



PLAN DE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTE 2015-2019



Septembre 2015

PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique, avec l'appui indéfectible de ses partenaires techniques et financiers, a décidé d'élaborer le Plan de Développement du Secteur Santé pour les cinq années à venir (2015-2019) afin de disposer d'un document de référence pour mieux piloter le processus de redressement de la situation sanitaire. Madagascar aspire, en effet, à la relance socio-économique du pays après cinq années de crise sociopolitique qui a affaibli son système de santé et ralenti les progrès de développement sanitaire réalisés durant les décennies précédentes. Ce document donne les orientations stratégiques qui déterminent les grands repères des interventions pour le développement du secteur. Il s'inscrit, lui-même, comme une traduction sectorielle des orientations stratégiques définies dans le Plan National de Développement conçu récemment par le Gouvernement.

Le présent Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019 concourt à la réalisation de la vision suivante: «**En 2030, l'ensemble de la population malgache est en bonne santé dans un environnement sain, ayant une vie meilleure et productive**». Six axes stratégiques sont définis pour les interventions futures de développement sanitaire. Il s'agit: (i) de l'amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux; (ii) la stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux; (iii) du renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé; (iv) de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant; (v) du renforcement de la lutte contre les maladies; et (vi) de la promotion des comportements sains et protection de la santé. La mise en œuvre des interventions prioritaires afférentes à ces axes contribuera à l'avancée vers la Couverture Santé Universelle.

Ce document représente par excellence la référence et la base programmatique pour tous planifications, allocations de ressources et plaidoyers dans le domaine de la santé. Aussi, et en se conformant à la Déclaration de Paris, chaque acteur dans le système de santé est-il invité à y adhérer et à s'y référer dans toutes interventions de développement sanitaire.

Je tiens à remercier et à féliciter tous ceux qui se sont investis dans l'élaboration de ce document. J'exprime également ma sincère gratitude à tous les Partenaires Techniques et Financiers pour leurs appuis efficaces et continus.

Enfin, j'exhorte tous les acteurs nationaux, internationaux et communautaires à s'impliquer activement pour l'effectivité et la réussite de la mise en œuvre de ce plan.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

RESUME EXECUTIF

L'obsolescence des documents de cadrage politique et stratégique du secteur santé tels la Politique Nationale de Santé 2005 et le Plan de Développement du Secteur Santé 2007-2011 a obligé le Ministère de la Santé Publique, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers, à élaborer un Plan de Développement du Secteur Santé quinquennal (2015-2019) articulé à la fois à la Politique Générale de l'Etat et au Plan National de Développement. De plus, il s'agit aussi d'un besoin impératif de réorganiser le secteur santé face aux grands défis de redressement économique et social y compris sanitaire que le pays doit relever à l'issue de la crise sociopolitique qu'il a traversée. En effet, les efforts de développement sanitaire durant les deux dernières décennies ont été annihilés par le climat d'instabilité politique vécus dernièrement et les contextes de privation qui en découlent. Le chantier de conception de ce Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019 a démarré en janvier 2014 et a vu la participation de toutes les entités à chaque niveau du système de santé et des Partenaires Techniques et Financiers depuis l'analyse situationnelle jusqu'à sa validation finale.

L'Etat Malagasy, en collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers, a réalisé des efforts pour améliorer la santé de la population. Des acquis ont été enregistrés notamment dans l'amélioration de la couverture sanitaire, la mise aux normes des plateaux techniques, la lutte contre les maladies en particulier le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA, la réduction de la mortalité infantile. Mais, parallèlement, certains résultats restent encore non satisfaisants dans d'autres domaines, particulièrement en ce qui concerne la santé de la mère et du nouveau-né (stagnation à un niveau élevé du ratio de mortalité maternelle), la santé des adolescents et des jeunes (menacée par les grossesses précoces, les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA, les avortements clandestins, la consommation de tabac et de drogues), les maladies transmissibles (persistance ou émergence de maladies endémiques ou épidémiques comme la peste, la rage, et la bilharziose), les maladies non transmissibles (recrudescence entre autres des cas d'hypertension artérielle, de diabète et des traumatismes).

Des causes spécifiques liées aux programmes de santé sont évoquées pour expliquer ces contre-performances telles que:

- les difficultés d'intégration des activités de formation et de supervision des programmes verticaux;
- l'insuffisance de couverture sanitaire pour certains soins et services dans le domaine de la santé maternelle et infantile;
- la défaillance de la prise en charge de certaines maladies transmissibles et non transmissibles liée à l'insuffisance de financement et à la faible fonctionnalité du système de référence-contre référence entravant la continuité et la qualité des services.

D'autres causes plus générales et à dimension transversale méritent aussi d'être prises en compte. Ce sont:

- la faiblesse du leadership, tant sur le plan intersectoriel qu'intra sectoriel et la mauvaise gouvernance du secteur;
- la faible capacité d'offrir des soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par: (i) l'insuffisance qualitative et quantitative en ressources humaines, couplée à leur répartition inéquitable au détriment des zones

- périphériques, à leur vieillissement et à leur démotivation, (ii) la non-disponibilité de ressources financières en conformité avec les besoins des centres de soins, (iii) la non-disponibilité des intrants nécessaires, et (iv) la vétusté des infrastructures et des équipements sanitaires aggravée par les carences dans leur gestion et leur maintenance;
- la défaillance du système d'information sanitaire couplée à l'insuffisance de capacités institutionnelles en matière de suivi-évaluation et de recherche en santé;
- l'insuffisance et l'inadéquation de l'application de l'approche communautaire liée à un manque d'appropriation de la Politique Nationale de la Santé Communautaire par les acteurs;
- et la faible capacité en stimulation de la demande et en promotion de la santé pour s'attaquer aux déterminants de la santé.

A toutes ces causes s'ajoutent des contraintes externes telles que:

- le sous-financement du secteur santé;
- l'inefficacité de l'aide au développement sanitaire;
- et la faible participation de la communauté et de la société civile aux activités promotionnelles, préventives et curatives.

Tous ces facteurs ont été pris en considération lors de la planification des interventions du présent plan qui se base sur la capitalisation des acquis et l'apport de mesures correctrices dans les domaines défaillants.

Sa mise en œuvre doit concourir à la réalisation de la vision suivante: «**En 2030, l'ensemble de la population malgache est en bonne santé dans un environnement sain, ayant une vie meilleure et productive**». Elle contribuera également à l'avancée vers la Couverture Santé Universelle. Pour ce faire, tenant compte de l'analyse des problèmes, six axes stratégiques ont été retenus: (i) l'amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux; (ii) la stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux; (iii) le renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé; (iv) l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant; (v) le renforcement de la lutte contre les maladies; et (vi) la promotion des comportements sains et protection de la santé.

Les efforts seront axés principalement sur les interventions suivantes:

- l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière de la population à des offres de soins promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, à tous les niveaux, avec les plateaux techniques adéquats et les intrants nécessaires;
- le renforcement des activités de promotion et de protection de la santé;
- la couverture équitable et de qualité en infrastructures sanitaires;
- la participation effective, coordonnée et efficace du Gouvernement, des Partenaires Techniques et Financiers, de la Société Civile, des Collectivités Territoriales Décentralisées et de la communauté à la mise en œuvre et au financement des interventions sanitaires;
- la décentralisation/déconcentration du système de santé;
- l'amélioration du Système d'Informations Sanitaires en vue de rendre disponibles des informations sanitaires fiables et promptes à toutes les parties prenantes pour des prises de décisions adéquates à tous les niveaux;

- la mise en œuvre des paquets de services à haut impact pour accélérer la réduction des mortalités maternelle et infantile, réduire les prévalences des principales maladies transmissibles (infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA, paludisme et tuberculose), celles des maladies négligées et des maladies non transmissibles.

Trois scénarii de financement ont été définis pour les cinq années:

- le scénario 1 prend en compte la totalité des besoins sanitaires du pays et le budget global s'élève à 4 871,69 milliards d'Ariary;
- le scénario 2 tient compte des ressources disponibles, tout en priorisant la santé maternelle et infantile. Ce coût descend à 4 508,71 milliards d'Ariary;
- Le scénario 3 se base sur la réduction d'un tiers de l'ensemble des couvertures et des interventions. Le coût est évalué à 3 859,15 milliards d'Ariary.

La mise en œuvre du présent plan repose sur les trois principes directeurs suivants: (i) l'intégration et la coordination des activités, (ii) l'utilisation rationnelle des ressources, et (iii) la redevabilité mutuelle des acteurs. Elle sera pilotée et coordonnée par des structures définies à cet effet. Le suivi des réalisations se fera à travers des revues semestrielles et annuelles. Une évaluation se fera à mi-parcours et à la fin du quinquennat. Le suivi et l'évaluation vont permettre d'apprécier l'évolution des indicateurs de performance définis dans le cadre de suivi du Système National Intégré de Suivi-Evaluation, du Plan National de Développement et du document de performance du Ministère en charge de la Santé, et aider ainsi à la prise de décisions appropriées.

Le succès de la mise en œuvre de ce plan dépendra surtout de la volonté politique et de l'engagement du Gouvernement. Il s'agit entre autres de son adhésion à la Déclaration d'Abuja, de sa compréhension de la nécessité d'assurer la disponibilité et la motivation des agents de santé, et de la poursuite du paiement des fonds de contrepartie. L'adhésion, l'alignement et l'implication technique et financière des partenaires, de la Société civile, du secteur privé, des Collectivités Territoriales Décentralisées et de la Communauté aux interventions décrites dans ce plan sont aussi requis.

La mauvaise gouvernance, les crises sociopolitiques récurrentes, les changements fréquents des responsables, la politisation de l'administration, le non-respect de la continuité de l'Etat dans l'administration des services publics, la suspension des aides budgétaires par les partenaires et l'influence négative encore prépondérante des us et coutumes constituent autant de risques majeurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs fixés.

TABLE DE MATIÈRES

PREFACE	i
RESUME EXECUTIF	ii
TABLE DE MATIÈRES.....	v
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES.....	ix
ACRONYMES	x
INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE	3
1.1. CONTEXTE GÉNÉRAL.....	3
1.1.1. Situation géographique	3
1.1.2. Situation démographique	3
1.1.3. Situation socioculturelle	3
1.1.4. Situation économique	4
1.1.5. Situation politico-administrative	5
1.2. CONTEXTE SANITAIRE	5
II. ANALYSE DE LA SITUATION	6
2.1. ORGANISATION ET GESTION DU SYSTÈME DE SANTE.....	6
2.1.1. Leadership et Gouvernance.....	6
2.1.1.1. Leadership	7
2.1.1.2. Gouvernance.....	7
2.1.2. Ressources humaines	9
2.1.2.1. Effectifs et répartition des ressources humaines.....	9
2.1.2.2. Gestion des ressources humaines	10
2.1.2.3. Formation initiale et formation continue.....	11
2.1.3. Système d'information sanitaire.....	12
2.1.3.1. Principaux éléments du système d'information sanitaire.....	12
2.1.3.2. Principaux problèmes en matière de système d'information sanitaire.....	15
2.1.4. Intrants de santé, infrastructures, matériels et équipements.....	16
2.1.4.1. Intrants de Santé	16
2.1.4.2. Infrastructures, matériels et équipements.....	20
2.1.5. Financement de la santé.....	22
2.2. PRESTATIONS DE SERVICES	25
2.2.1. Offre de soins à travers les établissements de soins à tous les niveaux	25
2.2.1.1. Niveau communautaire	25

2.2.1.2.	Niveau soins de base.....	26
2.2.1.3.	Niveau référence.....	28
2.2.2.	Offre de soins à travers les programmes de santé	30
2.2.2.1.	Santé de la mère et de l'enfant	30
2.2.2.1.1.	Situation sanitaire de la mère	30
2.2.2.1.2.	Situation sanitaire de l'enfant.....	33
2.2.2.2.	Santé des adolescents et des jeunes	36
2.2.2.3.	Lutte contre les maladies transmissibles	37
2.2.2.3.1.	VIH/SIDA/IST	37
2.2.2.3.2.	Paludisme	39
2.2.2.3.3.	Tuberculose	40
2.2.2.3.4.	Maladies émergentes et ré émergentes et maladies tropicales négligées	41
2.2.2.4.	Lutte contre les maladies non transmissibles	44
2.3.	PROMOTION DE LA SANTE, COMPORTEMENTS SAINS ET PROTECTION DE LA SANTE.....	46
2.3.1.	Promotion de la santé.....	46
2.3.1.1.	Déterminants de la santé	46
2.3.1.2.	Communication et mobilisation sociale	46
2.3.2.	Sécurité alimentaire et qualité des denrées alimentaires.....	47
2.3.3.	Santé et environnement.....	48
2.3.4.	Gestion des risques et des catastrophes	49
2.4.	DIAGNOSTIC, ENJEUX ET DÉFIS.....	50
III.	PRIORITÉS STRATÉGIQUES EN MATIÈRE DE SANTE	54
3.1.	PRIORITES SANITAIRES	54
3.2.	VISION-OBJECTIF GENERAL	55
3.3.	AXES PRIORITAIRES, OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES	55
3.3.1.	Amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux	56
3.3.2.	Stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux	58
3.3.3.	Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé.....	58
3.3.4.	Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant	64
3.3.5.	Renforcement de la lutte contre les maladies	68
3.3.6.	Promotion des comportements sains et protection de la santé	70
IV.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	72
4.1.	PRINCIPES DIRECTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE.....	72
4.2.	MATRICE DE RÉSULTATS ET DE SUIVI.....	72

4.2.1.	L'amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux.....	73
4.2.2.	La stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux	76
4.2.3.	Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé.....	77
4.2.4.	Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant	93
4.2.5.	Renforcement de la lutte contre les maladies	97
4.2.6.	Promotion des comportements sains et protection de la santé	103
4.3.	ACTEURS DE MISE EN ñ UVRE	106
4.3.1.	Secteur public.....	106
4.3.2.	Secteur privé	106
4.3.3.	Société civile	106
4.3.4.	Communauté bénéficiaire	106
4.3.5.	Partenaires techniques et financiers.....	107
4.4.	SCHEMA INSTITUTIONNEL DE MISE EN ñ UVRE	107
4.4.1.	Comité de pilotage.....	107
4.4.2.	Comité technique.....	107
4.4.3.	Comité de suivi.....	107
4.4.4.	Comités régionales et de districts	108
4.5.	PROCESSUS DE PLANIFICATION.....	108
4.6.	MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION.....	108
4.7.	PLAN DE SUIVI EVALUATION.....	109
4.7.1.	Les indicateurs de performance.....	109
4.7.2.	Le calendrier de suivi évaluation.....	113
V.	COUT ET FINANCEMENT DU PDSS	116
5.1.	MÉTHODOLOGIE DE BUDGÉTISATION	116
5.2.	SCENARII DE COÛT ET IMPACTS	116
5.2.1.	Scénario 1	116
5.2.1.1.	Coût estimatif du scénario 1 selon les axes stratégiques du PDSS.....	116
5.2.1.2.	Métrique du scénario 1.....	117
5.2.2.	Scénario 2	118
5.2.2.1.	Coût estimatif du scénario 2 selon les axes stratégiques du PDSS.....	118
5.2.2.2.	Métrique du scénario 2.....	119
5.2.3.	Scénario 3	120
5.2.3.1.	Coût estimatif du scénario 3 selon les axes stratégiques du PDSS.....	120
5.2.3.2.	Métrique du scénario 3.....	120
5.3.	FINANCEMENT	121

