 SDSP urbains, la couverture en Vitamine A est de 92,9% et chez les femmes nouvellement accouchées, elle est de 85,7%. Enfin, elle est de 68,8% chez les enfants de 14 SDSP ruraux et de 64,9% chez les femmes nouvellement accouchées.

	Enfants de 6 à 59 mois	Enfants 12-59 mois	Femmes nouvellement accouchées	Femmes enceintes
	Couverture en Vitamine A	Couverture en albendazole	Couverture en Vitamine A	Couverture en albendazole
TOUS SDSP	73,7	74,1	69,1	32,9
SDSP Urbain	92,9	92,4	85,7	33,8
SDSP Rural	68,8	69,4	64,9	33,8

Tableau 19: Couverture en Vitamine A et en albendazole des SDSP suivant les tranches d'âge et le milieu de résidence.

Pour la couverture en albendazole, elle est de 74,1% chez les enfants de 12 à 59 mois et de 32% chez les femmes enceintes pour tous les 24 SDSP. Chez les SDSP urbains, la couverture est respectivement de 92,4% et 33,8% tandis que chez les SDSP ruraux, elle est de 69,4% et 33,8%.

Dans l'ensemble, la population cible des 24 SDSP ne bénéficie pas totalement de la supplémentation en Vitamine A et du déparasitage. En outre, la population cible des SDSP ruraux est plus défavorisée que celle des SDSP urbains que ce soit en supplémentation en Vitamine A qu'en déparasitage. Mais, par rapport aux objectifs fixés durant la SSME, les couvertures au niveau des SDSP urbains ont dépassées les objectifs de couverture en Vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois (92,9%) et les femmes nouvellement accouchées (85,7%). Le résultat est aussi positif pour la couverture en albendazole chez les enfants de 12 à 59 mois (92,4%). Aussi, pour la population urbaine des 10 SDSP, l'efficacité des interventions est prouvée pour ces 3 tranches d'âge.

Pour les CSB, le tableau suivant nous montre les couvertures en Vitamine A et en albendazole dans l'ensemble des 48 CSB et selon le milieu de résidence et le type de stratégie.

	Couverture en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois	Couverture en albendazole chez les enfants 12-59 mois	Couverture en Vitamine A chez les femmes nouvellement accouchées	Couverture en albendazole chez les femmes enceintes
TOUS CSB	93,4	96,1	83,9	36,4
CSB Urbain	75,7	84,8	68,6	29,2
CSB Rural	95,4	92,9	81,8	35,5
Stratégie Fixe	65,7	61,9	62,9	26,6
Stratégie avancée	93,3	102,5	72,0	37,1

Tableau 20: Couverture en Vitamine A et en albendazole des CSB suivant les tranches d'âge, le milieu de résidence et le type de stratégie.

Pour l'ensemble des CSB (n=48), la couverture en Vitamine A est respectivement de 93,4% et 83,9% chez les enfants de 6 à 59 mois et les femmes nouvellement accouchées. De même, la couverture en albendazole est de 96,1% et 36,4% chez les enfants de 12 à 59 mois et les femmes enceintes (Figure 20).

Chez les 10 CSB urbains, la couverture en Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois est de 75,7% et de 68,6% pour les femmes nouvellement accouchées. Pour la couverture en albendazole, elle est respectivement de 84,8% et 29,2% chez les enfants de 12 à 59 mois et les femmes enceintes.

A l'endroit des 38 CSB ruraux, la couverture en Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois est de 95,4% et de 81,8% pour les femmes nouvellement accouchées. Pour la couverture en albendazole, elle est respectivement de 92,9% et 35,5% chez les enfants de 12 à 59 mois et les femmes enceintes.

En matière de stratégie fixe (n=48), la couverture en Vitamine A est respectivement de 65,7% et 62,9% chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes nouvellement accouchées. Pour la couverture en albendazole, elle est de 61,9% et 26,6% chez les enfants de 12 à 59 mois et chez les femmes enceintes.

Enfin, pour la stratégie avancée (n=48), la couverture en Vitamine A est respectivement de 93,3% et 72,0% chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes nouvellement accouchées. Pour la couverture en albendazole, elle est de 102,5% et 37,1 % chez les enfants de 12 à 59 mois et chez les femmes enceintes.

En matière d'équité, les CSB ruraux et les interventions en stratégie avancée au niveau des 48 CSB enquêtés ont pu drainer la plupart de leur population cible, surtout chez les enfants de 12 à 59 mois en stratégie avancée et ce, dans le cadre du déparasitage. Pour la stratégie fixe des 48 CSB et les 10 CSB urbains, l'accès de la population cible aux interventions est moins important. Ce résultat montre que la stratégie avancée est une stratégie efficace pour atteindre les populations cibles pendant la SSME, et que, par contre, des réflexions supplémentaires seront nécessaires pour davantage mobiliser les populations urbaines, ce qui a d'ailleurs déjà été constaté dans les autres éditions de SSME.

Enfin, l'étude réalisée en 2010 par l'UNICEF et le PAM (CFSVA+N) montre que la couverture en Vitamine A et en albendazole chez les enfants de 12 à 59 mois et de 17 à 59 mois habitant à plus de 3 heures de marche d'un centre de santé est très basse par rapport à celle des enfants habitant à moins de 3 heures de marche (Tableau 21). Ces résultats démontrent que les populations difficiles d'accès continuent de ne pas bénéficier des services de la SSME, alors que l'approche SSME vise justement à atteindre ces populations.

Durée de marche en heure entre l'habitation et le centre de santé	Couverture en Vitamine A chez les enfants de 12 à 59 mois	Couverture en albendazole chez les enfants de 17 à 59 mois
Inférieure à 1 heure	80,7%	74,6%
1 – 3 heures	73,2%	65,1%
3 – 6 heures	54,8%	49,2%
Supérieure à 6 heures	47,4%	59,1%

Tableau 21 : Taux de couverture en Vitamine A et en albendazole des enfants de 12 à 59 mois et de 17 à 59 mois selon la durée de marche entre l'habitation et le centre de santé en 2010

II.4.2.3 Etude de l'équité de l'intervention de dépistage de la malnutrition au niveau des CSB enquêtés

Dans l'ensemble, le taux de dépistage en malnutrition des enfants 6 à 59 mois est de 89,7 %. Ce taux est de l'ordre 66,6% en stratégie fixe et de 104 % en stratégie avancée (tableau 22). Ainsi, le dépistage de la malnutrition en stratégie avancée est plus avantageux qu'en stratégie fixe. L'ensemble des enfants et même des enfants venant des secteurs environnants ont pu être dépistés.

	Population cible	Enfant dépisté	Taux de dépistage
CSB ciblés (n=10)	30 194	27 092	89,7
Stratégie fixe	11 538	7 689	66,6
Stratégie avancée	18 656	19 403	104,0

Tableau 22: Taux de dépistage de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois selon le type de stratégie.

II.4.2.4 Etude de l'équité dans le cadre de la vaccination de rattrapage en DTCHepHib3 et VAR au niveau des SDSP et des CSB.

