

Malawi



© Perry-Castañeda Library Map Collection

Population totale (2005) ¹	12.884.000
% moins de 15 ans (2005) ¹	47
Répartition de la population : % de la population rurale (2005) ¹	83
Densité de population ¹	105 au km ²
Espérance de vie à la naissance (2004) ²	41
Taux de mortalité pour 1000 enfants de moins de 5 ans (2004) ³	133
Taux de mortalité maternelle pour 100.000 (2004) ⁴	984
Dépenses totales de santé en % du PIB (2004) ⁵	9,4
% des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales (2004) ⁵	8,9
Classement Indice de Développement humain, sur 177 pays (2003) ⁶	165
Revenu national brut (RNB) per capita en \$ EU (2004) ⁷	170
% de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté (1990-2002) ⁷	65,3
Taux d'alphabétisation chez les adultes âgés de + de 15 ans (2000-2004) ⁸	64,1
Taux d'alphabétisation chez les hommes âgés de + de 15 ans (2000-2004) ⁸	74,9
Taux d'alphabétisation chez les femmes âgées de + de 15 ans (2000-2004) ⁸	54
% de la population ayant un accès durable à une source d'eau améliorée (2002) ⁶	67
% de la population ayant un accès durable à un assainissement amélioré (2002) ⁶	46

Sources :

- ¹ Division Population des Nations unies
- ² Rapport sur la santé dans le monde (2006)
- ³ Enquête démographique et sanitaire (2004)
- ⁴ Enquête démographique et sanitaire (Provisoire) 2004
- ⁵ Données OMS sur les Comptes nationaux de la santé
- ⁶ Rapport sur le Développement humain (2005)
- ⁷ Indicateurs du Développement dans le monde, 2005 (Banque mondiale)
- ⁸ Institut de l'UNESCO pour les Statistiques.

Le Malawi, l'un des pays les plus pauvres au monde, est confronté à trois menaces : VIH/sida, insécurité alimentaire et infrastructures défectueuses. L'espérance de vie a chuté (de 52 ans en 1992 à 42 en 2004), à cause de l'épidémie à VIH/sida. Tributaire de l'agriculture, l'économie est très vulnérable aux conditions climatiques. La densité de population y est la plus élevée d'Afrique sub-saharienne. En 2000, le Malawi est devenu éligible à l'aide internationale dans le cadre de l'initiative de la Banque mondiale pour les Pays pauvres très endettés (PPTE) et le pays devrait atteindre le "point d'achèvement" courant 2006.

SANTÉ & DEVELOPPEMENT

Les investissements de santé ont baissé suite aux réductions budgétaires de l'Etat dans ses efforts de relancer l'économie. Le système de prestations de soins de première ligne comprend : les structures publiques, institutions de la Christian Health Association of Malawi (CHAM) et quelques prestataires privés à but lucratif.

Les dépenses totales de santé per capita sont de 14 \$ EU seulement et le financement est essentiellement privé, avec 59 % des dépenses totales. Il n'existe aucun système de sécurité sociale pour les soins de santé et les paiements personnels directs s'élèvent à près de la moitié des dépenses privées de santé.

Le Malawi est confronté à une crise de ressources humaines (RH) exacerbée par le taux élevé de mortalité des personnels résultant du VIH/sida. Cette situation a provoqué un manque de capacités à fournir des services de santé, surtout en zones rurales où les soins de santé primaires sont sérieusement menacés. Dans l'ensemble du pays, 40 % des postes du Ministère de la Santé (MoH) sont vacants, avec seulement 1 médecin et 26 infirmiers pour 100.000 habitants. Les enquêtes de l'OMS (2002-2004) ont montré que près de 50 % des structures manquent de médicaments, de moyens adéquats de transport et de communications ainsi que de stocks de médicaments de premiers secours. Le système de préparation aux épidémies de choléra est également faible.

Le Malawi a adopté la stratégie de Surveillance intégrée des Maladies et des Réponses (SIMR) en vue de renforcer la surveillance des maladies transmissibles. Le dépistage du choléra s'est amélioré.