5.3.1.	Cadrage macro-économique.....	121
5.3.2.	Estimation des ressources disponibles.....	122
5.3.3.	Besoins de financement.....	123
	CONCLUSION.....	124
	Annexe 1. BIBLIOGRAPHIE.....	I
	Annexe 2. GLOSSAIRE.....	III
	Annexe 3. LISTE DES OMD LIES A LA SANTE.....	IV
	Annexe 4. DIAGNOSTIC ET ANALYSE FFOM.....	V
	Annexe 5: RÉPARTITION RÉGIONALE DU TAUX DE LÉTALITÉ DE LA TUBERCULOSE SUIVANT LA COHORTE 2012 RAPPORTÉE EN 2013.....	XIII
	Annexe 7: TABLEAU DE POSITIONNEMENT DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS.....	XLI
	Annexe 8: LISTES DES PERSONNES AYANT PARTICIPES AU CHANTIER PDSS.....	XLVII

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des sources de financement de la santé.....	22
Tableau 2: Évolution des cas d'intoxication alimentaire à Madagascar de 2009 à 2013.....	47
Tableau 3: Tableau synoptique des axes prioritaires du PDSS 2015-2019.....	56
Tableau 4: Tableau de matrice de résultats et de suivi par axe stratégique.....	73
Tableau 5: Tableau synoptique des indicateurs de performance.....	110
Tableau 6: Calendrier de suivi-évaluation.....	113
Tableau 7: Coût estimatif du scénario 1.....	117
Tableau 8: Métriques du scénario 1.....	118
Tableau 9: Coût estimatif du scénario 2.....	118
Tableau 10: Métrique du scénario 2.....	119
Tableau 11: Coût estimatif du scénario 3.....	120
Tableau 12: Métrique du scénario 3.....	121
Tableau 13: Projection du taux de croissance économique réel pour 2015 à 2019.....	121
Tableau 14: Projection du taux d'inflation pour 2015 à 2019.....	122
Tableau 15: Prévision du Financement de l'État.....	122
Tableau 16: Financement Externe.....	123
Tableau 17: Besoin en financement.....	123

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Circuit des informations sanitaires de routine et spécifiques et les utilisateurs du SIS.....	13
Figure 2: Courbes de la mortalité maternelle de 1997 à 2012 et de l'OMD 6 en nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes.....	31
Figure 3: Courbes de la mortalité néonatale, de la mortalité infantile, de la mortalité infanto-juvénile pour mille naissances vivantes ou 1 000 enfants moins de cinq ans.....	33

ACRONYMES

AC	: Agent Communautaire
ACT	: Artemisinin Combined Therapy
ACSQDA	: Agence de Contrôle de la Sécurité et Qualité des Denrées Alimentaires
AFD	: Agence Française de Développement
AME	: Allaitement Maternel Exclusif
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ARMMN	: Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale
ARV	: Anti-Rétro-Viral
AS	: Agent de Santé
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	: Banque Mondiale
C4D	: Communication for Development (Communication pour le Développement)
CAID	: Campagne d'Aspersion Intra Domiciliaire d'insecticides
CCDS	: Comité de Coordination du Développement Sanitaire
CDMT	: Cadre de Dépense à Moyen Terme
CDT	: Centre de Diagnostic et de Traitement
CGL	: Comité de Gestion Logistique
CHRD	: Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNS	: Comptes Nationaux de Santé
CoGe	: Comité de Gestion
CoSan	: Comité de Santé
CPN	: Consultation Pré Natale
CRENAM	: Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire de la malnutrition aiguë Modérée
CRENAS	: Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire de la malnutrition aiguë Sévère sans complication
CRENI	: Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
CSB	: Centre de Santé de Base
CSU	: Couverture Santé Universelle
CT	: Centre de Traitement
CTD	: Collectivités Territoriales Décentralisées
DAMM	: Direction de l'Agence de Médicaments de Madagascar
DDS	: Direction des Districts Sanitaires
DEP	: Direction des Études et de la Planification
DMM	: Distribution de Masse de Médicaments
DMMGI	: Distribution de Masse de Médicaments Généralisée et Intégrée
DOTS	: Directly Observed Treatment Short Course
DPLMT	: Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRSP	: Direction Régionale de la Santé Publique

EAA	: Etablissements Agro-Alimentaires
EAH	: Eau, à l'Assainissement et à l'Hygiène
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EMAD	: Equipe Managériale du District
ENAM	: École Nationale d'Administration de Madagascar
ENSOMD	: Enquête Nationale pour le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
EPM	: Enquête Périodique auprès des Ménages
EPP	: Ecole Primaire Publique
ERC	: Etablissements de Restauration Collective
FANOME	: Fonds d'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels Fandraisana Anjara No Mba Entiko
FBR	: Financement Basé sur des Résultats
FE	: Fons d'Équité
FEH	: Fonds d'Équité Hospitalier
FFOM	: Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
FO	: Fistule Obstétricale
GAVI	: Global Alliance for Vaccination and Immunization
GPEECC	: Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences et Carrières
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
HTA	: Hypertension artérielle
ICAM	: Intoxication Collective des Animaux Marins
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC/CCC	: Information-Éducation-Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IFIRP	: Institut de Formation Inter-Régional des Paramédicaux
IHP+	: International Health Partnership (Partenariat International Elargi de la Santé)
INSPC	: Institut National de Santé Publique et Communautaire
INSTAT	: Institut National de la Statistique
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
ISPPF	: Institut Supérieur Privé de Formation des Paramédicaux
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JANS	: Joint Assesment of National health Strategies
KIA	: Kit Individuel d'Accouchement
LNCQ	: Laboratoire National de Contrôle de la Qualité
MEP	: Ministère de l'Économie et de la Planification
MER	: Maladies Émergentes et Réémergentes
MFB	: Ministère des Finances et du Budget
MID	: Moustiquaire Imprégnée à efficacité Durable
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MMR	: Maternité à Moindre Risque
MSANP	: Ministère de la Santé Publique
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
ODD	: Objectifs de Développement Durable

OHT	: One Health Tool
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAC	: Paquet d'Activités Communautaires
PAIS	: Programme d'Action pour l'Intégration des intrants de Santé
PASSOBA	: Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base
PECMAS	: Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe Sévère
PEH	: Projet d'Établissement Hospitalier
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCIMEC	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PDC	: Plan de Développement Communal
PDD	: Plan de Développement des Districts
PDR	: Plan de Développement Régional
PDSS	: Plan de Développement du Secteur Santé
PF	: Planification Familiale
PGDI	: Projet de Gouvernance et de Développement Institutionnel
PhaGDis	: Pharmacie de Gros du District
PhaGeCom	: Pharmacie à Gestion Communautaire
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIP	: Programme d'Investissement Public
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDRHS	: Plan National de Développement des Ressources Humaines de Santé
PNRS	: Politique Nationale de Recherche pour la Santé
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNSC	: Politique Nationale en Santé Communautaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	: Parité de Pouvoir d'Achat
PS	: Professionnelle du Sexe
PSRSIS	: Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RMA	: Rapport Mensuel d'Activités
SDSP	: Service de District de la Santé Publique
SFPP	: Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel
SG	: Secrétariat Général
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SIG	: Système d'Information et de Gestion
SILOP	: Service des Infrastructures, de la Logistique et du Patrimoine
SIS	: Système d'Informations Sanitaires
SLMV	: Service de Lutte contre les Maladies liées aux Modes de Vie

SMN	: Santé Maternelle et Néonatale
SNISE	: Système National Intégré de Suivi-Evaluation
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SONUB	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SORH	: Service de l'Observatoire des Ressources Humaines
SSME	: Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
STD	: Services Techniques Déconcentrés
SWAP	: Sector Wide Approach (Approche sectorielle élargie)
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TDS	: Travailleuse de Sexe
TIAC	: Toxi-Infection Alimentaire Collective
TIC	: Technologie de l'Information et de la Communication
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
TPB +	: Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement confirmé
UDI	: Utilisateurs de Drogues Injectables
UE	: Union Européenne
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UTGL	: Unité Technique de Gestion Logistique
TB-MR	: Tuberculose Multi-Résistante
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VIH	: Virus de l'Immuno déficience Humaine

INTRODUCTION

La santé tient une place importante dans les thématiques mondiales; celle-ci est prouvée par les déclarations internationales relatives à la santé telles que celles de Alma Ata (1978), de Libreville (1997), d'Abuja (2001), de Ouagadougou (2008), de Kampala (2008) et d'Adélaïde (2010). En outre, dans la déclaration des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) signée en septembre 2000, six objectifs sur les huit sont directement en rapport avec la santé (voir annexe 1). L'atteinte des OMD constitue un défi mondial. De ce défi découlent les stratégies pour améliorer l'efficacité de l'aide au développement dans le cadre de la Déclaration de Paris de 2005¹. Des financements sont mis à la disposition des pays pauvres ayant des stratégies nationales claires. Beaucoup d'initiatives mondiales comme le Global Alliance for Vaccination and Immunization (GAVI Alliance), le Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose (Global Fund), le Partenariat International Elargi de la Santé (IHP+) sont apparues pour soutenir les pays en développement afin de combattre les principaux fléaux dans le domaine de la santé, et contribuer au renforcement du système de santé.

A l'échelle internationale, la réflexion porte actuellement sur le post OMD à savoir les Objectifs de Développement Durable (ODD), c'est-à-dire après 2015. La mobilisation mondiale autour des OMD montre que le secteur santé reste prioritaire. La santé constitue le moteur, la mesure et les résultats d'un développement durable, selon l'ODD 3.

Par rapport à ces enjeux et défis internationaux, Madagascar a mis à jour sa Politique Nationale de la Santé (PNS) en 2005, suivie de l'élaboration d'un Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) de 2007 à 2011 et du Plan Intérimaire de la Santé (2012-2013). Le pays a prévu de mettre en place du *Sector Wide Approach* (SWAP) pour soutenir la mise en œuvre du PDSS 2007-2011. Le processus SWAP est lancé à partir de l'année 2008 avec l'adhésion de Madagascar à l'initiative IHP+ en signant le Compact mondial en mai 2008. La signature du document «Principes Directeurs sur la Mise en Place d'une Approche Sectorielle» entre le Gouvernement et les parties prenantes (partenaires techniques et financiers, société civile, secteur privé) a été réalisée en décembre 2008.

Cependant, la crise socio-politique qui a prévalu à Madagascar depuis fin janvier 2009 n'a pas permis de mettre en œuvre le PDSS en totalité. La baisse progressive de l'enveloppe budgétaire affectée au Ministère chargé de la Santé Publique, la diminution de l'appui financier des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et l'arrêt de la participation effective à l'initiative IHP+ ont ralenti l'exécution des principales activités du PDSS faisant ainsi obstacle à l'atteinte des OMD en 2015 et à l'amélioration de l'état de santé de la population malgache.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique Générale de l'État², il s'avère primordiale pour le Ministère de la Santé Publique (MSANP) de disposer d'un document stratégique servant, non seulement de référence aux priorités et aux actions à mener au niveau du secteur, mais aussi d'un document de plaidoyer auprès du Ministère des Finances et du Budget (MFB) et des PTF. C'est dans ce contexte que le MSANP a entamé l'élaboration

¹ <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/m/abstract/Js18744fr>.

² Gouvernement, Politique Générale de l'État, Axe prioritaire 3: L'élargissement de l'accès aux services sociaux de base de qualité, mai 2014.

du PDSS 2015-2019 avec les parties prenantes en janvier 2014. Un processus participatif a été utilisé pour la rédaction du PDSS. Il a connu les étapes clés suivantes:

- l'analyse de la situation sanitaire, fruit de la collaboration entre le MSANP et toutes les parties prenantes, et conformément aux six piliers du système de santé;
- la formulation des éléments stratégiques du plan : vision, priorités, axes prioritaires et objectifs du plan;
- l'estimation des besoins de financement du plan avec l'outil One Health Tool (OHT) et grâce à l'appui technique des partenaires.

Le présent document s'articule autour des six piliers du système de santé décrits ci-dessous et qui constituent l'assise des axes prioritaires et des objectifs du plan, reflet des besoins réels de santé de la population malgache en vue de tendre vers la Couverture Santé Universelle (CSU):

- le leadership et la gouvernance;
- les prestations de services;
- le système d'information sanitaire;
- les ressources humaines;
- les intrants, les infrastructures et les équipements, et
- le système de financement du secteur de la santé.

La mise en œuvre de ce plan demeure vaine sans le leadership du MSANP, l'adhésion des parties prenantes et la participation effective de la communauté, de la société civile et des PTF du secteur.

I. CONTEXTE

1.1. CONTEXTE GÉNÉRAL

1.1.1. Situation géographique

Madagascar, île du continent africain classée quatrième du monde de par sa superficie estimée à 587 047 km², se situe au sud-ouest de l'Océan Indien et est séparé de 400 km de la côte sud-est de l'Afrique par le canal de Mozambique. Il s'étend sur une longueur de 1.500 kilomètres entre le Cap Sainte-Marie au sud et le cap d'Ambre à l'extrême nord, et sur près de 500 kilomètres dans sa plus grande largeur. Il possède plus de 5 000 kilomètres de côte. Le pays est constitué de 60% de zones enclavées et inaccessibles, surtout pendant la saison des pluies. L'enclavement constitue ainsi un sérieux problème au développement.

1.1.2. Situation démographique

Selon les résultats de l'Enquête Périodique auprès des Ménages (EPM) 2010, la population est estimée à un peu plus de vingt millions d'individus, dont 20% en milieu urbain et 80% en milieu rural. Un ménage compte en moyenne 4,8 individus³. La population malgache se caractérise par sa très grande jeunesse puisque près des deux tiers ont moins de 25 ans (64%) et près de la moitié ont moins de 15 ans (47%)⁴. Les estimations de la croissance annuelle moyenne de la population pour la période de 2010 à 2015 est de 2,5% si elle a été de trois pourcent pour la période de 1990 à 1995 selon les tendances démographiques énoncées dans le rapport sur le développement humain 2010 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)⁵. L'Enquête Démographique et de Santé IV (EDS-IV) réalisée en 2008-2009 fait état d'un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) à 4,8 et d'un taux brut de natalité à 33,4‰. L'ISF est deux fois et demie plus élevé dans les ménages les plus pauvres que dans les plus riches et c'est en milieu rural que le niveau de la fécondité est le plus élevé. La fécondité demeure malgré tout précoce puisque 32% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie reproductive: 26% ont déjà eu, au moins, un enfant, et six pourcent des jeunes étaient enceintes du premier enfant⁶. Cette précocité reproductive chez les adolescentes est parmi les causes de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

1.1.3. Situation socioculturelle

Madagascar a été peuplé par les migrations successives provenant d'Indonésie et d'Afrique. Malgré cette origine, la langue reste unique pour les dix-huit ethnies. Cette unicité dans la diversité constitue un atout majeur dans le développement socioculturel du pays. Diverses religions sont librement pratiquées dans le pays, dont les religions chrétienne et musulmane ainsi que les croyances traditionnelles.

Selon l'Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement 2012 (ENSOMD 2012), le taux brut de scolarisation (fréquentation) est

³ INSTAT, Enquête Périodique auprès des Ménages, 2010.

⁴ INSTAT, Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2013.

⁵ PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2010.

⁶ INSTAT, Enquête Démographique et de Santé 2009.

de 10% pour le préscolaire, 108% pour le primaire (ce taux indique que des enfants de moins de six ans ou de plus de 10 ans fréquentent le primaire), 46% pour le collège, 22% pour le lycée et cinq pourcent pour le supérieur et un enfant de six ans sur quatre seulement entre pour la première fois en 1ère année du primaire.