Etant donnée la non disponibilité des données au niveau des certains Districts et CSB, seuls les résultats de 19 SDSP sur les 24 et 37 CSB sur les 48 enquêtés ont pu être exploités. En outre, l'absence de données sur la répartition des vaccinés entre stratégie avancée et fixe tant au niveau des SDSP qu'au niveau des CSB limitera notre étude à la répartition entre la zone urbaine et la zone rurale. En effet, les données issues des RMA des CSB ne mentionnent pas la répartition des enfants vaccinés selon le type de stratégie.

Enfin, le nombre d'enfants à vacciner durant la SSME n'est pas mentionné dans les questionnaires pour SDSP et CSB, il est alors impossible de calculer le taux de rattrapage global des 24 SDSP et 48 CSB. Seuls, les taux par SDSP et CSB sont disponibles. Aussi, notre étude se focalisera sur l'étude du taux de chaque SDSP et CSB et voir ainsi l'équité de l'intervention par SSD et par CSB.

➤ **Etude de la répartition des SDSP et des CSB suivant le taux de rattrapage en DTCHépHib3 et en VAR chez les enfants de 0 à 11 mois**

Le tableau suivant montre la proportion de SDSP et de CSB ayant des taux de rattrapage supérieur ou égal à 100% dans l'ensemble des SDSP ou CSB et selon le milieu de résidence. On peut dire que, pour ces SDSP et CSB dont le taux est supérieur ou égale à 100%, tous les enfants de moins de 1 an recensés (en zone rurale ou zone urbaine) ont pu être vaccinés.

La proportion de SDSP (n=19) dont le taux de rattrapage est supérieur ou égal à 100% est de 10,5% pour le DTCHépHib3 et 15,7% pour le VAR (tableau 23). En zone urbaine, cette proportion est respectivement de 20% pour le DTCHépHib3 et 0% pour le VAR tandis qu'elle est de 15,3% et 23% pour le DTCHépHib3 et le VAR en zone rurale.

L'étude des CSB montre que la proportion de l'ensemble des CSB (n=37) est respectivement de 13,5% et 18,9% pour le DTCHépHib3 et le VAR. En zone urbaine, elle est de 20% et 40% pour le DTCHépHib3 et le VAR tandis qu'elle est de 16,6 pour le DTCHépHib3 et le VAR en zone rurale.

	Proportion SDSP ayant un taux de rattrapage > ou égal à 100%		Proportion CSB ayant un taux de rattrapage > ou égal à 100%	
	DTCHépBHib3 en %	VAR en %	DTCHépBHib3 en %	VAR en %
TOTAL	10,5	15,7	13,5	18,9
URBAIN	20,0	0,0	20,0	40,0
RURAL	15,3	23,0	16,6	16,6

Tableau 23 : Proportion de SDSP et de CSB ayant un taux de rattrapage supérieur ou égal à 100% dans l'ensemble et selon le milieu de résidence

En conclusion, l'accès des enfants de moins de 1 an à la vaccination est plus important en zone urbaine qu'en zone rurale pour le DTCHépBHib3 chez les SDSP et les CSB. De même, au niveau des CSB, l'accès est plus important en zone urbaine (40 % des CSB) qu'en zone rurale (16,6% des CSB) pour la vaccination anti rougeole. Ce résultat montre que le rattrapage des perdus de vue est plus efficace en milieu urbain contrairement à la supplémentation en Vitamine A où les résultats sont plus importants en zone rurale.

II.4.3 Impacts de la SSME d'avril 2011 sur les activités de routine au niveau des CSB.

Durant l'enquête, il est demandé aux responsables des CSB si la SSME a eu des impacts sur les activités de routine du CSB. Aussi, le tableau suivant montre les impacts positifs et négatifs cités par les responsables au cours de la 10^{ème} édition de SSME.

Les impacts positifs de la SSME sur l'amélioration des indicateurs de santé sont très remarquables grâce aux prestations de services en stratégies avancées en plus des services de routine au niveau des CSB. Il est obtenu une augmentation de la couverture en Vitamine A, en déparasitage, ainsi que de la couverture vaccinale et de la couverture contraceptive à chaque période de la SSME dans le Rapport Mensuel des CSB au mois d'Avril et au mois d'Octobre. La mobilisation sociale au cours de la SSME a permis de faire connaître les prestations de services offerts dans le Centre de Santé de Base sur le plan préventif et curatif.

Impacts positifs sur les activités de routines	Impacts négatifs sur les activités de routines
Augmentation du taux de fréquentations du CSB durant la SSME	Mobilisation des Dispensateurs d'où fermeture du FANOME
Augmentation du nombre d'enfants vaccinés, ayant reçu la Vitamine A et albendazole, des NU en PF grâce à la stratégie durant les mois de la SSME avancée.	Insuffisance du Personnel de Santé d'où suppression de certaines activités du centre durant la SSME (consultation externe, activités de prévention autres que celles réalisées en campagne)
Disponibilité en intrants (Vitamine A, albendazole, vaccins)	Activités de la SSME maintenues au détriment des activités de routine
	Augmentation du volume de travail du fait de la gestion à la fois des activités de routine, de la SSME et des urgences

Tableau 24: Les impacts sur les activités de routines des CSB

Par ailleurs, la SSME donne l'opportunité à la population cible des CSB fermés de bénéficier de paquet de services gratuits à haut impact sur la survie de la mère et de l'enfant par le personnel de CSB voisin ou l'Equipe Managériale de District.

Néanmoins, il est constaté une surcharge de travail du personnel notamment pour le chef CSB1 ou CSB2 qui est seul au poste. En principe, il devrait prendre en charge les urgences, les consultations externes en plus des activités de la SSME et qui risque d'entraver la qualité de services. Parfois, les prestations de services du CSB sont limitées aux activités du SSME en plus des urgences. Parfois, les médicaments du FANOME ne sont pas disponibles au cas où le dispensateur participe à une stratégie avancée et mobile de la SSME. Enfin, le CSB peut être fermé momentanément dans le cas où le personnel seul au poste a programmé une stratégie avancée et mobile après la stratégie fixe.

II.4.4 Analyse des obstacles et des bonnes pratiques durant la SSME d'avril 2011.

Durant l'étude, les responsables des CSB ont énuméré les obstacles ou les bonnes pratiques suivant leur résultat dans l'atteinte des objectifs de la SSME.

II.4.4.1 Obstacles à l'atteinte des objectifs de la SSME

Le tableau suivant montre les principaux obstacles qui sont la cause du mauvais résultat du CSB dans l'atteinte des objectifs de la SSME.

Les obstacles à l'atteinte des objectifs fixés au cours de la SSME sont surtout d'ordre organisationnel, parfois socio culturel ou environnemental.

Il a été signalé dans les Districts et zones enclavés le retard de déblocage de fonds, ainsi que le retard de l'arrivée des intrants, des outils de gestion et des supports IEC. Ce qui n'a pas permis d'assurer les interventions pré-campagnes selon les normes. On cite l'insuffisance de la mobilisation sociale, ceci est dû à la réduction du délai de préparation, mais aussi à la restriction budgétaire faisant réduire le nombre d'acteurs entre autres les mobilisateurs.

Dans ces cas, la population cible n'est pas sensibilisée en totalité dans le cas où le secteur sanitaire du CSB est très étendu ou situé dans les zones d'insécurité. De plus, l'insuffisance de mobilisation sociale et de l'IEC/CCC adaptées au contexte socioculturel explique parfois l'existence de mères qui sont encore réticentes pour la vaccination de leurs enfants à cause des effets secondaires ou de l'interdiction par les guérisseurs traditionnels.