Le taux de prévalence du VIH/sida est très élevé. D'après l'Enquête démographique et sanitaire (DHS) de 2004, 12 % des personnes de la tranche d'âge 15-49 ans vivent avec le VIH/sida au Malawi. La prévalence observée et ajustée du VIH chez les femmes et chez les hommes âgés de 15 à 49 ans était de 11,88 % et 12,7 % respectivement. La prévalence était estimée à 17,1 % en zones urbaines et à 10,8 % en zones rurales. Quelque 800.000 personnes meurent chaque année du sida et les nouvelles infections s'élèvent à ce même chiffre. Le Malawi compte environ 600.000 orphelins du sida. Des avancées significatives ont été réalisées dans la fourniture de traitements aux antirétroviraux (ART). A la fin 2005, plus de 37.000 personnes étaient sous ART, avec accès à 60 sites répartis dans le pays, mais des besoins restent à satisfaire : soins aux orphelins, ART (187.000 personnes éligibles), accès au dépistage du VIH/sida et au counselling, surtout chez les femmes enceintes dans les centres de soins prénatals.

Les taux de mortalité infantile et chez les moins de 5 ans se sont améliorés^a mais restent élevés. La mortalité néonatale et infantile s'explique par les infections, naissances avant terme et complications à l'accouchement.

La mortalité maternelle est parmi les plus élevées d'Afrique. Environ 55 % des femmes malawites accouchent dans des structures sanitaires mais les décès liés à la mortalité maternelle sont imputables aux complications obstétricales, consultations tardives, systèmes de référence médiocres, manque de médicaments, d'équipement et de personnels appropriés, interventions erronées et traitements inadéquats.

La malnutrition touche plus de 50 % des enfants de moins de 5 ans à cause de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire, des pratiques inadéquates de sevrage et d'alimentation, du VIH/sida et des infections fréquentes, de la diarrhée et du choléra. Le retard de croissance général est resté presque inchangé en 2000 et 2004, tournant autour de 48 %. Le déficit pondéral est d'environ 22 %.^b

La prévalence de la tuberculose a doublé, essentiellement du fait de l'infection à VIH, avec des taux élevés de mortalité.

Le paludisme est la cause la plus communément déclarée de morbidité et de mortalité, tant chez les adultes que chez les enfants. Bilharziose, trypanosomiase, onchocercose, lèpre et pneumonie bactérienne sont également courantes.

Les réformes du secteur de la santé sont en cours, y compris le Programme d'Approche sectorielle (SWAp). Le volet principal de ce programme doit fournir un Paquet minimum de Soins de Santé (EHP) par le biais d'un système décentralisé de santé de district. Toutefois, la généralisation de l'EHP a connu des lenteurs car 10 % seulement des structures de santé satisfont aux critères de ressources humaines (RH) nécessaires à sa fourniture.

La croissance économique a chuté. Après avoir atteint 13,8 % en 1995-1996 grâce à des initiatives dépendant des donateurs, la croissance est tombée à -1,5 % en 2001-2002. Les facteurs ayant conduit à ces chutes incluent les prix élevés à l'importation, l'anéantissement des voies d'échanges, l'arrivée massive de réfugiés et faiblesses des politiques. L'agriculture reste le pilier de l'économie, avec 35 % du PIB et 93 % des exportations ; elle fournit plus de 80 % des emplois. Le tabac constitue plus de 70 % des exportations du Malawi et le déficit courant fluctue avec ces exportations. Pour financer le déficit, le gouvernement a eu recours à des emprunts extérieurs et le rapport stock de la dette extérieure/PIB est passé de 90,8 % en 1997 à 150,3 % en 2000 (Banque mondiale, 2003).

La pauvreté au Malawi découle essentiellement des facteurs suivants : mauvaise productivité des terres (rapide dégradation de l'environnement), retards dans la distribution des intrants agricoles et accès limité à la terre, faibles niveaux d'éducation, mauvais état de santé (VIH/sida), rapide croissance démographique et inégalités entre les sexes.^c Le Malawi aura besoin d'un appui technique et financier accru pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

^a Demographic Health Survey, 2000

^b Demographic Health Survey 2004

^c Malawi Poverty Reduction Strategy Paper, April 2002

OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernement et parties prenantes ont élaboré la Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Malawi (MPRS). • L'EHP, volet du SWAp (2004), comprend : <ul style="list-style-type: none"> • Décentralisation de la gestion, développement des RH, financement de la santé, autonomie des hôpitaux, Paquet minimum de Soins de Santé et renforcement des capacités des districts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté en tant que déterminant important de la santé. • Epidémie à VIH/sida et ses conséquences. • Services inadéquats aux points de fourniture. • Pénurie, répartition inégale, exode et attrition des personnels de santé qualifiés. • Ressources inadéquates pour les soins de première ligne.