En matière de genre, la participation des femmes au développement du pays (faible participation des femmes sur le plan politique) et à l'activité économique (difficulté de trouver un emploi de qualité, difficulté d'accès aux ressources productives) reste encore très difficile. L'ENSOMD 2012 montre que le ratio d'alphabétisation femmes-hommes de 15 à 24 ans est inférieur à un. Les femmes sans instruction et de niveau d'instruction primaire sont nombreuses avec respectivement un ratio femmes-hommes de 1,10 et 1,18 dans tout Madagascar. En outre, plus le niveau d'instruction augmente, plus les femmes sont devenues moins nombreuses que les hommes (le ratio femmes-hommes est de 0,82 pour le niveau secondaire ou plus). Ces constats (faible scolarisation, problèmes de genre) accentués par des us et coutumes inappropriés et des mauvaises pratiques traditionnelles sont parmi les facteurs qui font obstacle à l'efficacité des activités de promotion de la santé tant dans le domaine préventif (malnutrition, mortalité maternelle et infantile) qu'au niveau de la stimulation de la demande d'offres de soins.

1.1.4. Situation économique

L'économie de Madagascar est fortement dépendante du reste du monde. Le commerce extérieur est essentiellement constitué de produits agricoles, des produits de la pêche et des mines. Entre 2006 et 2010, il est noté une alarmante dégradation du marché du travail, marquée par une augmentation du chômage et du sous-emploi et, surtout, une explosion du secteur informel de subsistance, un effondrement du pouvoir d'achat des travailleurs et un creusement sensible des inégalités. Les résultats obtenus en matière de réduction de la pauvreté au cours des dernières années ont ainsi été effacés et même inversés.

En 2013, Madagascar se place au 151ème rang sur 187 pays pour l'Indice de Développement Humain (IDH)⁷, au 118ème selon Transparency International et au 142ème selon Doing Business. Le Produit Intérieur Brut (PIB) a reculé de -3,7% en 2009, une stagnation en 2010, une très légère reprise en 2011 (1,9 %) et une reprise en 2012 et 2013 autour de trois pourcent par an. En outre, plus de la moitié de la population malgache vit dans l'extrême pauvreté (56,5 %) mesuré à travers le seuil national (374 941 Ariary) et près des trois quarts (77%), si le seuil est de 1,25 dollars Parité du Pouvoir d'Achat (PPA) de 2005 de la Banque Mondiale.

Il existe une double relation de causalité entre la pauvreté et la sous-nutrition. En effet, la sous-nutrition affecte le développement cognitif des enfants, les capacités d'apprentissage et leurs performances scolaires et leur productivité à l'âge adulte. Par ailleurs, il est prouvé que les adultes ayant souffert de sous-nutrition dans leur enfance sont plus à risque de développer des maladies chroniques (Lancet 2013). A l'échelle d'un pays, l'ensemble de ces effets de sous-nutrition peuvent entraîner des pertes économiques équivalents à deux pourcent voire trois pourcent du produit intérieur brut (Source: INSTAT, ENSOMD 2012).

⁷ PNUD, Rapport sur le Développement Humain, 2014.

1.1.5. Situation politico-administrative

Selon la dernière Constitution votée en 2010, Madagascar est subdivisé en 6 provinces autonomes, 22 régions, 119 districts, 1 500 communes et 17.500 fokontany. Les régions et les communes sont des collectivités territoriales décentralisées organisées au sein des provinces autonomes.

Sur le plan politique, le secteur santé est tributaire des crises cycliques qui sévissent dans le pays. Ces crises sont liées à la mauvaise gouvernance, la forte politisation de l'administration publique, la non redistribution des fruits de la croissance économique à la population.

1.2. CONTEXTE SANITAIRE

L'organisation du système de santé se fait sur quatre niveaux:

- *le niveau central* en charge de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards;
- *le niveau intermédiaire ou régional*, représentant du ministère au niveau régional et sous le rattachement direct du Secrétariat Général, la Direction Régionale de Santé Publique (DRSP) a pour mission de «planifier, conduire, suivre et évaluer» la mise en œuvre des programmes d'intérêt national au niveau des districts sanitaires de la région sanitaire;
- *le niveau périphérique ou district*, représenté par le Service de District de la Santé Publique (SDSP) dont la mission consiste à coordonner et à appuyer les formations sanitaires de base et de première référence dans l'offre des services de santé. Ce niveau constitue la pierre angulaire du système de santé et doit disposer d'une autonomie de décision et financière;
- *le niveau communautaire* participant dans la promotion de la santé et dans le fonctionnement et la gestion des structures sanitaires de base.

L'organisation des soins fait appel à trois échelons:

- Le premier échelon, se trouvant au niveau du district sanitaire, est constitué par:
 - ✓ la fourniture de services au niveau communautaire à travers les agents communautaires et les agents de santé en stratégie avancée;
 - ✓ les formations sanitaires de base pour les premiers contacts et porte d'entrée de l'utilisateur dans le système de santé: Centre de Santé de Base (CSB) Niveau 1 et 2 offrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA);
- Le deuxième échelon, constitué par les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) sans chirurgie assurant le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et les CHRD avec chirurgie représentant les hôpitaux de premier recours ou de premier niveau de référence;
- Le troisième échelon, formé par les Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR) et les Centres Hospitalier Universitaires (CHU): ce sont les hôpitaux de deuxième recours ou de deuxième référence.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

Dans son rapport 2008 sur la santé dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini un système de santé comme étant «toutes les organisations, personnes, ressources et actions dans l'intention première est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé». En outre, l'OMS a élaboré un cadre conceptuel identifiant les six piliers d'un système de santé et vise à promouvoir une compréhension commune de ce qu'est un système de santé et des constituantes du renforcement de système de santé.

Parmi les piliers du système de santé, cinq (leadership et gouvernance, ressources humaines, information sanitaire, infrastructures, matériels et intrants de santé et financement de la santé) forment un groupe compact, complémentaire et à dimension transversale. De ce fait, le premier volet de l'analyse étudiera ces cinq piliers regroupés sous l'appellation: Organisation et Gestion du Système de Santé.

Par la suite, le second volet: Prestation de Services, fera l'objet d'un démembrement dont les différents sous chapitres sont:

- l'offre de services et de soins à tous les niveaux;
- l'offre de soins à travers les programmes de santé:
 - ✓ survie, santé et développement de la mère et de l'enfant;
 - ✓ santé des adolescents et des jeunes;
 - ✓ lutte contre les maladies transmissibles;
 - ✓ lutte contre les maladies non transmissibles.

Le troisième volet est constitué par: la Promotion de la Santé, Comportements Sains et Protection de la Santé:

- Promotion de la santé;
- Sécurité alimentaire et qualité des denrées alimentaire;
- Santé et environnement;
- Gestion des risques et des catastrophes.

A chaque chapitre seront présentés l'état des lieux et les principaux problèmes, classés par ordre prioritaire et d'importance et qui demandent une réponse à court et à moyen termes sur le plan stratégique. Le diagnostic et l'analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) des composantes pour chaque chapitre seront présentés en annexe 2. Enfin, le dernier volet aura pour objet la synthèse des problèmes, les enjeux et défis du secteur.

2.1. ORGANISATION ET GESTION DU SYSTÈME DE SANTE

2.1.1. Leadership et Gouvernance

Ce pilier revêt un intérêt capital pour le système de santé. Ces termes concernent la capacité du MSANP à impulser, à coordonner, à susciter l'adhésion des parties prenantes au développement sanitaire. Il s'agit aussi de la mise en place d'institutions, des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de suivi afin d'assurer le bon fonctionnement du Ministère et de respecter les droits à la santé de la population, en termes de redevabilité, de transparence et de participation citoyenne.

En matière de leadership et de gouvernance, le MSANP a subi les conséquences de la crise institutionnelle et de l'absence de reconnaissance internationale du pouvoir en place (2009-2013). En effet, l'instabilité politique, l'insécurité et le non-respect de l'Etat de droit, la crise économique accentuée par le retrait des Partenaires Financiers du secteur ont eu des effets négatifs sur l'autorité du MSANP et de ses capacités à assurer le bon fonctionnement du secteur et le contrôle de l'administration. Les conséquences en sont le faible leadership, tant sur le plan intersectoriel qu'intra sectoriel ainsi que la mauvaise gouvernance du secteur.

2.1.1.1. Leadership

Le faible leadership intra sectoriel du Ministère se manifeste par l'absence et/ou l'obsolescence de document cadre de référence en matière de développement sanitaire. En effet, avant de devenir obsolète, la PNS 2005 ainsi que le PDSS 2007-2011 n'ont été que partiellement mis en œuvre de 2009 à 2011. Néanmoins, le MSANP a élaboré par la suite le Plan Intérimaire 2012-2013 avec les parties prenantes du secteur santé. Des stratégies thématiques ont été développées, telles que celles relatives à la santé bucco-dentaire, à la santé oculaire, au VIH/SIDA (Virus de l'Immuno déficience Humaine/ Syndrome d'Immuno Déficience Acquise), au paludisme, à la tuberculose et aux services de réadaptation. Mais ces politiques ne sont pas déclinées systématiquement en plan opérationnel. Au niveau du district sanitaire, on note aussi l'absence de Plan de Développement du District qui aurait défini les objectifs et permis la mise en œuvre des activités afin d'assurer un meilleur développement sanitaire du secteur.

Cette situation de faible leadership du niveau central est accentuée par le changement fréquent des principaux cadres du ministère et la forte politisation de l'administration. A cela s'ajoute une dilution des responsabilités et le manque de soutien et d'accompagnement du niveau périphérique. Par ailleurs, la coordination et le contrôle de la part du ministère sur le secteur privé sont encore insuffisants.

Le faible leadership intersectoriel résulte de la capacité insuffisante du ministère à susciter l'adhésion, l'alignement sur ses politiques et stratégies sectorielles. L'absence de conférence intersectorielle n'a pas permis au ministère d'effectuer un plaidoyer convaincant auprès des autres ministères, notamment pour ceux chargés des Finances et du Budget et de la Fonction Publique. Par ailleurs, les avancées en matière d'approche sectorielle et de l'initiative IHP+ ont été abandonnées durant la crise, entraînant un faible développement du dialogue sectoriel entre le MSANP et les PTF et l'inexistence de la coordination des projets et de leurs unités de gestion. Au niveau périphérique, la faible capacité de leadership de l'EMAD (Equipe Managériale du District) a pour conséquence l'absence de coordination et d'intégration du système de soins au niveau des communes et l'inadéquation du dispositif de gestion des aspects sanitaires.

2.1.1.2. Gouvernance

En termes de gouvernance, le mauvais fonctionnement du Ministère est la conséquence de la faible capacité gestionnaire des responsables à tous les niveaux et de l'insuffisance de financement du secteur. En effet, les acquis en matière de bonne gouvernance avant la crise socio-politique telles que le début de la décentralisation du système de santé, la réforme des finances publiques basée sur le budget de programmes et

le mécanisme de Planification Budgétisation Suivi Évaluation, l'effectivité des organes de lutte contre la corruption tant au niveau national qu'au niveau du secteur de la santé, n'ont pas été préservés et ont abouti à:

- une forte centralisation budgétaire du secteur : 80% du budget sont alloués au niveau central;
- une faiblesse des Services Techniques Déconcentrés (STD) tels que les DRSP et les SDSP qui n'arrivent pas à jouer leur rôle d'appui, de coordination, d'encadrement et d'accompagnement des structures de soins;
- une mauvaise gestion du budget et une faiblesse du système de suivi financier;
- une faible application des audits externes et des mécanismes anticorruption tels que les mesures coercitives en cas de flagrant délit favorisant ainsi la mauvaise gestion des fonds telle que les dépenses inéligibles et les détournements au niveau des Fonds d'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels (FANOME).

Concernant la redevabilité sociale, des expériences pilotes sont menées avec l'utilisation de «community score card» au niveau des CSB dans les régions Analamanga, Haute Matsiatra, Anosy. Le Projet SantéNet 2 a introduit aussi l'approche qualité sociale dans 800 communes, appuyé par la Banque Mondiale à travers le Projet de Gouvernance et de Développement Institutionnel 2 (PGDI 2). Le bilan de satisfaction des usagers sur les services des agents communautaires ont atteint respectivement 60%, et sur les offres de services des CSB 56% en 2012⁸. Ces taux sont nettement supérieurs au taux moyen national sur la consultation externe des CSB qui est de 28, 2% en 2012⁹. Mais la mise à l'échelle de ces initiatives n'a pas été réalisée et elles sont restées actuellement au stade d'expérience pilote dans quelques régions du pays.

En conclusion, les problèmes qui méritent des interventions immédiates et à court terme sont en matière de leadership:

- la faible capacité de leadership des cadres à tous les niveaux;
- l'absence de mécanisme de suivi et d'évaluation de l'effectivité de toutes les activités mentionnées dans les Plans de Travail Annuel (PTA);
- l'absence de documents cadres en vigueur au niveau du secteur (PNS, PDSS et CDMT);
- l'absence de coordination et d'intégration des systèmes de soins au niveau des districts et des communes;
- le faible alignement des PTF sur les priorités du Ministère.

En matière de gouvernance, les problèmes prioritaires sont:

- l'insuffisance de supervision et de partage d'information entre le niveau central et périphérique entraînant l'isolement et le manque d'orientation et/ou de soutien des structures périphériques;
- la mauvaise gestion et tendance à la corruption du fait de la non institutionnalisation des audits externes et internes et des mécanismes anticorruption sur le système budgétaire y compris le FANOME, et sur le système de passation des marchés publics;

⁸ USAID, SantéNet 2, Amélioration de la santé à travers l'approche de la qualité sociale dans 800 communes de Madagascar, 2012.

⁹ MSANP, Service des Statistique Sanitaires, Annuaire des Statistique du Secteur Santé, 2012.

- la centralisation du secteur;
- le manque d'intersectorialité et de démarche intégrée du développement du secteur;
- l'insuffisance de sens de responsabilité et de redevabilité de la part des responsables et des acteurs à tous les niveaux.

2.1.2. Ressources humaines

Les ressources humaines constituent un pilier déterminant majeur de la performance du système de santé car il influe à la fois sur l'effectivité de l'offre de service et sur la qualité des soins de santé.

2.1.2.1. Effectifs et répartition des ressources humaines

En 2014, le MSANP a recensé 15 164 agents fonctionnaires composés de 26,03% de médecins, 37,90% de paramédicaux, 16,55% d'agents administratifs et 19,56% de personnel d'appui. Les régions disposent du plus grand nombre de professionnels de santé (88,56%), mais presque la moitié sont constitués de paramédicaux (42,14 %). Toutefois, si l'on considère le nombre de population desservie, les ressources humaines ont tendance à se concentrer essentiellement au niveau central, au détriment des régions autres que la Région d'Analamanga et des structures sanitaires du niveau périphérique et du milieu rural. En 2014, la moyenne nationale en ratio médecin public par habitants était de 1/10 500, proche de celle préconisée par l'OMS qui est de un médecin pour 10 000 habitants ceux-ci masquant d'importantes disparités inter régionales¹⁰.

Le manque de personnel est surtout ressenti au niveau des paramédicaux (1 infirmier pour 8 400 habitants et 1 sage-femme pour 15 000 habitants) mais également vrai au niveau des médecins spécialistes. En outre, l'âge moyen toutes catégories confondues est de 50,5 ans, montrant ainsi le vieillissement préoccupant du personnel de la santé et le MSANP prévoit en 2015 le départ en retraite de 646 agents.

Par ailleurs, l'éloignement et l'enclavement, l'absence d'infrastructures et le manque de confort, les difficultés à scolariser convenablement les enfants sont autant de raisons qui dissuadent les professionnels de santé de s'installer et travailler dans les zones rurales et enclavées. Le manque de sécurité grandissant depuis la crise de 2009 constitue un problème supplémentaire dans certaines zones.