Ainsi, en zones enclavées, les populations cibles éloignées des centres de santé ne sont pas couvertes en totalité à cause de l'insuffisance du nombre des équipes qui est basé sur le nombre de population cible du secteur sans tenir compte de la distance à parcourir en stratégies avancées et mobiles. Dans les Centres de Base de niveau1 avec un seul personnel au poste, le chef CSB1 ne pourra pas couvrir tout le paquet obligatoire de la SSME en l'absence de l'appui de l'Equipe Managériale du District. Parfois, la vaccination est assurée seulement en stratégie fixe. Dans ce cas, l'absence de bacs à fiche des enfants de moins de 1an en PEV au CSB ne permet pas de cibler ou relancer les perdus de vues en collaboration avec les Agents communautaires.

Dans le cas où le recensement n'est pas réalisé avant la campagne par les Agents communautaires par manque de mesures incitatives, il est souvent soulevé la sous-estimation de la population cible qui est basée sur la RGPH de 1993 qui rend insuffisant les intrants acheminés pour la campagne en particulier dans les zones urbaines ou de carrefour. Parfois il est constaté à posteriori une surestimation de la cible liée à la mobilité imprévisible de la population qui est d'ordre socio

culturel. On cite le déplacement de la famille et des enfants dans les zones de culture en particulier au mois d'avril qui coïncide avec la période de récolte en milieu rural et aux vacances des enfants en préscolaire en milieu urbain.

Obstacles liés à l'organisation de la campagne	Obstacles liés aux ressources (humaines, financières et matériels)	Obstacles liés aux facteurs socio-culturels	Obstacles liés à l'environnement du secteur
Période de la campagne correspond aux vacances scolaires d'où l'impossibilité de réaliser la distribution de Vit. A et Albendazole aux enfants de la préscolaire et des écoles maternelles.	Vaccination seulement en stratégie fixe due à l'insuffisance en personnel	Existence de population nomade : problèmes de recensement	Secteur sanitaire trop vaste et étendu
Campagne SAV/SSME coïncide avec d'autres activités de masse (HIMO)	Recherche active des pertes de vues insuffisante (insuffisance en mobilisateur)	Us et coutumes : interdiction, femmes nouvellement accouchées privées de sortie durant 3 mois après l'accouchement.	Insécurité en stratégie avancée
Données statistiques basées sur des données de base obsolètes (RGPH 1993), donnant des populations cibles qui ne reflètent la réalité locale	Retard du déblocage des fonds	Refus de la vaccination : MAPI, interdiction, crainte.	
Insuffisance de la mobilisation sociale	Incitation peu motivante des Agents communautaires et mobilisateurs		
Information tardive de la date de la SSME : temps imparti pour la préparation trop courte (mobilisation des agents communautaires et de mobilisateurs, recensement, mobilisation sociale)	Personnels de santé du CSB insuffisant (1 seul AS au centre de santé)		
En stratégie avancée, insuffisance des points de distribution pour le secteur			
Période de culture au mois d'avril			

Tableau 25: Principaux obstacles à l'atteinte des objectifs de la SSME.

Enfin, des activités venant des autres programmes du Ministère de la Santé sont parfois programmées en parallèle avec la SSME. Elles peuvent être considérées comme une opportunité, mais parfois comme un obstacle, étant donné l'absence de coordination et d'information entre les organisateurs.

II.4.4.2 Bonnes pratiques amenant à l'atteinte des objectifs de la SSME

L'analyse des bonnes pratiques décrites dans le tableau suivant montre que l'atteinte des objectifs fixés au cours de la SSME s'explique par le succès de l'organisation de la campagne ainsi que de la collaboration effective avec les autorités, les ONG et le secteur privé ainsi que les agents communautaires.

La médiatisation nationale et locale ainsi que la forte mobilisation sociale en milieu rural ont expliqué l'afflux des mères dans les sites fixes, et de stratégies avancées et mobiles.

Soulignons qu'en milieu urbain, les dispensaires privés confessionnels ont pu participer à la stratégie fixe, ainsi le personnel des CSB publics fixes peut assurer la porte à porte pour atteindre la couverture optimale.

En milieu rural, il existe des agents communautaires qui ont pu effectuer le recensement de la population cible avant la campagne, permettant ainsi de vérifier les absents et de rechercher les perdus de vue même au quotidien et après la campagne.

Par ailleurs, il a été signalé l'adoption de stratégie innovatrice avec la création de site de distribution le jour de marché ciblant ainsi la population cible du secteur et hors secteur. De même, pour toucher les cibles difficiles à atteindre et situées dans les zones éloignées du CSB, la SSME est prolongée d'une semaine par l'équipe de prestataires, mobilisateurs et agents communautaires avec l'indemnité forfaitaire prévue officiellement.

De plus, l'intégration des activités optionnelles telles que les prestations de services de planning familial, la distribution de MID ont sollicité la participation active des bénéficiaires de la SSME.

Enfin, la SSME a cultivé l'esprit d'équipe au sein de l'EMAD avec l'instauration de quartier général servant de tableau de bord de suivi de la mise en œuvre de la campagne regroupant ainsi les efforts consolidés de toutes les parties prenantes de la SSME dans le District.

Bonnes pratiques liées à l'organisation de la SSME	Bonnes pratiques liées aux ressources (humaines, financières et matériels)	Bonnes pratiques liées aux facteurs socio-culturels	Bonnes pratiques liées à l'environnement du CSB
Campagne SSME couplée avec la distribution de MID : incitation à la participation active de la population cible	Participation effective de toutes les équipes (AS/AC/Mobilisateurs/ONG)	Collaboration étroite avec les autorités locales et leaders religieux	Prise en charge des enfants habitant hors du secteur durant les jours de marché
Forte mobilisation sociale : diffusion des messages par radios locales/nationale	Participation active de la SEECALINE et des autres associations : recensement, mobilisation sociale.	Prestation pendant le jour du marché	Implication d'un dispensaire privé comme équipe fixe
Quartier général et tableau de bord de suivi de la mise en œuvre bien organisés	Participation des leaders locaux et des chefs religieux		Recensement effectué par le Fokontany très exact
Application de la Stratégie porte à porte pour la sensibilisation et pour les activités de distribution des intrants			
Renforcement de la sensibilisation de la population par les AC			
La SSME prolongée d'une semaine			
Quartier général et tableau de bord de suivi de la mise en œuvre bien organisés			

Tableau 26: Bonnes pratiques en rapport avec l'atteinte des objectifs de la SSME.

III. DISCUSSIONS

III.1 Facteurs de réussite et facteurs de blocage observés durant les campagnes de Vitamine A et de déparasitage et durant les 10 éditions de SSME.

Les facteurs de réussite et facteurs de blocage découlant de la mise en œuvre des SSME sont décrits essentiellement dans les rapports de suivi de la qualité et des présentations des résultats lors de la restitution des SSME.

Le tableau suivant décrit les facteurs de réussite et facteurs de blocage en lien avec les activités et rubriques suivantes :

- L'organisation avant campagne de la SSME,
- La mobilisation sociale,
- Le financement des activités de la SSME,
- La supervision réalisée par les superviseurs centraux et périphériques.