PARTENARIATS

Partenaires bilatéraux : Union européenne, Agence japonaise de coopération internationale (JICA), Département britannique pour le développement international (DFID), Agence allemande de coopération technique (GTZ), Agence canadienne de développement international (ACDI), Agence américaine pour le développement international (USAID), Centres pour la prévention et la lutte contre les maladies des EU (CDC), Agence suédoise de coopération internationale au développement (Asdi) et Ministère des Affaires étrangères de Norvège. Partenaires multilatéraux : Banque africaine de Développement, Banque mondiale, Fonds mondial (GFATM) et agences spécialisées des NU (FAO, OMS, ONUSIDA, PAM, PNUD, UNFPA et UNICEF) dans le cadre de l'UNDAF.

Autres partenaires techniques et financiers : organisations non-gouvernementales nationales et internationales.

OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> • Conseil des Organisations non-gouvernementales au Malawi (CONGOMA) : organisation ombrelle qui veille à une coordination efficace des partenaires de la santé. • Adoption du Cadre de dépenses à moyen terme (MTEF), approche stratégique du budget axée sur les priorités et intégrant dépenses ordinaires et de développement. • Groupe de Coordination de l'Aide (ACG) et Sous-groupe Santé et Population (HPDS) : mis en place pour améliorer la coordination entre pouvoir et partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faibles capacités de gouvernance pour coordonner le nombre croissant de partenaires. • Manque de clarté dans le rôle des partenaires et nécessité d'une meilleure coordination lors de la décentralisation et de la mise en œuvre du SWAp. • Nécessité de mettre en cohérence de nombreuses initiatives appelant une exécution coordonnée, dans un contexte d'insuffisance de fonds et de pénuries sérieuses de RH..

AGENDA STRATEGIQUE DE L'OMS (2004-2009)

L'agenda stratégique de l'OMS au Malawi est un cadre de collaboration à l'échelle de l'organisation en faveur du MoH, des partenaires et autres agences des NU pour un appui au développement du secteur de la santé, un plaidoyer en faveur de politiques promouvant la santé et pour fournir une direction technique. Il est en phase avec les objectifs prioritaires nationaux de santé du programme du MoH et la Stratégie de réduction de la pauvreté du Malawi, les priorités régionales et l'engagement à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

- **Renforcement du développement des systèmes nationaux de santé.** Appuyer l'élaboration et l'application de politiques de RH à long terme, le développement et le maintien des personnels ; la formulation des politiques et la gouvernance au moment de la mise en œuvre de la réforme du secteur, le suivi des districts en utilisant les outils existants ; agir comme facilitateur pour le renforcement des systèmes de gestion des médicaments ; promouvoir la recherche opérationnelle, le traitement de l'information et sa diffusion.
- **Prévention et lutte contre les principales maladies, (notamment VIH/sida).** Renforcer la SIMR en appuyant l'Unité centrale d'épidémiologie et le Laboratoire de santé publique ; renforcer les mécanismes de circulation des données de la SIMR vers les Systèmes d'information de la gestion sanitaire. Poursuivre l'appui technique pour lutter contre les maladies (notamment généralisation des traitements du VIH/sida) ; appuyer le MoH pour la surveillance des maladies non-transmissibles.
- **Santé familiale et génésique (y compris survie de l'enfant).** Fournir un appui technique aux niveaux MoH, local et de référence pour réduire la mortalité maternelle (notamment soins obstétricaux d'urgence et soins périnataux). Promouvoir des services de santé génésique ouverts aux adolescents, la formation et une meilleure intégration de la PCIME, notamment des soins pour les enfants vivant avec le VIH.
- **Promotion de partenariats et facilitation de l'action pour la santé.** Appuyer la collaboration entre donateurs et MoH, promouvoir l'agenda du gouvernement (SWAp, MPRS, décentralisation, amélioration gestion des hôpitaux) auprès des partenaires au développement participant aux réunions régulières du groupe de coordination (ACG et HPDS) ; œuvrer, avec le gouvernement, à la promotion de la collaboration intersectorielle dans la santé ; sensibiliser à l'inclusion des groupes les plus pauvres et les moins accessibles ; collaborer avec les Agences des NU pour aider à la réalisation des OMD.



POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS, veuillez consulter les sites Web ci-après :

Page Web de l'OMS consacrée au pays : <http://www.who.int/countries/mwi/fr/>

Département de l'OMS Action sanitaire en situation de crise (HAC) : <http://www.who.int/hac/crises/mwi/en/index.html>

© Organisation mondiale de la Santé 2006- Tous droits réservés.

Les fiches présentant les Stratégies de Coopération avec les Pays ne sont pas une publication officielle de l'OMS. Les cartes qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.