Selon le rapport du MSANP, bon nombre de CSB ne sont pas aux normes préconisées par l'OMS en termes de ressources humaines: 46,6% des CSB2 censés être tenus par un médecin n'en disposent pas, et plus de la moitié des CSB (51,9%) sont gérés par un seul agent, dont 150 par un Aide Sanitaire proche de la retraite (Source: MSANP, Direction des Ressources Humaines (DRH), 2013). Ces agents seuls au poste laissent les CSB fermés lors de leurs déplacements pour raisons de service ou non. Toutefois, le MSANP n'a cessé de recruter des ressources humaines sur budget de l'Etat selon les disponibilités des postes budgétaires octroyés par le MFB (454 agents de santé recrutés en 2014) essentiellement afin de pourvoir au remplacement des agents partis en retraite. Parallèlement, des recrutements

¹⁰ MSANP/AFD, Rapport d'analyse de situation en vue de l'élaboration du Plan National de Développement des Ressources Humaines de Santé, août 2014.

ont été effectués sous contrat, financés par les PTF: (i) l'appui de GAVI a permis de recruter 156 paramédicaux et 15 médecins pour les CSB, et (ii) le financement de l'Union Européenne (UE), à travers le projet Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base/ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (PASSOBA/UNICEF), a permis de recruter 297 paramédicaux et rouvrir 63 CSB fermés (Source: PASSOBA, UNICEF Rapport 2014). Malgré cela, 38 CSB restent encore fermés en fin d'année 2013.

La formation des Agents de Santé (AS) constitue le levier stratégique pour assurer la continuité de l'offre de service de santé efficace. En 2013, le MSANP a mis en place sa Politique Nationale de Formation en matière de Santé, dont les principaux buts sont: (i) d'assurer la formation et la production des professionnels de santé capables de répondre de manière optimale aux besoins de santé identifiés prioritaires, et (ii) de garantir le développement continu des potentialités du personnel de santé en exercice pour leur permettre d'offrir des soins de qualité correspondant aux besoins du secteur et de la population.

2.1.2.2. Gestion des ressources humaines

L'absence des documents et cadres stratégiques, tels que le Plan National de Développement des Ressources Humaines de Santé (PNDRHS) qui est en gestation, rend cette thématique inefficace pour l'atteinte des OMD liés à la santé. Dans le domaine de la Gestion Prévisionnelle des Effectifs, Emplois et Compétences et Carrières (GPEECC), des efforts ont été menés au niveau du MSANP afin d'améliorer le management des ressources humaines: (i) élaboration du manuel de gestion, (ii) création du SORH (Service de l'Observatoire des Ressources Humaines), (iii) mise au point du logiciel dénommé GRH Parfaite. Mais en raison de l'insuffisance de moyen et des déficiences du système d'information (entre les niveaux de la pyramide sanitaire et avec le ministère chargé de la fonction publique), il n'existe pas encore de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, et les profils de poste restent à réactualiser. Ainsi, le recrutement et la gestion de la mobilité des ressources humaines restent aléatoires, parfois non conformes administrativement et sans prise en compte de l'évolution de la démographie, de l'épidémiologie et de la morbidité et des normes des formations sanitaires. Sur ce dernier point, en particulier, il est nécessaire d'évaluer la pertinence de ces normes compte tenu des ressources et du besoin.

En matière d'effectif et de gestion des ressources humaines, les principaux problèmes sont:

- l'insuffisance quantitative et qualitative en professionnels de santé par rapport aux besoins du secteur santé;
- le vieillissement des ressources humaines pour toutes catégories de personnel;
- la mauvaise répartition des ressources humaines au détriment des zones périphériques;
- l'absence de stratégies de fidélisation des AS dans les zones éloignées et enclavées;
- la faible gestion des ressources humaines surtout dans les domaines de: (i) la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences, (ii) la formation, (iii) la communication interne, (iv) la régulation sociale, (v) le plan de carrière, et (vi) le management et la conduite du changement.

2.1.2.3. Formation initiale et formation continue

En matière de formation initiale en santé, le pays dispose de deux facultés de médecine (Antananarivo et Mahajanga), d'un institut d'odontostomatologie tropical à Mahajanga et de quatre départements de médecine dans les quatre autres provinces (Antsiranana, Toamasina, Fianarantsoa, Toliara). L'effectif des sortants en 2013 est de 133 médecins, 18 chirurgiens-dentistes et 13 pharmaciens. Pour la formation des paramédicaux, six Instituts de Formation Inter-Régionaux des Paramédicaux (IFIRP) sont installés au niveau des six chefs-lieux de province. En 2013, 320 paramédicaux, toutes filières confondues, sont sortis des 6 IFIRP. En outre, l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) contribue à la formation de personnel en santé publique et communautaire à travers deux types de formation: (i) formation continue en échographie et en épidémiologie, (ii) formations diplômantes comme le licence en santé et communautaire, le master en santé publique et communautaire et le master en sciences infirmières. Le passage au système de Licence-Master-Doctorat au niveau des IFIRP a commencé en 2014. Environ 470 étudiants sont recrutés en première année par l'Université d'Antananarivo et les quatre départements de médecine (celui de Mahajanga n'est pas commencé en 2014)¹¹.

En ce qui concerne les Instituts Supérieurs Privés de Formation des Paramédicaux (ISPPF), leur nombre augmente d'année en année depuis 5 ans environ. Actuellement, l'effectif est de 49 instituts dont 26 habilités par les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé et 23 non habilités, repartis dans toutes les provinces.

Quant à la formation de personnel administratif, deux filières existent pour l'obtention de diplôme d'études supérieures: (i) la filière des administrateurs hospitaliers de l'INSPC (50 sortants de 2004 à 2014 dont 32 affectés au MSANP), (ii) la filière des administrateurs civils «option santé» à l'École Nationale d'Administration de Madagascar (ENAM) dont 54 sortants de 2008 à 2010 et mis à la disposition de la DRH/MSANP avant leur affectation)¹².

Les principaux problèmes rencontrés en matière de formation initiale sont:

- **pour la formation des médecins**
 - ✓ longue attente pour le recrutement au sein du MSANP;
- **pour les IFIRP:**
 - ✓ vétusté des infrastructures;
 - ✓ insuffisance des équipements didactiques;
 - ✓ insuffisance du budget de fonctionnement;
 - ✓ baisse constante des effectifs cadres;
 - ✓ insuffisance de formation des formateurs;
 - ✓ absence de projet de développement ou d'établissement;
 - ✓ longue attente pour le recrutement au sein du ministère chargé de la santé;
- **pour les ISPPF:**
 - ✓ inadaptation des infrastructures aux missions d'enseignement (salle trop petite, mobilier en mauvais état, pas de laboratoire,...);

¹¹ MSANP/AFD, Rapport d'analyse de situation en vue de l'élaboration du Plan National de Développement des Ressources Humaines de Santé, août 2014.

¹² MSANP/AFD, Rapport d'analyse de situation en vue de l'élaboration du Plan National de Développement des Ressources Humaines de Santé, août 2014.

- ✓ absence ou rareté des équipements didactiques et pédagogiques;
- ✓ insuffisance et manque de compétence des équipes cadres;
- ✓ existence d'instituts sans habilitation et sans équivalence des diplômes.

En matière de formation continue, le Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel (SFPP) a en charge la coordination de la formation continue et le perfectionnement des agents du MSANP mais ne dispose pas de réelles compétences en ingénierie de formation au sein de ce service. Il n'existe ni plan de formation réel, ni budget spécifiquement consacré à la formation. L'appropriation du document de politique nationale de formation en matière de santé élaboré en 2011 n'est pas encore effective au niveau des services centraux et déconcentrés du MSANP.

Un des problèmes en matière de formation continue est l'absence de coordination des activités de formations. Les chevauchements des activités de formation et des ciblage non pertinents de participants vont entraîner les sur formations et les absentéismes des AS au détriment des offres de prestations de soins. L'absence de coordination efficace et de synergie entre les différents intervenants en formation entre les différents programmes est attestée par la multiplicité et/ou duplication des modules. En outre, ces formations ne sont pas toujours capitalisées, ni partagées, et par ailleurs la formation n'est pas toujours prise en compte dans la formulation des plans de carrière des agents. Par ailleurs, on note une insuffisance de formation en santé de la mère et de l'enfant. En effet, selon l'enquête sur l'offre de services au niveau de 15 régions, réalisée en 2014, 50% des gynécologues obstétriciens ont reçu de formation en Consultation Pré-Natal (CPN) +, soins humanisés, Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), audit des décès maternels, soins du post partum et seuls 19% des sages-femmes des CSB sont formés en SONU, soins du post partum et six pourcent d'entre elles ont reçu une formation en CPN + et en Santé Maternelle et Néonatale (SMN). En outre, seules 11% des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens des CHU ont reçu de formation en SMN et SONU¹³.

Les principales causes des problèmes en rapport avec la formation continue sont:

- le manque de coordination avec les programmes de santé;
- la gestion irrationnelle de la formation (mise en œuvre seulement selon des logiques d'opportunité);
- le manque de vision stratégique globale en matière de gestion des ressources humaines;
- la faiblesse des outils d'évaluation des besoins des prestataires et de planification des formations;
- le manque d'outil de mesure d'impact des formations dispensées (retour sur investissement);
- l'absence de capitalisation des pratiques de formation¹⁴.

2.1.3. Système d'information sanitaire

2.1.3.1. Principaux éléments du système d'information sanitaire

Le Système d'Information Sanitaire (SIS) est un des piliers essentiels pour le renforcement du système de santé et renseigne sur la situation sanitaire de manière générale, basée sur des données recueillies auprès de la population et dans les établissements de santé. Le Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire 2013-2017 (PSRSIS), servant de document de référence à toutes les interventions relatives au SIS, a pour

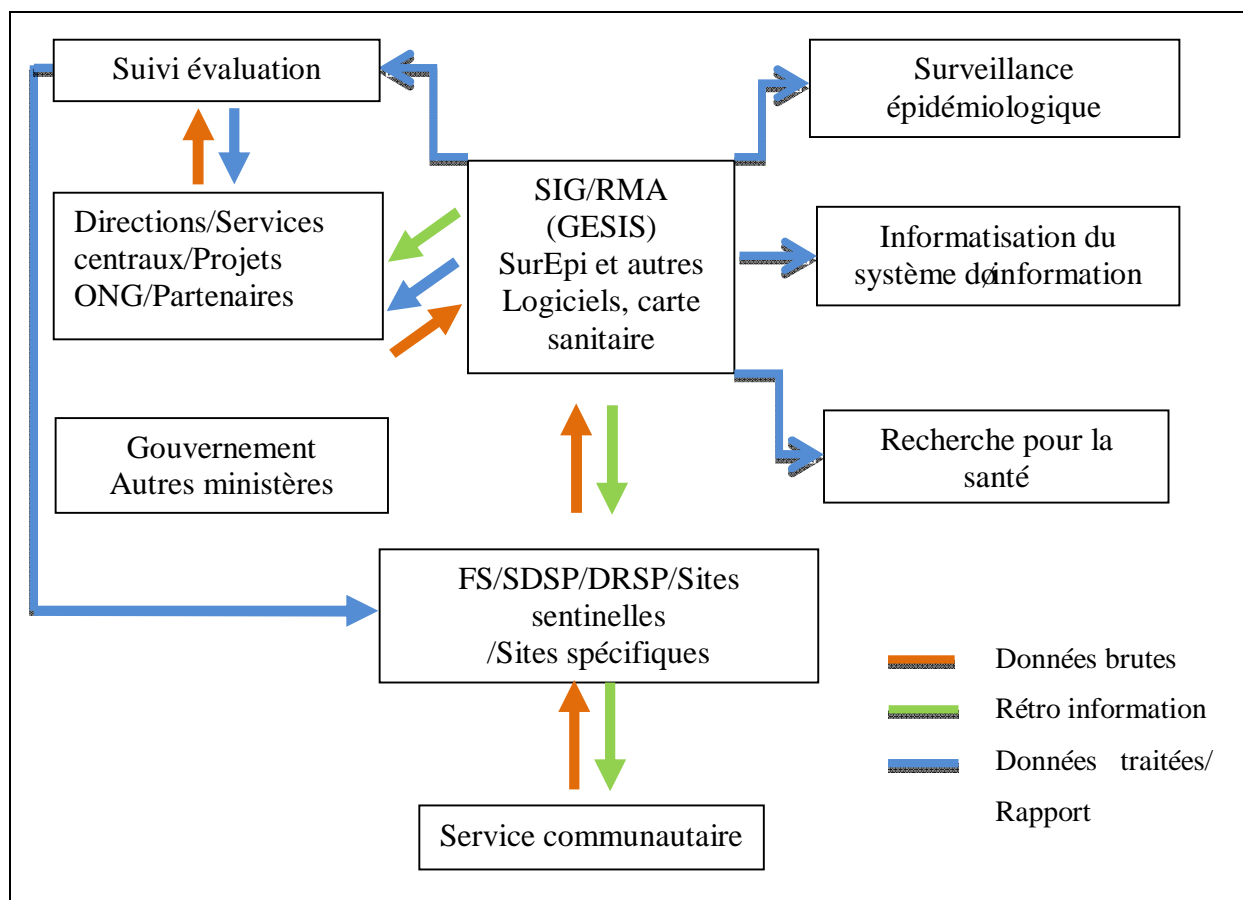
¹³ USAID/MCSP, Etat des offres de service en santé maternelle, néonatale et en planification familiale des formations sanitaires de 15 régions, 2014.

¹⁴ MSANP/AFD, Rapport d'analyse de situation en vue de l'élaboration du Plan National de Développement des Ressources Humaines de Santé, août 2014.

objectif de disposer à temps des informations de qualité, exhaustives, intègres, exploitables, accessibles et utiles aux besoins du système de santé pour la prise de décision et l'action.

La figure 1 suivante montre le circuit des informations sanitaires de routine et spécifiques. Le SIS a pour noyau central le système d'information sanitaire de routine ou «SIG/RMA». C'est une gestion informatisée des données sanitaires de routine des formations sanitaires publiques et privées par l'intermédiaire du logiciel dénommé GESIS. Les données compilées à différents niveaux sont traitées au niveau central et utilisées par les autres composants du SIS: (i) la surveillance épidémiologique, (ii) le système de suivi, (iii) et d'évaluation et la recherche pour la santé.

Figure 1: Circuit des informations sanitaires de routine et spécifiques et les utilisateurs du SIS



A partir de l'année 2010, pour satisfaire les besoins des programmes verticaux (besoins d'informations pour leurs indicateurs spécifiques) et alléger le système de rapportage, deux stratégies ont été adoptées: (i) d'une part la mise à jour périodique du Système d'Information pour la Gestion/Rapport Mensuel d'Activités (SIG/RMA) qui sont des outils de gestion et des logiciels, et (ii) d'autre part, l'intégration des informations à collecter justifiant l'élaboration d'un autre canevas de rapport RMA Additif en sus du RMA usuel. Ce RMA complémentaire contient surtout les informations sur le FANOME, les données communautaires, et autres informations de quelques programmes verticaux. Malgré cette intégration des informations sur deux canevas de rapports, certains programmes verticaux utilisent toujours leurs propres canevas de rapports et outils de gestion, prétextant la faible promptitude et complétude des informations traitées du système officiel, mais cela entraîne une surcharge de travail pour les agents de santé.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, la collecte de données issues du système d'informations sanitaires de routine permet la surveillance des maladies à potentiel épidémique en complémentarité avec le système de surveillance intégrée des maladies qui intègre la surveillance hebdomadaire de routine et la veille sanitaire. Par ailleurs, le système d'alerte précoce permet de notifier en temps réel l'apparition d'une éventuelle épidémie ou autre événement critique et urgent de santé publique, et la surveillance sentinelle pour certaines maladies (paludisme, syndrome de détresse respiratoire aigüe, í) renforce le système de surveillance de routine.