Facteurs de réussite	Facteurs de blocage
<p>Liés à l'organisation de la SSME :</p> <ul style="list-style-type: none">- Partenariat Public et Privé effectif,- la bonne organisation, grâce à la multisectorialité de la collaboration des différents partenaires techniques et financiers pour l'accomplissement de la campagne et surtout par la tenue de l'atelier de micro planification dans les 22 DRSP,- Implication de toutes les entités (politique, administrative, leaders traditionnel et religieux) dans la préparation et la mise en œuvre de la SSME,- Respect de la micro planification dans la mise en œuvre des activités,- Disponibilité à temps et en quantité suffisante des intrants,- Test de dépistage (Oraquick) du VIH très apprécié par les prestataires et les clients,- Efficacité de la recherche des perdus de vue par les mobilisateurs,	<p>Liés à l'organisation de la SSME :</p> <ul style="list-style-type: none">- Formation des agents de santé et des agents communautaires non réalisée,- Durée de la formation trop courte,- Formation défailante : CPN, PEV, TPI,- Retard de l'approvisionnement des intrants, réactifs (PTME) et des outils de gestion,- Problème de recensement pour pouvoir estimer le besoin exact en médicaments/intrants lors des campagnes,- Faible couverture en chaîne de froid dans certains secteurs,- Activités axées sur la supplémentation en Vitamine A et déparasitage au détriment d'autres interventions,- Durée trop courte de la SSME par rapport au volume d'activités- Ressources humaines insuffisantes.- Insécurité constatée dans certaines localités et endroits de quelques Régions de Madagascar.

<p>Liés à la supervision.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implication des responsables régionaux dans la supervision des SDSP, 	<p>Liés à la supervision.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de financement pour la supervision pré campagne pour les DRSP,
<p>Facteurs de réussite</p>	<p>Facteurs de blocage</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Résolution immédiate des problèmes au niveau des SDSP. - Supervision de la campagne plus performante grâce à l'amélioration des outils de gestion et une plus grande périodicité des supervisions pendant la campagne, <p>Liés au financement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect du délai d'arrivée du financement et requête du SDSP et du CSB honorée, - Transparence des informations sur les taux des indemnités (par voie d'affichage), - Effectivité de la participation financière intersectorielle et des partenaires locaux. 	<p>Liés au financement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de financement pour la mobilisation sociale au niveau des DRSP, - Pas de financement pour la supervision pré campagne pour les DRSP, - Activités en stratégie mobile (DRSP) non prises en compte dans la micro planification - Financement prévu et être à honorer par certains bailleurs non parvenu au niveau des SDSPS, - Absence de compte rendu sur l'envoi des fonds aux SDSP, - Indemnité insuffisante des agents de santé en stratégie fixe par rapport aux charges de travail
<p>Liés à la mobilisation sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implication des médias locaux pour la mobilisation sociale, - Formation des animateurs et journalistes effective et élaboration des spots en dialecte locale, - Lancement officiel au niveau District appuyé par le niveau central, - Supports IEC livrés à temps et de bonne qualité - la participation active et l'adhésion de la communauté et surtout des mères. 	<p>Liés à la mobilisation sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Financement prévu non parvenu, - Manque de coordination des médias pour les émissions des spots, - Faible participation des organismes religieux à la mobilisation sociale, - Nombre insuffisant de supports IEC comme les banderoles, surtout dans les Districts n'ayant pas de stations radio, - Affiches non destinées au public (usage personnel)

Tableau 27: Liste de facteurs de réussite et des facteurs de blocage des SSME.

III.2 Discussions

III.2.1 Efficacité et pertinence des interventions.

Dans l'ensemble, l'efficacité de la supplémentation en Vitamine A et de déparasitage de mars 2002 à avril 2011 a été effective chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. En effet, dans la plupart des cas, les objectifs fixés sont atteints, excepté en mars 2002 où la couverture a été inférieure à l'objectif du fait d'un faible taux de rapportage des rapports mensuels des Districts. Mais, au niveau des Régions et des Districts, la performance tend à diminuer d'année en année surtout en matière de supplémentation en Vitamine A. Par ailleurs, l'efficacité est très variable suivant la tranche d'âge des enfants. Durant certaines éditions, l'objectif n'est pas atteint surtout pour les enfants de moins de 1 an (octobre 2006 et octobre 2010) pour la supplémentation en Vitamine A.

En ce qui concerne l'efficacité des interventions chez les femmes nouvellement accouchées et les femmes enceintes, les objectifs de la supplémentation en Vitamine A et du déparasitage sont atteints. Mais, l'allure régressive des taux de couverture est très visible dans les 2 groupes de population cible.

Par ailleurs, l'étude comparative des campagnes de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage au niveau de 6 pays du Sud Est de l'Afrique, y compris Madagascar, a montré que si l'efficacité est effective pour certains pays, la performance tend à diminuer d'année en année (voir Annexe 5)²⁰. Ainsi, pour la Tanzanie, si on se réfère à l'objectif des SSME à Madagascar, la couverture en Vitamine A est supérieure à 90% de 2002 à 2005 sauf durant le second tour en 2003 (89%). Pour les autres pays (Ethiopie, Uganda et Zambie), les couvertures sont très variables allant de 93% (Ethiopie en 2004) à 62% (Zambie en 2005). Mais la tendance à la baisse des couvertures est surtout très marquée en Ethiopie (93% en 2004 et 61% en 2006) et faiblement observée en Tanzanie et en Zambie. Pour le déparasitage, les résultats sont très variables parmi les 4 pays ci-après : Ethiopie, Tanzanie, Uganda et Zambie (voir Annexe 6). Mais, en Zambie et en Uganda, les couvertures en déparasitage sont inférieures à 90% de 2004 à 2005. Toutefois, on observe une augmentation de la couverture en déparasitage parmi les 5 pays de 2004 à 2006.

En matière de pertinence des campagnes de supplémentation en Vitamine A et du déparasitage, l'étude des résultats par rapport aux données de routine des CSB et aux données statistiques des différentes EDS a justifié la contribution des campagnes à l'amélioration des couvertures en supplémentation en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois et en déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois.

²⁰ Multi-country evaluation of child health days in eastern and southern Africa, UNICEF, 2008: 27, 28, 33.

Pour la vaccination des enfants de moins de 1 an, l'efficacité reste à prouver. Mais, par rapport à l'évolution de la couverture nationale constatée dans les EDS de 1997 à 2009 et de l'impact sur les données de routine des CSB, les SSME ont certainement leur part dans l'amélioration de la couverture nationale surtout pour la vaccination contre la rougeole.

En conclusion, malgré l'efficacité des interventions en supplémentation en Vitamine A et en déparasitage, la diminution de la performance des Districts sanitaires risque de s'accroître si des mesures ne sont prises pour lever les obstacles tels que l'insuffisance de la mobilisation sociale et de la diminution des activités de supervision due à la restriction du financement alloué à ces activités. Surtout que cette diminution de la performance durant les SSME se fait sentir aussi au niveau des activités de routine des CSB. En effet, la SSME entraîne un relâchement de l'effort durant les mois en dehors des campagnes surtout dans le cadre de la vaccination en stratégie avancée et dans la recherche des perdus de vue, faute de mobilisateurs (Voir Tableau 10).