Les informations issues du SIG/RMA sont aussi utilisées dans le cadre du système national de suivi et de l'évaluation. Les indicateurs issus du GESIS et les rapports des autres départements du ministère servent de support à l'élaboration des différents rapports nationaux tels que:

- le rapport de suivi budgétaire trimestriel relatif à la performance du MSANP y compris le décaissement des PTF;
- le rapport de suivi des activités, des indicateurs des programmes du MSANP et secteurs privés (ONG, Associations, í);
- le rapport annuel d'activités du MSANP;
- les rapports annuels destinés au Ministère chargé de l'Économie et de la Planification (MEP) et dans le cadre du système de Planification Budgétisation Suivi Évaluation.

Bien que le ministère ait mis à l'échelle le système de suivi/évaluation à tous les niveaux (directions centrales, directions régionales et services du district), les résultats sont peu probants à cause de la faible compétence en suivi/évaluation des agents responsables et du manque de culture de suivi/évaluation. En outre, la mise en place d'un mécanisme de suivi-évaluation unique et conjoint (partie nationale et PTF) selon les principes du Joint Assesment of National health Strategies (JANS) reste encore un défi dans le secteur.

Les informations issues du logiciel GESIS et des autres supports constituent une banque de données en matière de recherche pour la santé. La disponibilité d'indicateurs dans l'espace et dans le temps est un atout pour la recherche sur le système de santé.

Le MSANP a élaboré en 2009 la Politique Nationale de Recherche pour la Santé (PNRS), validée et diffusée au site web du MSANP en 2013. La finalité de la PNRS est de contribuer à l'amélioration et à la protection de la santé de la population. Son but est d'obtenir des bases scientifiques et des bases factuelles servant d'outils d'aide à la prise de décision, nécessaires à tous les niveaux pour améliorer les politiques publiques pour la santé.

Le SIS pour son bon fonctionnement nécessite des matériels informatiques performants, d'infrastructures de communication fiables et suffisantes. En effet, leur disponibilité permet un traitement rapide des données avec amélioration de leur qualité.

Depuis 2005, une structure déconcentrée de Technologie de l'Information et de Communication (TIC) est mise en place au niveau périphérique, afin d'assurer la coordination de la réalisation de toutes les prestations y afférentes (matériels et infrastructures de communication, logiciels, formation), de fournir une assistance informatique aux différents utilisateurs à tous les niveaux du système de santé et de renforcer la compétence de ces techniciens en charge de l'assistance des usagers en TIC. Cependant, cette structure

déconcentrée de TIC n'est que faiblement opérationnelle pour le moment, faute de disponibilité de ressources humaines qualifiées: 16 sur 22 régions seulement disposent un informaticien.

Le flux des informations au sein du MSANP et aux autres utilisateurs (partenaires, intersectoriel) se fait soit sur support électronique, sur documentation, sur site web/e-mail, soit sous diverses applications mises en ligne. Au niveau périphérique, la plupart utilise le modem des différents opérateurs.

2.1.3.2. Principaux problèmes en matière de système d'information sanitaire

La discordance des informations sanitaires du pays, l'existence de système de traitement des informations multiple et non coordonné, l'incomplétude et la non promptitude des rapports d'activités et la faible utilisation des données existantes pour la prise de décision à chaque niveau constituent les principaux problèmes en matière de SIS (voir Annexe 2). Par ailleurs, les ressources sont limitées (internet à débit insuffisant, capacité limitée des agents, sous-investissement en matière de système de collecte et de diffusion, í). Le budget de l'État ne permet pas de rénover à temps les équipements de traitement des données. Les lignes budgétaires pour l'achat de logiciels et assimilés, ainsi que la maintenance des matériels informatiques restent encore centralisées au ministère. L'alimentation en électricité reste encore problématique dans la plupart des districts.

Ces principaux problèmes sont liés: (i) à la gouvernance due à l'absence de mécanisme efficace de coordination impliquant les principaux intervenants et utilisateurs du système d'information rendant difficile la production et la gestion d'informations fiables; (ii) à la production, au traitement et à l'exploitation des données; et (iii) aux problèmes de ressources financières et matérielles notamment la production des outils de gestion.

En matière de surveillance épidémiologique, la couverture en totalité de toutes les formations sanitaires en sites sentinelles de surveillance des maladies à potentiel épidémique, n'est pas effective. La détection à temps des éclosions d'épidémies n'est pas réelle dans toutes les formations sanitaires. En matière de surveillance épidémiologique de routine et d'autres événements de santé publique, la promptitude des rapports reste faible. Les renseignements sont souvent devancés par les médias par retard du système d'alerte précoce. La principale cause est le manque de matériels de communication adéquats. Les principaux problèmes observés sont:

- l'insuffisance de sites sentinelles de surveillance;
- le manque de personnel qualifié au niveau des sites;
- le manque de matériels de communication performants.

En matière de suivi évaluation, les problèmes majeurs rencontrés sont:

- l'absence de directives et recommandations de suivi/évaluation à tous niveaux du système de santé, et à d'autres institutions (MFB, MEP,...);
- l'insuffisance de budget alloué pour le suivi et évaluation des programmes de santé (norme entre 5 et 10% du budget total des programmes);
- le manque de mécanisme de suivi efficace et opérationnel à tous les niveaux;
- le manque de promotion de la culture de suivi-évaluation axée sur les résultats, les évidences et de performance, le partage des bonnes pratiques;
- l'absence de mécanisme de suivi-évaluation unique et conjoint;
- la faible capacité des responsables des unités de Suivi et Évaluation des directions centrale et régionale du MSANP.

La recherche en matière de santé à Madagascar n'est ni bien planifiée, ni coordonnée. Les activités de recherche demeurent ponctuelles dans certaines structures. Les lacunes portent également sur la diffusion des résultats utiles et utilisables pour permettre *in fine* l'utilisation de ces produits de recherche. Le montant alloué à la recherche en santé demeure insuffisant pour mener une recherche scientifique et technique, aussi bien fondamentale, appliquée ou opérationnelle et les études en sciences sociales. L'effectif des enseignants chercheurs et des chercheurs enseignants est insuffisant par rapport aux besoins prioritaires en matière de recherche en santé¹⁵.

Par rapport au diagnostic, des problèmes majeurs sont identifiés:

- l'insuffisance de priorisation des thèmes de recherche en santé;
- l'absence de planification et de coordination de la recherche en santé;
- l'ignorance et absence de vision de l'importance de la recherche;
- l'inadéquation des recherches exécutées par rapport aux besoins nationaux (pas de système d'intégration);
- l'absence de valorisation des chercheurs par absence de plan de carrière;
- l'insuffisance d'exploitation scientifique de la recherche y compris la médecine traditionnelle;
- l'insuffisance de médiatisation des produits de recherche.

2.1.4. Intrants de santé, infrastructures, matériels et équipements

2.1.4.1. Intrants de Santé

La cinquième cible de l'OMD 8 vise à rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement. D'autre part, il était également capital de permettre aux pays en développement de bénéficier de certains médicaments innovants nécessaires pour lutter contre les maladies dites prioritaires (notamment le VIH SIDA). La généralisation des médicaments génériques, les flexibilités sur les Accords Internationaux sur la Protection des Droits Intellectuels et les nouveaux financements des PTF ont permis de se rapprocher de l'OMD 8 cible 5.

En matière de politique et de textes réglementaires, le MSANP dispose d'une Politique Nationale Pharmaceutique (2005-2010) qui, malgré son obsolescence, reste encore l'actuelle référence. Son objectif général est d'assurer la disponibilité à toute la population malagasy des médicaments essentiels dont elle a besoin, de bonne qualité, en bonne quantité, à prix abordable, au bon moment, et au bon endroit de la chaîne de distribution logistique. La sélection des produits repose sur la Liste Nationale de Médicaments Essentiels et Intrants de Santé (2011-2014) mise à jour.

La gestion des médicaments au niveau des formations sanitaires repose sur le principe de la participation financière des usagers (le FANOME), pour laquelle une partie des recettes y afférente est attribuée à la prise en charge des démunis. Toutefois, l'application de cette participation financière basée sur un système de paiement direct constitue une limite à l'accès universel à la santé. Au niveau du district sanitaire, la PhaGDis est gérée par un prestataire de service provenant d'une ONG. Les PhaGCom des CSB, sous la responsabilité des communes, fonctionnent selon le principe de cogestion entre le Comité de Gestion

¹⁵ Institut de Recherche pour le Développement, Paris, France, Gaillard J, Rapport préliminaire de l'état des lieux sur le système national de recherche scientifique et technique à Madagascar, 25 Septembre 2008.

(CoGe), issu de la commune, et le responsable du centre de santé. Au niveau des hôpitaux de référence, les unités de pharmacies gérées par des Organisations Non Gouvernementales (ONG) ou par l'établissement disposent d'un comité de pilotage et font directement des commandes périodiques à la Centrale d'Achat SALAMA.

Pour les consommables en laboratoire et en imagerie médicale, et face à l'insuffisance des textes régissant les Services des Laboratoires et les Unités d'Imagerie Médicale, un guide de gestion a été élaboré et appliqué depuis 2014. Il précise les directives relatives à l'approvisionnement en consommables, à l'utilisation et à la sécurisation des recettes. Son effectivité permettra d'assurer la pérennisation et le développement des activités de ces services.

L'administration pharmaceutique est assurée, au niveau central, par la Direction de l'Agence du Médicament de Madagascar (DAMM), qui possède un statut autonome, et la Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT) du MSANP.

La DAMM a en charge d'assurer la qualité des médicaments en menant des activités:

- d'évaluation, d'enregistrement des médicaments et d'octroi des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM);
- d'inspection pharmaceutique;
- de pharmacovigilance;
- et de contrôle de qualité par l'intermédiaire du Laboratoire National de Contrôle de la Qualité (LNCQ).

L'insuffisance de régulation du sous-secteur pharmaceutique et la faiblesse de l'inspection pharmaceutique se traduisent par la prolifération d'un marché parallèle avec la vente de médicaments non enregistrés, de qualité de sous standard. Ce marché illicite de qualité douteuse présente un danger potentiel grave pour la population, d'autant plus que son réseau de distribution parallèle lui permet d'être présent au niveau périphérique.

La révision du document de Politique Pharmaceutique Nationale prévoit notamment de renforcer le cadre législatif et réglementaire, ainsi que le service de l'Inspection Pharmaceutique et les capacités du LNCQ. Ce dernier effectue des analyses de certains médicaments. Toutefois, il ne dispose pas de système de contrôle de la qualité des remèdes traditionnels améliorés.

La DPLMT, quant à elle, est chargée de l'administration de la démographie pharmaceutique, du suivi de l'approvisionnement en intrants de santé et de la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. Elle assure également le contrôle des drogues licites et les produits précurseurs.

En matière d'approvisionnement des intrants, la gestion du cycle logistique comprend la sélection des intrants de santé, la quantification/prévision, la passation de marché/acquisition, le contrôle de qualité, le stockage et la gestion de stock, la distribution, l'usage rationnel des intrants de santé. Dans le cadre de la coordination des activités de la chaîne logistique, un Comité de Gestion Logistique (CGL) et un Unité Technique de Gestion Logistique (UTGL) ont été mis en place. Le CGL est composé des responsables

des directions centrales du MSANP, des PTF, des ONG et de la centrale d'achat SALAMA. Le but de ce comité est de coordonner les activités en matière de sécurisation des intrants de santé et aussi mobiliser des ressources pour le renforcement des capacités, l'acquisition, le stockage et l'acheminement des intrants de santé. En ce qui concerne l'UTGL, qui est l'unité technique du CGL, sa mission est d'assurer la qualité des prestations de service à travers la Sécurisation des intrants de santé (quantification, suivi et évaluation, renforcement des capacités, etc.).

En terme de distribution du secteur public, la centrale d'achat SALAMA, qui possède un statut autonome d'Association Sans But Lucratif (ASBL) est chargée de l'acquisition, du stockage, du contrôle de qualité et de la distribution des médicaments essentiels génériques entrant dans le système FANOME et des consommables jusqu'au niveau des hôpitaux et des districts sanitaires (PhaGDis). Cette distribution est planifiée selon un planning cyclique par axe géographique de distribution qui prend en compte l'enclavement de certains districts. Quelques remèdes traditionnels améliorés, déjà certifiés par le comité éthique, sont inclus dans le circuit SALAMA, mais très faiblement utilisés au sein des formations sanitaires.

L'acquisition des intrants des Programmes Verticaux est très faiblement confiée à la centrale d'achat SALAMA. Toutefois, le stockage et la distribution sont majoritairement intégrés à leurs activités, bien que certains PTF utilisent un autre réseau de distribution.

Le Programme d'Appui à l'Intégration des Intrants de Sante (PAIS) visait l'intégration au sein d'un même système des activités d'achats, de stockage, de distribution, un même système d'information en gestion logistique et un même système de rapportage. Sa période de mise en œuvre a expiré en 2012. Il devrait être ainsi évalué et redynamisé.

Pour le secteur privé, le réseau de distribution commercial comprend les grossistes importateurs répartiteurs, les pharmacies d'officine (gérées par un pharmacien) et les dépôts pharmaceutiques. Le secteur privé à but non lucratif (confessionnel, interentreprises, ONG) s'approvisionne soit auprès de la centrale d'achat SALAMA, soit auprès du secteur privé commercial, soit auprès de donateurs étrangers, pour la fourniture des intrants de santé destinés aux cliniques et formations sanitaires à but non lucratif.

Concernant la gestion des informations, il existe actuellement un système d'information en gestion logistique (SIGL) pour collecter et compiler au niveau des districts sanitaires les données manuscrites concernant l'état de stock disponible et la consommation des formations sanitaires périphériques, à travers un logiciel dénommé Malagasy CHANNEL. Certains projets utilisent également la téléphonie mobile (SMS) à cet effet.

Concernant la fonctionnalité du SIGL, la vétusté des matériels informatiques, le manque de personnel qualifié et la surcharge de travail du personnel chargé de collecter et transmettre les données logistiques entravent l'utilisation optimale de ce logiciel. Ceci entraîne des problèmes d'exactitude, de promptitude et de complétude des informations de gestion logistique transmises à la DPLMT.

Le financement du système de distribution des intrants de sante dans le secteur public comprend schématiquement:

- le système FANOME (participation financière des usagers suivant un système de recouvrement de coûts), qui s'applique aux médicaments essentiels génériques autres que ceux financés pour les programmes verticaux;
- le budget annuel de l'État, pour l'achat complémentaire de médicaments essentiels génériques, des médicaments anticancéreux, puis des réactifs, des produits et consommables de laboratoire et d'imagerie médicale ainsi que des produits de la santé de la mère et de l'enfant et d'autres intrants de santé pour les formations sanitaires publiques;
- l'appui des Partenaires Techniques et Financiers, focalisé en priorité sur les programmes de lutte contre les maladies prioritaires (VIH Sida, paludisme, tuberculose, lèpre), ainsi que des produits de la reproduction et de la santé maternelle et infantile. Ces intrants sont délivrés gratuitement à la population.

Le budget affecté par le MSANP pour l'achat des médicaments a considérablement diminué de deux tiers de 2008 à 2014 à cause de la crise (3,383 milliards d'Ariary en 2008; 1,008 milliards d'Ariary en 2014-Source: DPLMT).

Les principaux problèmes relatifs à la gestion des intrants de sante sont multiples et concernent tous les niveaux de la pyramide sanitaire:

- **au niveau central**, les difficultés rencontrées dans la gestion des intrants de sante sont dues:
 - ✓ à la faiblesse du leadership du MSANP dans la coordination, la mise en œuvre et le suivi de la gestion du cycle logistique;
 - ✓ à l'insuffisance de supervision/audit de l'ensemble de la chaîne de distribution et le manque des mesures correctives ou de sanctions;
 - ✓ à la défaillance du système national de régulation pharmaceutique, d'inspection et de sanctions, favorisant la prolifération d'un système de distribution parallèle, exercé de manière illicite et distribuant des produits non enregistrés et de qualité de sous standard;
 - ✓ à la mise en œuvre parcellaire du PAIS, prônant une utilisation plus rationnelle des ressources humaines, financières et logistiques;
 - ✓ à la non inclusion de certains intrants essentiels spécifiques parmi la liste des produits subventionnés par l'État, notamment ceux relatifs à la réadaptation;
- **au niveau de la centrale d'achat SALAMA**, les problèmes sont:
 - ✓ les contraintes de trésorerie dues à la défaillance du système de revolving;
 - ✓ l'existence de rupture de stock due aux difficultés dans l'estimation des besoins des clients;
 - ✓ les difficultés à satisfaire les besoins des hôpitaux à cause de la limitation de la gamme par la Politique Nationale des Médicaments Essentiels Génériques ;
 - ✓ les difficultés de planification conjointe entre la centrale d'achat SALAMA, les PTF et/ou les programmes verticaux lors de l'utilisation de cette centrale d'achat comme prestataire de service, ainsi que les difficultés d'harmonisation des procédures de collaboration;
- **au niveau régional**, la faible gestion des intrants est due à:
 - ✓ la faible capacité technique et le manque de ressources matérielles et financières des responsables régionaux de la gestion des intrants de santé;

- ✓ la faiblesse du système de suivi des unités de pharmacie des hôpitaux;
- ✓ le fonctionnement limité du SIGL;
- ✓ l'insuffisance du système de supervision;
- **au niveau du district sanitaire**, les principaux problèmes sont:
 - ✓ l'insuffisance de supervision des formations sanitaires;
 - ✓ les difficultés de gestion des intrants au niveau des PhaGDis due à la faible capacité technique du prestataire;
 - ✓ la sous-utilisation du logiciel Malagasy CHANNEL pour l'estimation des besoins;
 - ✓ l'insuffisance de la capacité de stockage et de sécurité des PhaGDis due à la non-conformité aux normes des infrastructures;
 - ✓ l'érosion du fonds de roulement des PhaGDis due aux dettes contractées par les PhaGCom;
 - ✓ l'irrégularité de la mise à jour des contrats entre le PhaGDis et le Bureau de Santé de District, le manque d'établissement de contrat de travail entre l'ONG prestataire du PhaGDis et le gestionnaire de l'ONG;
 - ✓ le manque de financement pour le stockage et le transport des intrants des programmes verticaux;
 - ✓ le coût du transport des solutés massifs en dehors du circuit SALAMA;
- **au niveau périphérique (CSB et CHRD)**, les problèmes se manifestent par:
 - ✓ l'insuffisance de supervision et d'audits de ces formations sanitaires par les niveaux supérieurs;
 - ✓ l'irrégularité des commandes auprès des PhaGDis et l'approvisionnement du PhaGCom en dehors des PhaGDis;
 - ✓ la mauvaise estimation des consommations mensuelles moyennes et des besoins en intrants, favorisant la rupture de stock;
 - ✓ le manque de financement pour l'acheminement des intrants des programmes verticaux;
 - ✓ la faible capacité de stockage des intrants au niveau CSB;
 - ✓ l'absence d'information fiable sur la gestion des fonds FANOME et de la situation des stocks des intrants au niveau des Formations sanitaires;
 - ✓ la vétusté des locaux des formations sanitaires qui rendent vulnérable la conservation des produits;
 - ✓ la faible sécurisation des fonds et du magasin des PhaGCom entraînant des vols et des détournements;
 - ✓ la décapitalisation des CSB (baisse du niveau de stock et de la trésorerie disponible);
 - ✓ le paiement irrégulier des salaires des dispensateurs et gardiens;
 - ✓ la position parfois isolée du médecin chef par rapport au CoGe dépendant de la commune;
 - ✓ l'absence de contrat de travail entre le dispensateur ou le gardien du PhaGCom et la Commune.

2.1.4.2. Infrastructures, matériels et équipements

Les formations sanitaires publiques et privées doivent être construites et équipées selon les normes et les standards internationaux en fonction des plateaux techniques ainsi que les normes anticycloniques. Actuellement, les CSB publics à Madagascar sont au nombre

de 2563 dont 956 CSB1 et 1632 CSB2. Les hôpitaux de première référence sont au nombre de 87 dont 31 avec chirurgie; et les hôpitaux de 2^{ème} référence: 16 CHRR et 22 (CHU)¹⁶. Les forces armées contribuent également à la fourniture de services de soins, à travers deux centres hospitaliers et les dispensaires militaires.

Les formations sanitaires privées sont au nombre de 680 centres de santé et 95 CHRDR. Elles se chargent elles-mêmes de l'acquisition en équipements et matériels médicaux nécessaires. Mais par faute de moyens financiers, leurs plateaux techniques sont limités.

Concernant les formations sanitaires publiques, les normes officielles ne sont pas encore établies. Néanmoins, seulement 30% des CSB sont construites selon les plans types définis par le MSANP. Par ailleurs, 360 CSB sont en matériaux locaux. En ce qui concerne les commodités essentielles (voir glossaire en annexe), l'enquête sur l'offre de services au niveau de 15 régions, réalisée en 2014¹⁷ montre qu'aucun CHRR/CHRDR et seuls 25% des CSB, 33% des CHU ont tous les éléments essentiels. Tous les CHU ont une salle de consultation privée, contre seulement 79% des hôpitaux de référence et 84% des CSB. Presque tous les hôpitaux (100% des CHU, 93% des CHRR/CHRDR) ont une source d'électricité et seuls 44% des CSB en ont. Une source d'eau existe dans tous les CHU, dans 93% des CHRR/CHRDR et dans 81% des CSB.

La moyenne des éléments indispensables (score moyen)¹⁸ concernant l'infrastructure, les commodités et le confort est de 76% au niveau des CSB, il est de 62% au niveau des CHRR/CHRDR et de 89% au niveau des CHU. Une autre façon de l'exprimer est que sur les 4 éléments essentiels, en moyenne seuls trois existent au niveau des CSB, cinq sur neuf au niveau des CHRR/CHRDR et huit sur neuf au niveau des CHU.

Des réalisations ont été effectuées au cours des dernières années: 81 hôpitaux de référence et 374 CSB réhabilités; sept nouveaux hôpitaux construits et équipés.

Néanmoins, les problèmes prioritaires sont exposés ci-après:

- les infrastructures publiques et les plateaux techniques ne sont pas aux normes due à l'insuffisance du budget national alloué à la réhabilitation/construction des formations sanitaires, ainsi qu'à l'absence ou l'insuffisance des matériels et des équipements répondant aux besoins des formations sanitaires;
- l'absence du plan prévisionnel pluriannuel des infrastructures et des équipements rendant difficile la répartition de l'implantation des formations sanitaires;
- la non fonctionnalité du logiciel de la Banque de Données des Ressources au niveau du service chargé des statistiques sanitaires;
- l'inadéquation des besoins et des dotations en équipements des formations sanitaires due à la mauvaise harmonisation des dotations par certains programmes ainsi qu'à la faible allocation budgétaire pour l'acquisition des matériels, équipements;

¹⁶ MSANP, Service des Statistique Sanitaires, Rapport d'activités, 2015.

¹⁷ USAID/MCSP, Etat des offres de service en santé maternelle, néonatale et en planification familiale des formations sanitaires de 15 régions, 2014.

¹⁸ WHO, SARA-référence manual, Le score d'un domaine correspond à la moyenne des éléments traceurs disponibles pour le domaine, 2013.

- l'entité responsable de suivi et contrôle des bâtiments administratifs (construction, réhabilitation, entretien des bâtiments) n'est pas bien déterminé au sein du Ministère par manque des termes de référence clairs;
- l'absence des textes juridiques régissant la réglementation de la couverture sanitaire ne permet pas d'assurer la complémentarité entre le système public et le système privé rendant les secteurs privés non complémentaires et non synergiques avec le système de santé public;
- l'absence de politique d'entretien des bâtiments et de maintenance des matériels et équipements assortie des financements adéquats: (i) les amortissements ne sont pas mis en place et (ii) les remplacements ne sont pas planifiés.

2.1.5. Financement de la santé

La structure du financement de la santé est composée par des fonds publics, des fonds privés y compris les ménages et le reste du monde. Le tableau 1 suivant montre l'évolution de la répartition des sources de financement de la santé de 2003 à 2010.

Tableau 1: Répartition des sources de financement de la santé

Années	2003	2007	2010
Fonds publics	32%	49%	14%
Ménages	20%	23%	40%
Reste du Monde (PTF)	37%	17%	42%
Fonds privés	11%	11%	4%

Source: MSANP, Comptes Nationaux de Santé 2003, 2007, 2010.

La part du financement extérieur et celle de l'Etat varient inversement durant cette période. Par contre, la part des ménages augmente d'année en année: 20% en 2003, 23% en 2007 et 40% en 2010.

Les ménages contribuent massivement au financement de leurs dépenses de santé. En 2010, sur 419 millions USD de dépenses en soins de santé (soit 20,78 USD per capita), 40% ont été dépensés par les ménages (Source: MSANP, Comptes Nationaux de Santé, 2010).

La part du budget national allouée à la santé stagne autour de 7,5% du budget national. Elle est loin de l'engagement des Chefs d'Etat pris à Abuja de consacrer 15% des ressources budgétaires nationales au secteur de la santé. Depuis 2008, le budget national alloué au secteur suit une évolution irrégulière passant, en milliards de Ariary courant, de 237 en 2009 à 189 en 2010 pour atteindre 74 en 2014, soit une baisse de 70% entre 2009 et 2014. En Ariary constant, hormis la solde qui progresse de 27% entre 2008 et 2014, les dépenses de fonctionnement chutent de 22% sur la même période et l'investissement de 66%. Cette baisse affecte bien entendu tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais particulièrement pour ce qui est des dépenses de fonctionnement. Le niveau intermédiaire (la DRSP) est frappé par

une diminution des ressources allouées de 65% entre 2008 et 2014, puis le niveau périphérique (le SDSP) avec 46%. Pour ce qui est des formations sanitaires, la baisse varie de 40% pour les CHRD à 31% pour les CSB/CHRD en passant par 32% pour les CHRR.

Concernant la répartition du budget de l'État, une forte centralisation budgétaire a été constatée d'après la Loi des Finances 2014. La proportion des crédits d'investissement affectés au niveau central est 98,1%. Ce taux est de 65,2% pour les crédits de fonctionnement. Les budgets affectés aux régions varient de 1,9% du budget total (Région d'Ihorombe) à 11,2% (Région d'Analamanga).

Pour le paiement des actes, notons que le coût moyen des consultations et médicaments a augmenté de 6 193 Ariary à 17 800 Ariary (soit 287,4%) de 2005 à 2010¹⁹. Les recettes du FANOME ont connu une baisse de 29,7% de 2008 à 2011. L'utilisation du Fonds d'Équité (FE) est non optimisée. Le pourcentage du nombre de bénéficiaires du FE est de 0,37% alors que l'objectif de taux d'identification des démunis est de un pourcent pour le pays. Par ailleurs, les insuffisances du système de monitoring du FANOME favorisent le détournement des fonds et les vols de médicaments.

Quant au pourcentage de l'utilisation du Fonds d'Équité Hospitalier (FEH) par rapport à sa source de financement, il est de 41,64% pour un coût moyen par bénéficiaire, de 35 494 Ariary (20,8\$)²⁰. Le nombre peu élevé d'utilisateurs du FEH montre que le mécanisme a très peu d'impact sur l'accessibilité aux hôpitaux.

En matière de système de partage des coûts à travers le système de prépaiement (généralement appelé mutuelle de santé), il existe trois types de modèles du système: (i) mutuelle de santé du type assurance, (ii) mutuelle du type crédit, et (iii) mutuelle mixte crédit et assurance (voir glossaire pour les définitions)²¹. Les mutuelles contribuent au financement de la santé tant au niveau secteur formel (mutuelle rattachée à des réseaux de microcrédit telle que les mutuelles AFAFI, ADEFI ou gérée par des ONG) qu'au niveau du secteur informel (mutuelle d'association de paysans ou de la population d'une commune comme le cas des «Communes Mendrika» de la Région de Haute Matsiatra). Le but des mutuelles est d'augmenter l'accès de la population, surtout la population défavorisée ou vulnérable, au service des soins de santé.

Les mutuelles présentent une fragilité relative à cause de leur dépendance à l'appui des bailleurs lors de leur mise en place. En outre, le taux d'adhésion aux mutuelles de la population cible est généralement faible. Il ne dépasse pas les 30% de la population cible telle que les associations de paysans, les cotisants des microcrédits, la commune ou le fokontany.

En ce qui concerne le Financement Basé sur des Résultats (FBR), c'est une approche de réforme du système de santé, axée sur les résultats définis comme la quantité et la qualité des services produits en incluant les personnes vulnérables. Ce système est en cours d'expérimentation par la Banque Mondiale dans la Région de Bongolava avec 29 formations sanitaires. D'autres PTF font des expériences en FBR tels que le projet PASSOBA

¹⁹ INSTAT, Enquête Périodique auprès des Ménages, 2005 et 2010.

²⁰ MSANP, Étude sur cinq centres hospitaliers: CHU Mahajanga et Fianarantsoa, CHRR Antsohihy, Ambositra et Antsirabe sur 10 centres pilotes sélectionnés par le Ministère de la Santé Publique, **année**.

²¹ MFB, Stratégie Nationale de la Finance Inclusive (SNFI) 2013-2017, décembre 2012.

et l'Agence Française de Développement (AFD). Les résultats de ces expériences devraient permettre d'identifier le modèle qui correspondrait au contexte malgache. Le défi du Ministère est de contribuer, à travers ce mécanisme, à l'amélioration de la performance du système de santé. La réussite du projet est conditionnée par le renforcement de capacité des acteurs clés impliqués.

Concernant le financement extérieur, une partie n'a pas transité par le Programme d'Investissement Public (PIP) ou le budget de l'Etat, (75,63 millions US\$ en 2008, 74,63 millions US\$ en 2009, 171,26 millions US\$ en 2010, et 102,47 millions US\$ en 2011), mais a été géré par les partenaires extérieurs eux-mêmes et/ou a été directement affectée au niveau périphérique. Par contre, au niveau du PIP, les décaissements extérieurs sont passés de 173,8 milliards à 127,4 milliards Ariary entre 2010 et 2011. Néanmoins, les données disponibles confirment une forte dépendance du secteur aux appuis extérieurs à hauteur de 85,6% en 2013, 86,7% en 2012 et 89,1% en 2011 (Source: MSANP, Direction des Etudes et de la Planification).