Pour les autres interventions, l'efficacité n'est pas effective mais la valeur ajoutée de leur intégration dans les SSME n'est pas négligeable sur les résultats des données statistiques de routine. En effet, pour le dépistage du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN, plus de la moitié des femmes dépistées ont été dépistées pendant les 2 éditions de la SSME en 2008. Pour la distribution de MIID couplée à la campagne de vaccination anti rougeole d'octobre 2007, elle a permis une couverture de 98,3% par rapport à la population cible des zones ciblées. Concernant le dépistage, ce résultat est isolé : il est à noter que le dépistage du VIH chez les femmes enceintes était obligatoire pour tous les sites PTME en 2008 et est devenu optionnel à partir de 2009, et a bénéficié d'un financement assez conséquent surtout pour les réactifs tels que la Détermine et l'Oraquick (452 200 réactifs livrés en 2008 et 16 100 en 2009)²¹.

Pour le financement des interventions, les montants de dépenses par grandes rubriques sont en conformité avec l'importance et les coûts éventuels des activités qui les composent. Le coût unitaire pour la tranche d'âge de référence (enfants de 6 à 59 mois) est sensiblement inférieur à celui décrit dans l'étude économique des Journées de Santé des Enfants en Somalie de décembre 2008 à avril 2010.

Les résultats de l'enquête sur les paquets d'interventions de la SSME d'avril 2011 montrent que seul le déparasitage en stratégie avancée a pu couvrir la population cible recensée. Les résultats des interventions telles que la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage et la vaccination sont très variables. Une frange assez importante de la population cible ne bénéficie pas des interventions de la SSME surtout en milieu urbain et en stratégie fixe au niveau des CSB enquêtés. Ce constat est

²¹ Rapport d'utilisation des réactifs en 2008-2009, SLISTS, Ministère de la Santé.

en rapport avec la diminution de la performance des districts sanitaires et des CSB, qui est d'ailleurs confirmé par les motifs des obstacles à l'atteinte des objectifs, évoqués lors de l'enquête.

III.2.2 Pérennisation de la SSME.

L'approche « Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant » est actuellement à sa 10^{ème} édition. Les discussions précédentes montrent que malgré quelques résultats non satisfaisants, les SSME ont prouvé leur utilité surtout dans l'amélioration des couvertures nationales des interventions telles que la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage et la vaccination contre la rougeole.

L'autre constat très important est que les SSME sont dépendants du volume de financement alloué dont la source est principalement les Partenaires financiers du Ministère de la Santé Publique.

Par ailleurs, la collaboration multisectorielle a son importance dans l'organisation des campagnes et dans la réalisation de la mobilisation sociale.

Enfin, l'étude des facteurs de réussite et des facteurs de blocage montre que les ressources humaines, tant au point de vue quantitatif que qualitatif, tiennent une grande place dans la mise en œuvre des SSME et contribuent essentiellement à l'efficacité des interventions.

De ces constats dépend la pérennité de la SSME. Si l'un des piliers est défaillant, elle risque d'être inefficace et probablement cela entraînera son arrêt en tant que programme de renforcement pour la survie de la mère et de l'enfant à Madagascar.

Par ailleurs, la poursuite de la SSME durant une période plus ou moins longue entraînera forcément un abandon des principaux partenaires financiers si un apport financier du Ministère de la Santé n'est pas envisagé.

En outre, les paquets optionnels ont certes contribué à améliorer les données de routine de certaines activités. Mais, les points à améliorer et les facteurs de blocage évoqués par les agents de santé et les responsables périphériques, montrent qu'ils sont à l'origine de la surcharge de travail des prestataires entraînant ainsi une mauvaise performance des interventions prioritaires. Le maintien des paquets optionnels nécessite une collaboration plus efficace et équitable entre les différentes Directions concernées surtout en matière de ressources financières et matérielles. On priorisera les interventions qui ont eu des impacts importants au niveau des activités de routine telles la PTME et le dépistage de la malnutrition.

En conclusion, l'approche SSME est une stratégie qui a montré ses preuves dans le cadre de la survie de l'enfant et de la mère et en vue de l'atteinte des OMD 4 et 5. Mais, comme tout projet, la SSME ne peut pas durer éternellement. Son arrêt nécessite le renforcement des activités de routine

des CSB, le renforcement des activités communautaires en matière de surveillance nutritionnelle ainsi que la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage en mode campagne par les agents communautaires. Par contre, en cas de maintien de la SSME, l'efficacité et la pertinence des interventions dépendront de la résolution des facteurs de blocage rencontrés, en particulier les difficultés financières et l'insuffisance en ressources humaines.

IV. RECOMMANDATIONS.

A l'issue de cette évaluation sur les campagnes de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage ainsi que les 10 éditions de SMME, il est recommandé :

- à court terme de :

- améliorer la micro planification en tenant compte des réalités des Districts en vue de la détermination des cibles, du nombre et des circuits des équipes suivant la densité de la population et l'étendue géographique ;
- poursuivre « l'approche urbaine » durant la SSME au niveau des grandes villes et insérer son financement dans la micro planification ;
- revoir les outils de gestion afin d'insérer dans les résultats la répartition par milieu de résidence et selon les types de stratégie ;
- revoir les objectifs fixés surtout dans le cadre de la vaccination et trouver un consensus sur la détermination de la population cible applicable à tous les niveaux ;
- doter en bacs à fiche (normes OMS) les CSB et former les agents de santé sur leur utilisation, en matière de PEV pour cibler les perdus de vue et justifier le rattrapage ;
- renforcer les ressources humaines en mobilisant outre les étudiants des IFRP, les étudiants en Médecine et les étudiants des Instituts privés de formations en paramédical, ainsi que le personnel médical et paramédical en attente de poste ;
- améliorer le transport des intrants, des outils de gestion et des supports IEC surtout leur acheminement vers les CSB et les Fokontany en prenant en charge les frais occasionnés par leur transport jusqu'aux Fokontany ;
- assurer le déblocage de fonds dans la micro planification, au moins 15 jours avant la SSME qui représente le délai minimum acceptable pour la préparation de la campagne, et réviser à la hausse les indemnités des acteurs de la SSME ;
- maintenir les supervisions pré-campagne effectuées par la DRSP et les SDSP ;

- assurer au préalable le fonctionnement de la chaîne de froid ;
 - renforcer et accompagner les SDSP non efficaces (pas d'atteinte des objectifs) ;
 - mener des plaidoyers au niveau régional et du District pour trouver d'autres sources de financement pour les activités de mobilisation sociale ;
 - inscrire la SSME dans le Programme d'Investissement Public (PIP) de la DSE comme un projet du Ministère : les Ressources Propres Internes (RPI) auront comme principales rubriques l'achat de carburants, les indemnités de mission, les frais de transport (des personnels et des intrants), et
 - maintenir les interventions optionnelles qui ont donné leur preuve d'efficacité et qui ont eu un impact sur les activités de routine des CSB.
- **à moyen terme de :**
- En vue de l'arrêt de la SSME, renforcer l'intégration des interventions communautaires par les approches ACD et ACV en priorisant :
 - la promotion de l'alimentation riche en Vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois,
 - le renforcement de la surveillance nutritionnelle communautaire avec une distribution biannuelle de Vitamine A et d'albendazole,
 - le renforcement de la promotion d'une bonne hygiène chez les enfants telle que la pratique du lavage des mains,
 - le renforcement de la lutte contre les carences en micronutriments dans les zones d'insécurité alimentaire (zones Sud et Sud- Est de Madagascar),
 - le renforcement de la vaccination en stratégie avancée au niveau des Districts (mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles)
 - Assurer les besoins quantitatif et qualitatif en ressources humaines des CSB et l'ouverture des CSB fermés en vue d'une meilleure accessibilité de la population aux soins de santé de qualité.
 - A la prochaine EDS, mener une enquête sur le taux sérique du rétinol chez le jeune enfant afin de déterminer si la carence en Vitamine A reste un problème de santé publique à Madagascar.

V. CONCLUSION

L'approche « Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant » est une intervention multidisciplinaire qui a été mise en place à Madagascar en vue de l'accélération de l'atteinte des OMD 4 et 5 et en offrant à partir d'octobre 2006 des paquets de prestations gratuites et à haut impact tant en stratégie fixe qu'en stratégie avancée ou mobile au niveau des CSB du pays. L'évaluation de cette approche, objet de notre étude, a permis de conclure que l'efficacité des interventions a été effective.

Les objectifs ont été atteints en matière de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage chez les enfants âgés de moins de 5ans et chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées. Par ailleurs, les vaccinations offertes aux enfants de moins de 1 an et des femmes enceintes, lors des 10 éditions de SSME, ont contribué efficacement à l'amélioration de la couverture vaccinale. Le recours à la stratégie basée sur la forte mobilisation des acteurs communautaires (agents communautaires et mobilisateurs) a porté ses fruits surtout en matière de rattrapage des enfants à vacciner.

Pour les autres paquets offerts lors des SSME, leur contribution n'est pas négligeable, étant donné leur impact sur les activités de routine. La valeur ajoutée des interventions est palpable pour certain programme tel que le Planning Familial et la PTME.

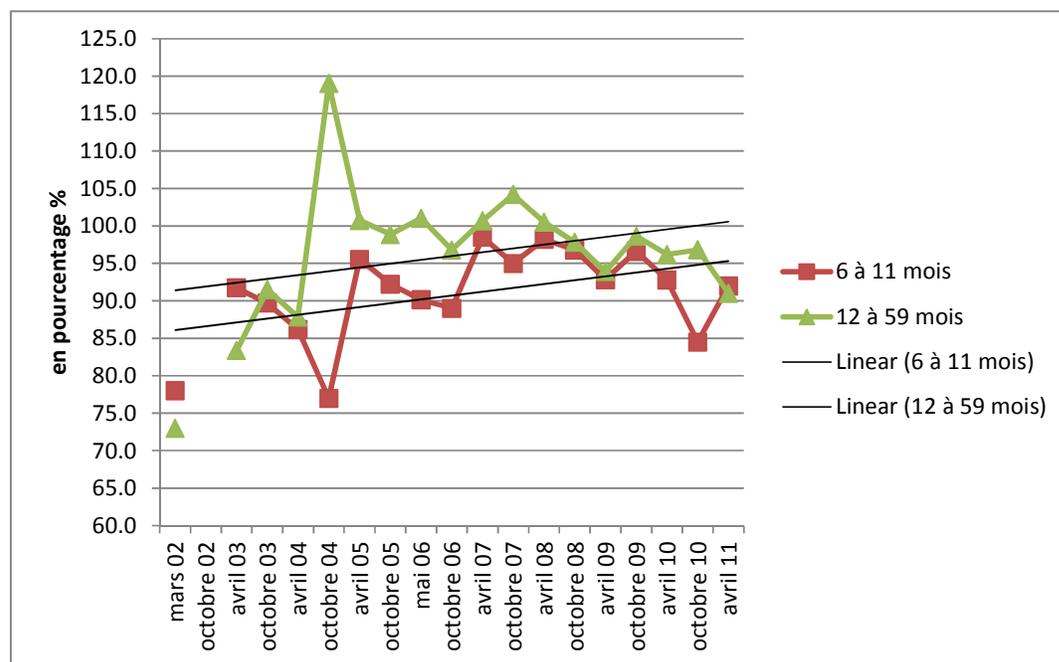
Dans le cadre de l'étude de la pertinence des interventions, l'enquête réalisée sur les résultats de la SSME d'avril 2011 auprès d'un échantillon de SDSP et CSB a montré que les activités réalisées tant en stratégie fixe qu'en stratégie avancée sont partiellement équitables pour la population visée par la campagne. Ce constat est d'ailleurs prouvé par l'étude sur la nutrition réalisée par l'UNICEF et le PAM en 2010.

Les facteurs de blocage ont été surtout en rapport avec l'organisation et le financement des SSME, tandis que la collaboration multisectorielle avec les différents partenaires techniques et financiers pour l'accomplissement de la campagne et surtout par la tenue des ateliers de micro planification dans les 22 DRSPF, la supervision de la campagne plus performante grâce à l'amélioration des outils de gestion et une plus grande périodicité des supervisions pendant la campagne sont parmi les facteurs de réussite des SSME.

Pour sa pérennisation, le Ministère de la Santé doit résoudre les problèmes liés à son financement et à l'insuffisance en ressources humaines. Ainsi, les recommandations à court terme entrent dans le cadre de l'amélioration de l'organisation de la SSME et à moyen terme, elles préconisent la recherche de solutions alternatives en vue de l'arrêt de l'initiative SSME.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Evolution de la couverture de la supplémentation en Vitamine A chez les enfants de 6 à 11 mois et de 12 à 59 mois.

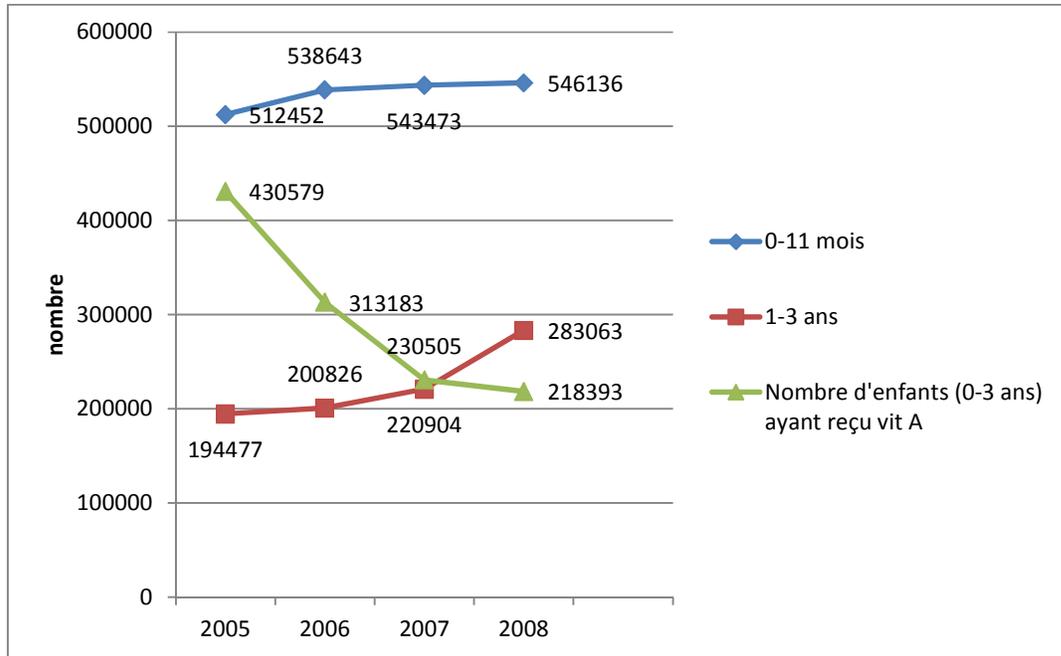


ANNEXE 2 : Mode de calcul du gain dans le cadre de la vaccination des enfants de moins de 1 an durant les SSME.