En effet, en matière d'aide publique au développement (OMD8: construire un partenariat mondial pour le développement), plusieurs initiatives mondiales participent au développement sanitaire du pays telles que le GAVI, le Global Fund, la stratégie globale du Secrétaire Général des Nations Unies pour la Santé de la Femme et de l'Enfant. Leur appui sert à financer une part importante des activités de lutte contre les principales maladies (VIH/SIDA/IST, Paludisme, tuberculose) et de réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Les problèmes prioritaires concernant le budget de l'Etat, le financement des ménages et le financement externe par les PTF sont:

- **pour ce qui est du budget de l'Etat**, on relève:
 - ✓ une inadéquation croissante entre les besoins (réels ou exprimés) du secteur et les moyens alloués;
 - ✓ une baisse généralisée;
 - ✓ un faible taux d'engagement et d'exécution;
 - ✓ une forte centralisation budgétaire d'où la faible proportion du budget affecté aux districts;
 - ✓ une application partielle de critères d'allocation des ressources en tenant compte des besoins prioritaires qui consolident les situations acquises et pérennisent les inégalités notamment géographiques;
 - ✓ des faiblesses de la planification (stratégique, programmatique et financière) et de la coordination inter et intra sectorielle;
 - ✓ une insuffisance du contrôle de l'utilisation des ressources mises à disposition;
 - ✓ une faible efficacité de la dépense publique;
- **Concernant la participation financière des ménages**, les problèmes sont:
 - ✓ une faible utilisation du FE non optimisée dans une population à très forte proportion de pauvreté (75% de taux de pauvreté);
 - ✓ une faible couverture des mutuelles sur la prise en charge des soins de la population;
 - ✓ une forte contribution des ménages aux dépenses de santé augmentant la précarité de la condition de vie de la population démunie et exposant aux dépenses catastrophiques des franges croissantes de la population;

- **Pour ce qui est des appuis des PTF:**
 - ✓ la faible prévisibilité de l'aide et de l'insuffisance de coordination et d'harmonisation des appuis et des procédures;
 - ✓ la temporalité limitée des appuis extérieurs.

Les causes profondes des problèmes de financement du secteur santé concernent:

- l'absence de stratégie globale de financement du secteur de la santé;
- la dépendance du secteur santé aux financements extérieurs;
- l'absence d'un système approprié de prépaiement des soins permettant d'assurer une plus large couverture financière de la population,
- le non recours aux mécanismes permettant d'accroître les ressources financières auxquelles peuvent accéder les pays africains à faible revenu et améliorer l'impact de l'aide extérieure (ex IHP+, HHA);
- la faible régularisation des fonds sur les financements externes, PIP (SIIGFP) et faible maîtrise de suivi, de gestion et de redevabilité.

2.2. PRESTATIONS DE SERVICES

2.2.1. Offre de soins à travers les établissements de soins à tous les niveaux

2.2.1.1. Niveau communautaire

De nombreux pays du continent africain misent sur la santé communautaire pour aider à l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé et ont adopté en conséquence leurs propres stratégies et initiatives. Ces initiatives ont été renforcées par la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, à laquelle les États membres de l'OMS ont adhéré en Avril 2008. Cette Déclaration réaffirme la pertinence de l'implication, de la participation et de l'autonomisation des communautés dans l'optique du développement sanitaire en vue d'améliorer leur bien-être, et reconnaît l'importance des partenariats fondés sur la concertation, en particulier, avec la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement. Madagascar dispose de documents de référence en matière de santé communautaire: (i) le guide du Paquet d'Activités Communautaires (PAC) en 2008, (ii) la Politique Nationale en Santé Communautaire (PNSC) en 2009, et (iii) son guide de mise en œuvre en 2014.

La PNSC stipule dans son guide de mise en œuvre la couverture en structure communautaires dans tous les fokontany et communes de Madagascar. Actuellement, 100% des fokontany ont des Agents Communautaires (AC), 72% des communes disposent des Comité de Santé (CoSan) et le nombre total des AC est de 34 000 agents. Toutefois la couverture en Comité Communal de Développement Sanitaire (CCDS) qui est l'organe de coordination et de décision au niveau des communes n'est que de 11% (Source: MSANP, Direction des Districts Sanitaires, février 2014). Les principales attributions de ces AC consistent à effectuer des sensibilisations, à offrir des prestations sur des cas simples et de référence conformément aux PAC et enfin à offrir des prestations spécifiques selon le degré de liberté accordé par les programmes.

La mise en œuvre de la PNSC souffre de:

- l'absence d'appropriation de certains intervenants au niveau communautaire qui se manifeste par:
 - ✓ la persistance de l'existence des AC par programme et non affilié au CoSan;

- ✓ le non-respect des attributions des AC émises dans les différentes directives;
- ✓ l'absence de définition claire et consensuelle du mécanisme de motivation pérenne des AC;
- ✓ le non-respect des critères de sélection des AC. Les capacités opérationnelles des AC sont limitées, car seuls les AC de 42 districts sur les 113 sont formés et disposent du guide PAC (Source: Service de la Santé Communautaire, Direction des Districts Sanitaires, MSANP);
- la non prise en compte de la dimension genre dans la sélection des AC;
- la non prise en compte du rôle de matrones;
- l'absence de coordination et d'harmonisation des interventions communautaires accentuant la verticalisation, la multitude des outils de gestion, de formation, et de rapportage et de suivi. La plupart des données rapportées par les AC ne sont pas comptabilisées ni analysées au niveau CSB. Néanmoins, une élaboration de RMA communautaire est en cours de validation actuellement pour remédier à ce problème;
- la faible référence de la communauté vers les FS par manque d'Information-Education-Communication/Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC).

Ces problèmes sont liés principalement à 4 ordres de causes:

- l'absence de vulgarisation des documents de référence en matière de santé communautaire, (Guide PAC, PNSC, Guide de mise en œuvre PNSC) par faiblesse de leadership et manque de financement.
- l'absence de répertoire des ONG travaillant dans le secteur communautaire;
- le non-respect du système de santé par certaines ONG qui œuvrent directement au niveau communautaire;
- la mauvaise articulation du dispositif communautaire avec le système de santé

2.2.1.2. Niveau soins de base

Ce niveau d'offre de service représente un intérêt principal pour le MSANP car c'est la porte d'entrée de l'utilisateur dans le système de santé. Actuellement le pays dispose de 2 562 CSB publics fonctionnels dont 1621 CSB2 et 941 CSB1

Dans une optique d'améliorer la qualité des services offerts, un mécanisme de cogestion entre la commune et la formation sanitaire (CoGe) a été mis en place afin d'assurer leur appropriation aux services de santé et d'avoir un meilleur accès aux soins et aux médicaments essentiels. Mais, l'efficacité du système est loin d'être parfaite (absence de financement venant de la commune pour les petites réhabilitations, non-paiement des salaires des dispensateurs et des gardiens,...).

Les CSB offrent des services curatifs, préventifs, promotionnels, et gestionnaires, en priorisant la santé maternelle et infantile et la santé de la reproduction dans le cadre du PMA. Les interventions à haut impact sont fournies au niveau CSB et sont gratuites aussi bien en termes de prévention (la vaccination, la supplémentation en vitamine et en micronutriments, la planification familiale) qu'en terme de prise en charge (paludisme, tuberculose, le préfé).

Concernant l'accessibilité géographique, 60% de la population habitent à moins de 5 km d'un CSB, et 20% des zones à Madagascar sont très enclavées alors que la population ne dispose pas des moyens de transports adéquats²². Seuls, 53,52% des formations sanitaires publiques sont accessibles toute l'année en partant du chef-lieu de district. Dans 20 districts sanitaires, moins de 25% des formations sanitaires sont accessibles 12 mois sur 12 par voiture²³.

Par rapport à l'accessibilité financière, moins de 1% (0,37%) de la population est prise en charge par le FE alors que 54% de la population vit dans l'extrême pauvreté²⁴.

Le taux d'utilisation de la consultation externe a régressé annuellement de 2008 à 2012 (37,6% en 2008, 31,2 % en 2010 à 30,6 % en 2012) et a remonté à 35,7% en 2013. Les principales causes de non consultation par ordre de priorité sont la méconnaissance de la gravité de la maladie (maladie non grave à 54,9 %), les problèmes financiers (22,9 %) et l'éloignement (9%)²⁵. Ceci explique en partie l'inefficacité des actions de sensibilisation de la population (IEC/CCC) qui constitue l'une des principales activités du PMA des CSB.

Un des problèmes de l'offre de soins de base est lié aux problèmes de ressources, en particulier l'insuffisance de ressources humaines, se manifestant par l'existence d'agents de santé seuls au poste. Cette situation limite l'offre de service au sein des formations sanitaires et/ou occasionne une surcharge de travail. De plus, la mauvaise qualité de service est aggravée par un fort absentéisme: 23% des agents de santé au niveau des CSB publics enquêtés sont absents au poste dont 9,8% pour cause de formation, 4,9% en réunion ou revue et 52,8% en congé personnel²⁶. En outre la vétusté des infrastructures et équipements, la non disponibilité des intrants notamment les médicaments gratuits affectent la qualité de l'offre de soins.

La faible confiance de la population aux formations sanitaires tant au niveau de la base qu'au niveau des centres de référence se manifeste par la faible utilisation des services. Elle est due au mauvais accueil, souvent lié au manque de motivation et de compétence des agents de santé. Des efforts ont été déployés à travers l'humanisation des soins et l'amélioration de l'environnement selon les démarches qualité «5S» au sein des formations sanitaires, mais ceux-ci ont été concentrés dans quelques régions.

Concernant la référence au niveau supérieur (CHRD avec chirurgie, CHRR, CHU), le taux diminue aussi annuellement de 7,3% en 2008, 3,3 % en 2010, à 1,5 % en 2012 (Source, MSANP, Service des Statistiques Sanitaires, Annuaire des statistiques du Secteur Santé, 2008, 2010,2012). La non effectivité du système de référence contre-référence s'explique par:

- l'absence de mécanisme d'entraide des familles, de la population et d'appui de l'Etat et des PTF pour la prise en charge du déplacement vers le centre de référence et de premiers soins d'urgence;
- l'éloignement géographique des centres de référence lié à l'insécurité, l'insuffisance des moyens de transport surtout en milieu rural et enclavé;

²² MSANP, Direction des Districts Sanitaires, Etat des lieux, 2014

²³ MSANP, JICA, Groupe H4+, Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar, 2013

²⁴ MSANP, MFB, OMS, Analyse de la finance en santé: enquête conjointe, Juin 2012

²⁵ INSTAT, Enquête Périodique auprès des Ménages, 2010.

²⁶ Banque Mondiale, Enquête sur l'efficacité et l'équité des Formations Sanitaires Publiques, juin 2012.

- l'absence d'orientation stratégique sur ce système de référence contre référence;
- le fonctionnement cloisonné des formations sanitaires les unes par rapport aux autres;
- l'absence de système de communication efficace.

En outre, le secteur privé à but lucratif ou non (service médicale d'entreprise, confessionnels, les ONG) tient une place importante en matière de prestations des services. Ces services sont complémentaires aux formations sanitaires publiques car souvent situées en zone peuplée, pauvres et enclavées. Actuellement, selon les données disponibles, le secteur santé de l'Église Catholique dispose de 143 formations sanitaires de base, celui de l'Église Protestante (SAF/FJKM) est de 32 formations sanitaires. Au total, on dénombre 630 formations sanitaires privées dont 121 CSB1, 444 CSB2, 4 CHRD sans chirurgie et 61 CHRD avec chirurgie. Ces formations sanitaires offrent un paquet d'activités curatifs et préventifs en priorisant la santé maternelle et infantile (CPN, nutrition, planification familiale, vaccination, etc.). L'échographie et la dentisterie constituent un plus par rapport à l'offre des services des CSB publics. La complétude de leurs rapports est plutôt satisfaisante car 86,9 % pour les CSB2 et 87,1% pour les CHRD en 2012.

En résumé, les problèmes prioritaires de l'offre de soins de base se manifestent par :

- la faible disponibilité de soins de qualité due à: (i) l'insuffisance de CSB disposant de plateaux techniques répondant aux normes, (ii) l'insuffisance de personnel soignant tant en quantité qu'en qualité, (iii) la vétusté des formations sanitaires, (iv) l'absentéisme au poste des AS;
- la faible utilisation des formations sanitaires dont les causes sont: (i) l'insuffisance de l'accessibilité géographique due à une mauvaise répartition des formations sanitaires de base au détriment des zones enclavées et éloignées, (ii) le faible pouvoir d'achat de la population, (iii) la faible confiance de la population aux CSB due à un manque de l'humanisation des soins, (iv) l'inefficacité de l'EC/CCC;
- la non effectivité du système de référence contre-référence;
- la faible participation citoyenne dans la gestion des CSB ;
- la faiblesse de la concertation et de la coordination entre les formations sanitaires publiques et les formations sanitaires publiques et privées.

2.2.1.3. Niveau référence

Les principaux enjeux de la prestation de service au niveau référence résident dans l'offre continue de services de qualité et accessibles, la disponibilité de plateau technique adéquat et l'effectivité du système de référence contre référence. La réforme hospitalière, adoptée en 2007, transcrite en Loi Hospitalière (2011-003), a comme objectif principal de rendre les hôpitaux capables de remplir leur mission, répondant aux attentes de la population en tant que centre de référence. Mais, il y a lieu d'élaborer et de diffuser les textes d'application de cette loi.

En 2014, il est recensé 60 CHRD sans chirurgie dont 56 publics et 90 CHRD avec chirurgie dont 31 publics, installés en général au niveau des chefs lieu de district sanitaire

et qui sont les centres de référence de premier recours. Les centres de référence de deuxième recours sont représentés par les 16 CHRR, les 22 CHU²⁷. Ce sont des établissements réservés pour les consultations externes de référence et les examens complémentaires en vue de confirmation de diagnostic et de conduite à tenir et pour les actes médicaux et chirurgicaux spécialisés des cas graves ou compliqués.

La répartition géographique des centres de référence n'est pas uniforme, 59 districts sanitaires ne disposent pas de CHRD avec chirurgie. Par ailleurs, certaines des structures hospitalières manquent de dispositifs spéciaux pour ne citer que l'absence de système de facilitation des accès des personnes en situation de handicap physique et les moyens pour la gestion des déchets hospitaliers. Entre autre, certains établissements hospitaliers publics et privés ne répondent pas aux normes techniques et d'infrastructures. Les données suivantes mettent en évidence la faiblesse du plateau technique dans les centres hospitaliers de référence (CHRR et CHRD)²⁸.

- en matière de ressources humaines qualifiées:
 - ✓ 95,35% de l'ensemble des centres hospitaliers de référence disposent des techniciens capables de réaliser des opérations césariennes,
 - ✓ 50% des CHRR disposent des gynécologues obstétriciens et des médecins anesthésistes réanimateurs, 12,5% des pédiatres et des médecins biologistes;
- en matière de structures et moyens techniques spécifiques:
 - ✓ 20,93% des CHRR et CHRD avec chirurgie disposent de bloc opératoire spécial maternité;
 - ✓ 37,5% des CHRR et 4,17% des CHRD avec chirurgie disposent de service de néonatalogie;
 - ✓ 50% des CHRR disposent de services de banque de sang;
 - ✓ 62,5% des CHRR et 4,17% de CHRD avec chirurgie disposent de service d'ambulance;
- en matière d'équipements et intrants spécifiques:
 - ✓ 37,5% des CHRR disposent de l'intégralité des matériels critiques pour la Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe Sévère (PECMAS) et 25% pour la disponibilité des intrants en PECMAS,
 - ✓ 25% des CHRR et 8,33% des CHRD avec chirurgie disposent de l'intégralité des matériels critiques pour les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets (SONUC).

En ce qui concerne le taux d'occupation moyenne des lits (CHRD/CHRR/CHU), il passait de 34,1% en 2008 à 33,7% en 2012 et 40,9% en 2013. Le taux d'utilisation des consultations externes de référence des CHRD a été de 1,2% en 2008, descend à 1,1% en 2010 pour rebondir ensuite à 1,5% en 2012 et à 1,6% en 2013. Pour les CHRR/CHU en 2013, le taux d'occupation moyenne des lits est de 44,7% et le taux d'utilisation des consultations externes de référence de 0,8%. En ce qui concerne le taux de létalité hospitalière en 2013, il est de 32,1% au niveau des CHRD et 54,7% pour les CHRR/CHU. Plusieurs causes sont à l'origine de cette forte létalité, entre autres le retard de l'évacuation sanitaire, le mauvais diagnostic en aval, la faiblesse du plateau technique et l'absence de personnel qualifié.