1. Les données à utiliser sont les résultats de la vaccination (tous antigènes) de la SSME et les résultats mensuels du nombre de vaccinés de 2006 à 2010 vus dans les rapports RMSD.
2. Calculer la moyenne du nombre d'enfants vaccinés durant les 3 mois précédents la SSME.
3. Calculer le gain en % à chaque édition de SSME selon la formule suivante :

Gain en % = (Cible vaccinée durant la SSME - moyenne cible vaccinée mensuelle des mois antérieurs) / moyenne cible vaccinée mensuelle des 3 mois précédents

ANNEXE 3 : Evolution du nombre des nouveaux inscrits chez les enfants de 0 à 35 mois dans le cadre de la surveillance nutritionnelle au niveau des CSB de 2005 à 2008



ANNEXE 4: Protocole de l'enquête sur la SSME d'avril 2011.

PREAMBULE

Dans le cadre de l'évaluation de l'approche SSME (octobre 2006 à avril 2011), l'un des objectifs est d'inventorier et analyser comparativement les populations atteintes, selon leur milieu de résidence (urbain ou rural) et la stratégie employée (fixe, avancée, mobile), afin de déterminer si l'approche SSME est véritablement une stratégie équitable.

La revue des données sur les résultats des 9 éditions de SSME et la mission d'observation durant la SSME d'avril 2011 ont montré l'absence de données sur la répartition des couvertures des interventions (supplémentation en vit A, déparasitage et vaccination) selon le milieu de résidence et des types de stratégie employée.

Ce constat nous a emmené à réaliser une enquête sur le terrain afin de pallier à ce manque d'information.

LES OBJECTIFS DE L'ENQUETE sont de :

- Déterminer au niveau des SDSP et CSB enquêtés, la couverture des principales interventions (supplémentation en Vitamine A, prise d'Albendazole, dépistage de la malnutrition et vaccination) durant la SSME d'avril 2011 et selon :
 - Le milieu de résidence de la population cible (urbain et rural),
 - Les stratégies employées (fixe ou avancée/mobile).
- Evaluer l'équité des interventions à partir des résultats de l'enquête,
- Identifier les obstacles qui ont contribué à la mauvaise performance des couvertures de chaque intervention au niveau du District et des CSB,
- Déterminer les bonnes pratiques qui ont permis d'obtenir des résultats plus performants au niveau des Districts et des CSB.
- Obtenir des propositions de solutions pour l'amélioration et la pérennisation de l'approche SSME.

METHODOLOGIE

Champ de l'étude

L'étude portera sur les résultats des interventions ciblées durant la SSME du mois d'avril 2011. La base de sondage est les 111 SDSP et les 2258 CSB publics ouverts.

Echantillonnage

La méthode est l'échantillonnage raisonné par strates et tirage aléatoire sur deux niveaux de la population cible (Districts Sanitaires et Centres de Santé de Base).

Les Districts sanitaires seront divisés en 2 groupes :

- Groupe 1 : Districts Sanitaires urbains au nombre de 45²²
- Groupe 2 : Districts Sanitaires ruraux au nombre de 66

²² Un District Sanitaire urbain est un District dont le Chef-lieu est une Commune urbaine.

Ensuite, les Districts Sanitaires seront divisés en quatre sous-groupes selon leur couverture en Vit A chez les enfants de 6 à 59 mois durant les Campagnes SSME de l'année 2010 et le type de résidence (voir tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des Districts Sanitaires par type de résidence et selon la performance de la couverture en Vit A.

Districts Sanitaires Urbains (45)			Districts Sanitaires Ruraux (66)		
Nbre couverture en Vit A supérieure ou égale à 95 %	SDSP dont	Nbre couverture en Vit A inférieur à 95 %	Nbre couverture en Vit A supérieure ou égale à 95 %	SDSP dont	Nbre couverture en Vit A inférieur à 95 %
24		21	36		30

Tirage des SDSP :

Un tirage au hasard de 4 SDSP sera effectué au niveau des 2 sous-groupes de Districts Sanitaires Urbains. 8 SDSP seront tirés au hasard parmi les 2 sous-groupes de Districts Sanitaires Ruraux. Au total nous aurons 24 SDSP.

Respectivement, par District, il sera effectué un tirage au hasard de 2 CSB par District urbain dont 1 CSB chef-lieu et 1 CSB péri urbain et de 2 CSB par District rural dont 1 CSB « non enclavé » (secteur sanitaire ayant un rayon de drainage inférieur à 5 km et CSB se trouvant à moins de 15 km du chef-lieu du District) et 1 CSB « enclavé » (secteur sanitaire ayant une population en stratégie avancée supérieure à celle de la stratégie fixe et CSB se trouvant à plus de 15 km du chef-lieu du District). Au total, nous aurons à enquêter 48 CSB.

Elaboration des questionnaires

Des questionnaires fermés / semi-ouverts rédigés en français seront élaborés pour chaque niveau :

Au niveau District : un questionnaire sur le processus et évolution des résultats de la SSME d'avril 2011.

Au niveau CSB : un questionnaire sur la mise en œuvre de la campagne et évolution des résultats

Collecte des données

2 enquêteurs (binôme) pour 4 Districts seront recrutés soit au total 12 enquêteurs

Exploitation des données

L'exploitation des données se fera sous excel.

Période de l'enquête

Du 30 mai 2011 au 10 juin 2011

Tableau 2 : Répartition des SDP urbains et ruraux selon la performance de la couverture en Vit A

DISTRICTS SANITAIRES URBAINS		DISTRICTS SANITAIRES RURAUX	
Couverture en Vit A. supérieure ou égale à 95%	Couverture en Vit A. inférieure à 95%	Couverture en Vit A. supérieure ou égale à 95%	Couverture en Vit A. inférieure à 95%
BORIZINY (Port-Berger)	SAMBAVA	BENENITRA	VOHIBINANY
FENOARIVO-ATSINANANA	FIANARANTSOA I	BEFOTAKA	VAVATENINA
MORAMANGA	ANTANANARIVO-RENIVOHITRA	BELOHA	ANKAZOBE
AMBALAVAO	TAOLANARO	KANDREHO	BEALANANA
AMBATOLAMPY	ANTALAHA	IKALAMAVONY	BESALAMPY
IHOSY	BETROKA	MANANARA-AVARATRA	ANOSIBE AN-ALA
MAMPIKONY	TOLIARY I	ANTANANARIVO-ATSIMONDRA	BETIOKY-ATSIMO
AMBATONDRAZAKA	TSIROANOMANDIDY	VONDROZO	TSARATANANA
ANDAPA	AMBILOBE	AMBATOMAINTY	ANJOZOROBE
TOAMASINA I	ANTSIRABE I	NOSY-VARIKA	ANDRAMASINA
AMBOHIMAHASOA	MOROMBE	TOAMASINA II	SOALALA
MAEVATANANA	MANANJARY	AMBATOFINANDRAHANA	MORAFENOBE
NOSY-BE	VATOMANDRY	AMBOASARY-ATSIMO	AMBOVOMBE-ANDROY
VANGAINDRANO	ANTSOHIHY	SAKARAHA	BEROROHA
MANAKARA-ATSIMO	ANTSIRANANA I	TSIHOMBE	MANJA
BEFANDRIANA-AVARATRA	NOSY-BORAHA	FARATSIHO	MAROLAMBO
MAROANTSETRA	AMBOSITRA	AMBOHIDRATRIMO	ANTSIRANANA II
MAROVOAY	MORONDAVA	IFANADIANA	IVOHIBE
ARIVONIMAMO	MIARINARIVO	ANTANIFOTSY	FANDRIANA
MANDRITSARA	AMBANJA	TOLIARY II	IKONGO
FARAFANGANA	MAHABO	ANTSALOVA	MANJAKANDRIANA
MAINTIRANO		BEKILY	SOANIERANA-IVONGO
VOHIMARINA		FIANARANTSOA II	ANDILAMENA
MAHAJANGA I		MAHANORO	AMBATO-BOINA
		MIANDRIVAZO	AMPANIHY
		MIDONGY-ATSIMO	VOHIPENO
		MANANDRIANA	ANKAZOABO-ATSIMO
		SOAVINANDRIANA	MITSINJO
		AMPARAFARAVOLA	IAKORA
		ANALALAVA	BELON I TSIRIBIHINA
		ANTSIRABE II	
		ANTANAMBAO-MANAMPOTSY	
		FENOARIVO-AFOVOANY	
		ANTANANARIVO-AVARADRANO	
		BETAFO	
		MAHAJANGA II	

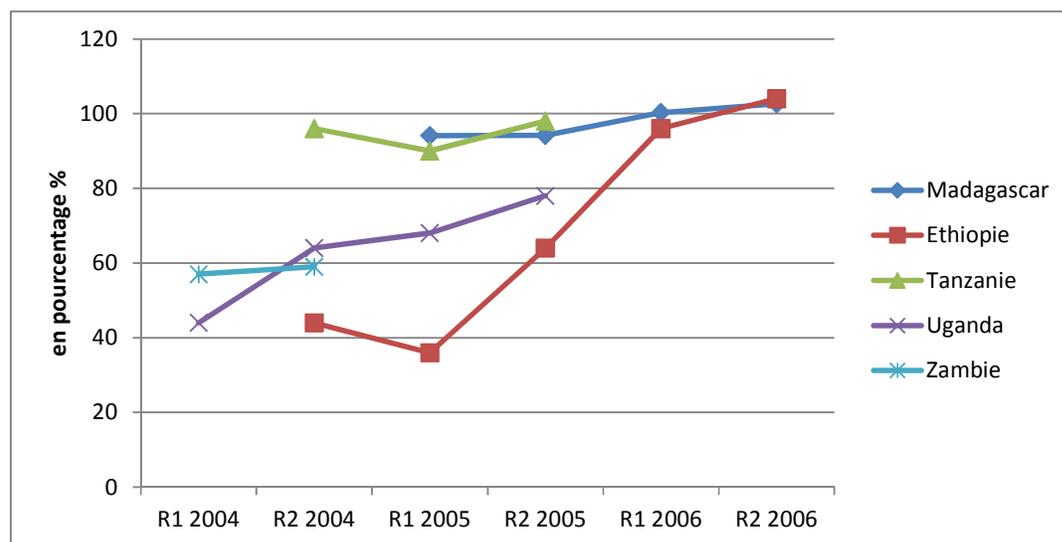
Tableau 3 : Liste des SDSP tires au sort par région / résidence (U/R)/performance

REGIONS	DRSP URBAIN		DRSP RURAUX	
	> et = à 95 % de couv. en vit A	< 95 % de couv. en vit A	> et = à 95 % de couv. en vit A	< 95 % de couv. en vit A
Alaotra Mangoro				Anosibe An'ala Andilamena
Analanjirifo			Mananara Nord	
Analamanga			Ambohidratrimo	
Androy			Beloha	
Anosy		Tolagnaro		
Atsimo-Atsinanana	Farafangana			
Atsimo-Andrefana			Sakaraha	Ampanihy
Atsinanana		Vatomandry		Marolambo
Boeny	Marovoay		Mahajanga II	Ambato-Boina
Bongolava			Fenoarivo-Be	
Diana	Nosy Be	Ambilobe Ambanja		
Ihorombe	Ihosy			Ivohibe
Sofia				Bealalana
Vakinankaratra			Antanifotsy	
Vatovavy-Fitovinany			Ifanadiana	Ikongo
TOTAL	4	4	8	8

ANNEXE 5. Taux de couverture en Vitamine A des pays du Sud-Est d’Afrique chez les enfants de 6 à 59 mois.

Période	Tanzanie	Ethiopie	Uganda	Zambie
R 1 2002	97%			82%
R 2 2002	95%			87%
R 1 2003	90%			92%
R 2 2003	89%			83%
R 1 2004	91%		52%	73%
R 2 2004	93%	93%	66%	74%
R 1 2005	94%	88%	66%	76%
R 2 2005	95%	89%	74%	62%
R 1 2006		91%		67%
R 2 2006		61%		79%

ANNEXE 6: Evolution de la couverture en déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois dans les pays du Sud-Est d’Afrique



REFERENCES

Beaton GH et al. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries. Administrative Committee on Coordination/ Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN) State-of-the-Art Series: Nutrition Policy Discussion Paper No. 13. Geneva, United Nations, 1993.

CRS/HKI. Impact du programme intégré de santé scolaire sur le taux d'hémoglobine des écoliers de moins de 14 ans dans la province du Kourwéogo au Burkina Faso. 2002.

Ministère de la Santé. Annuaire des Statistiques du Secteur de la Santé. Madagascar, Bulletins de 1999 à 2009.

Ministère de la Santé, Evaluation de la campagne de vaccination couplée avec la distribution de Vitamine A et le déparasitage, Guinée, 2007.

Pineault et Daveluy, la Planification de la Santé, ARC, 1986 : 415.

Pragya Mathema and al. Reduced anemia through Biannual deworming brings Brighter Future for Preschool children in Nepal : Deworming Impact Study. Oral Communication, IVACG 2004, Lima (Pérou).

SOMALIE, Economic evaluation Child Health Days in Somalia, Draft , November 2010

UNICEF, Multi-country evaluation of child health days in eastern and southern Africa, 2008 : 27,28

UNICEF and WFP. Comprehensive Food and Nutrition Security and Vulnerability Analysis, Madagascar, 2010: 86