²⁷ MSANP, Service des Statistiques Sanitaires, Liste des formations sanitaires publiques à Madagascar, Octobre 2014.

²⁸ MSANP, JICA, Groupe H4+, Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar, 2013

Pour les CHU et les établissements spécialisés, la situation sanitaire est très variable d'un établissement à un autre. Mais, en général, des problèmes communs sont observés:

- une absence des plateaux techniques indispensables pour un centre de référence;
- une mortalité hospitalière élevée;
- une faible capacité d'accueil;
- une absence d'autonomie financière et insuffisance importante de la subvention de l'État;
- une absence de Conseil d'Administration et non-effectivité du Comité Médical d'Établissement.

En matière d'évacuation sanitaire à l'extérieur, 387 malades ont été évacués entre 2008 et 2014 dont 11,12% sont âgés de moins de 15 ans, 63,56% constitués par des malades en activités et 25,32% par des retraités. Les principales causes d'évacuation sanitaire sont: (i) les maladies cancéreuses (35,91%), (ii) l'insuffisance rénale chronique (7,49%), (iii) les problèmes oculaires (16,02%), (iv) les maladies cardiaques (10,85%), et (v) autres pathologies (29,73%). Cette situation montre la faiblesse des plateaux techniques des centres de référence de deuxième recours ainsi que le manque de médecins spécialistes.

En conclusion, les problèmes prioritaires des centres de santé de référence sont:

- la faible disponibilité de soins d'urgence et de prise en charge des malades référés due: (i) au manque de plateaux techniques tant en quantité qu'en qualité, (ii) à l'insuffisance en nombre et en qualité de personnel spécialiste et la mauvaise répartition des existants, et (iii) la mauvaise répartition des centres de référence avec chirurgie;
- la faible utilisation des centres hospitaliers de référence dont les causes sont : (i) l'inaccessibilité géographique, financière et culturelle, (ii) le manque d'humanisation des soins, (iii) la faiblesse du système de référence, et (iv) la qualité insuffisante des prestations servies;
- l'existence d'établissements hospitaliers privés ne répondant pas aux normes techniques et d'infrastructures;
- l'absence de plan stratégique hospitalière et absence du décret d'application de la loi hospitalière;
- l'absence d'orientation stratégique du système de référence contre référence;
- la faiblesse de la concertation et de la coordination entre les formations sanitaires publiques et privées sur le plan managérial et stratégique.

2.2.2. Offre de soins à travers les programmes de santé

2.2.2.1. Santé de la mère et de l'enfant

2.2.2.1.1. Situation sanitaire de la mère

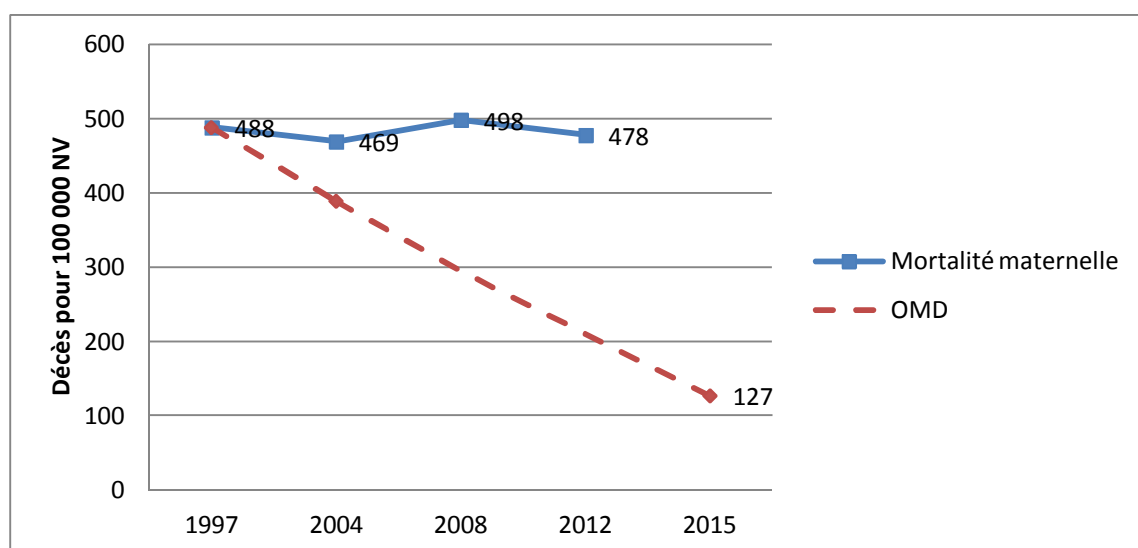
La mortalité maternelle a stagné ces dernières années (Figure 2). Elle est passée de 488/100 000 naissances vivantes en 1997 (EDS II) à 469/100 000 naissances vivantes en 2004 (EDS III), pour remonter à 498/100 000 naissances vivantes en 2008 (EDS IV) et à 478/100 000 naissances vivantes en 2012 (ENSOMD 2012).

Autrement dit, neuf femmes meurent chaque jour suite aux complications de la grossesse ou de l'accouchement. Près de 34% des décès maternels surviennent dans la tranche

d'âge de 15 à 19 ans. L'objectif de mortalité maternelle de 127/100 000 naissances vivantes en 2015 (OMD 5) ne sera pas probablement atteint pour Madagascar.

Les principales causes de décès maternels sont l'hémorragie (20%), les complications d'avortement (16%), l'éclampsie (13 %), la rupture utérine (8%), le travail prolongé (8%), et l'infection du post-partum (6%)²⁹. Mais en 2012, l'enquête confidentielle sur les décès maternels montre que les septicémies sont devenues la première cause de décès maternels (23,6%), viennent ensuite les hémorragies (19,4%), la rupture utérine (15,3%), les complications d'avortement (11,8%) et l'éclampsie/pré éclampsie (8,3%).

Figure 2: Courbes de la mortalité maternelle de 1997 à 2012 et de l'OMD 6 en nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes



Source: INSTAT, Enquête Démographique de Santé, 1997, 2004, 2008. INSTAT, Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2012.

Quant à l'accouchement, selon l'ENSOMD 2012, seules 44% des femmes reçoivent l'assistance d'un professionnel de santé qualifié et 38 % accouchent au niveau des formations sanitaires. Parallèlement, un déficit en Opération Césarienne par rapport au minimum recommandé par l'OMS est observé avec un taux de naissance par opération césarienne égal à 1,9 % (EDS IV) contre 5 %. Par ailleurs, une femme sur 20 est porteuse de fistule obstétricale à cause de la mauvaise qualité de la prise en charge obstétricale et 94% des femmes en âge de procréer déclarent ne pas connaître les signes cliniques de fistule obstétricale et seulement 11 % sait que la fistule obstétricale peut se soigner (ENSOMD 2012).

Les enjeux principaux concernant la santé de la mère résident sur les stratégies pour amener les femmes à accoucher au centre de santé par des personnes qualifiées et sur la disponibilité de plateaux techniques efficaces et efficients dans les centres de santé. Selon l'enquête des besoins en SONU conduite en 2009, seules 22 sur 3227 formations sanitaires (soit 0,6%) disposent d'un plateau technique pour offrir les SONU.

²⁹ MSANP, Évaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) à Madagascar, 2009.

Depuis 2010, des efforts ont été déployés par le programme et appuyés par les PTF, entre autres la formation en SONU des agents de santé ainsi que la dotation en matériels et en équipements SONU des formations sanitaires. Mais le coût élevé de ces interventions a rendu difficile la mise à l'échelle d'où une couverture insuffisante pour un impact palpable au niveau national.

En effet, 47 districts sanitaires sont encore en-dessous de la norme minimale de quatre formations sanitaires SONUB pour 500.000 habitants et seuls 25% des CHRR et 8,33% des CHRD avec chirurgie disposent de l'intégralité des matériels critiques pour les SONUC en 2012³⁰. En outre, d'après une enquête réalisée au niveau de 15 régions en 2014, seuls 50% des gynécologues obstétriciens ont reçu une formation en CPN+, en SONU, en audit de décès et en soins du postpartum et seules 19% des sages-femmes des CSB enquêtées sont formées en SONU et en soins du post partum³¹. Enfin, l'enquête sur la sécurisation des produits de la santé de reproduction réalisée en 2012 montre que seules 8,8% des formations sanitaires enquêtées disposent des sept médicaments vitaux pour la Maternité à Moindre Risque (MMR). Pour le MSANP, les sept médicaments vitaux sont: Ampicilline 1gr injectable, gentamicine 80 mg injectable, métronidazole 500 mg injectable, céfexime, Benzathine Penicilline, sulfate de magnésium et l'oxytétracycline et les deux médicaments essentiels sont le sulfate de magnésium et l'oxytétracycline.

Le retard de la prise en charge, le mauvais accueil, l'approche genre en ce qui concerne l'accouchement et l'inaccessibilité géographique et financière, aiguës les femmes à accoucher à domicile assisté par des accoucheuses traditionnelles, sont autant de problèmes qui concourent à la stagnation voire augmentation de la mortalité maternelle. L'audit des décès maternels initié en 2009 mérite une mise à l'échelle en vue d'une amélioration de la gestion des urgences maternelles et néonatales au niveau des hôpitaux de référence.

En 2009, la dotation gratuite de Kits Individuels d'Accouchement (KIA) a nettement amélioré l'utilisation des services d'accouchements dans l'ensemble du pays. Par contre, plusieurs formations sanitaires ont rencontré une rupture de stock de ces kits depuis 2010. Ce n'était juste qu'au début 2008 qu'on a constaté un excès d'allocation de fonds pour le financement de KIA. Les manques de financement se font sentir par la suite et augmentaient annuellement.

En ce qui concerne les consultations prénatales, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals (quatre fois et plus pendant leur grossesse) est estimé à 81,9% en 1997 pour diminuer à 49,3% en 2008 et à 51 % en 2012 (ENSOMD 2012). De ce fait, moins d'une femme sur 2 reçoit deux doses de vaccin antitétanique (42%), 56% de suppléments en fer et acide folique et 57% sont déparasitées pendant la grossesse; ce qui amène à un taux d'anémie extrêmement élevé chez les femmes, de l'ordre de 35% (EDS IV). L'Enquête de Séroprévalence Nationale 2009 montre que la prévalence du VIH chez la femme enceinte est de 0,09% et celle de la syphilis est à 3,4%.

En matière du Planning Familial, bien que des résultats encourageants aient été enregistrés, ils restent encore insuffisants. En effet, le taux de prévalence contraceptive a

³⁰ MSANP, JICA, Groupe H4+, Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar, 2013.

³¹ USAID/MCSP, Etat des offres de service en santé maternelle, néonatale et en planification familiale des formations sanitaires de 15 régions de Madagascar, 2014.

atteint 33% en 2012 (ENSOMD 2012) contre 29 % en 2008 et 19% en 1997. Les besoins non satisfaits en matière de Planification Familiale (PF) sont passés de 25.6% en 1997 à 18% en 2012. En outre, l'offre de services de planification familiale en post-partum n'est pas encore suffisamment vulgarisée car très de prestataires ont la capacité d'offrir ces services.

En conclusion, les principaux problèmes rencontrés au niveau des interventions pour réduire la mortalité maternelle sont:

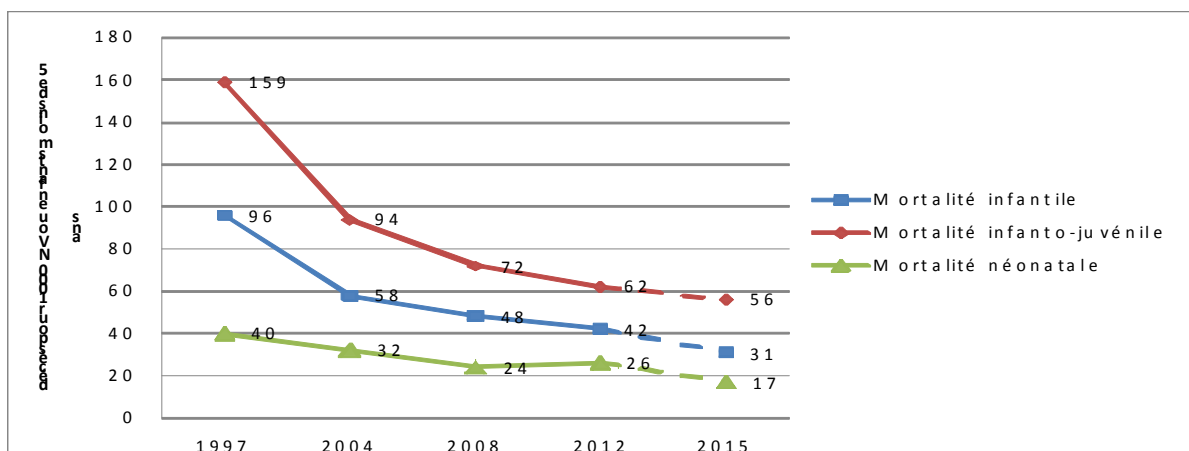
- le faible taux d'accouchement par un personnel qualifié;
- le faible taux d'accouchement au niveau des formations sanitaires;
- le mauvais accueil au niveau des formations sanitaires;
- le faible taux de consultation prénatale recentrée;
- la faiblesse du système de référence contre référence;
- la faible couverture en formations sanitaires disposant d'un plateau technique pour offrir les SONU;
- le manque de personnel qualifié pour la prise en charge des SONU;
 - ✓ grossesses précoces chez les adolescentes;
 - ✓ faible demande (seulement 51%) en service de planification familiale;
 - ✓ insuffisance de l'offre de service de planification familiale en post-partum.

2.2.2.1.2. *Situation sanitaire de l'enfant*

De 1997 à 2012, des avancées remarquables ont été constatées dans le domaine de la santé de l'enfant. D'après la figure 3 ci-dessous, le taux de mortalité infantile a connu une nette diminution. Il est passé successivement de 96‰ en 1997, 58‰ en 2003, 48‰ en 2008 et 42‰ en 2012 (EDS 1997, 2003, 2009 et ENSOMD 2012). La forte accélération de la baisse est notée au cours de la période 1997 à 2003. L'OMD 4 fixé à 31 pour 1000 naissances vivantes pourrait être atteint en 2015.

Quant au taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, Madagascar enregistre une régression notable de cet indicateur et il est estimé à 159‰ en 1997, 94‰ en 2003, 72‰ en 2008 et 62‰ en 2012 (EDS 1997, 2003, 2008 et ENSOMD 2012). Il aura une forte chance que Madagascar atteindra l'OMD 4 fixé à 56‰ en 2015.

Figure 3: Courbes de la mortalité néonatale, de la mortalité infantile, de la mortalité infanto-juvénile pour mille naissances vivantes ou 1 000 enfants moins de cinq ans



Source: INSTAT, Enquête Démographique de Santé 1997, 2004, 2008.
 INSTAT, Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2012

Néanmoins, les résultats selon les régions font apparaître des disparités très importantes: la Région de Vatovavy Fitovinany se caractérise par le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans le plus élevé estimé à 188³² contre un minimum de 41³² dans la Région de Bongolava (EDS 2008). En outre, les quatre principales causes de mortalité hospitalière chez les enfants de moins de cinq ans sont: les infections néonatales (26,87%), le paludisme (23,44%), l'asphyxie et hypoxie du nouveau-né (16,04%) et les maladies diarrhéiques (12,60%) (Source: MSANP, Service des Statistiques Sanitaires, Annuaire des Statistique du Secteur Santé, 2012).

La mortalité néonatale, responsable du tiers de la mortalité infanto juvénile, a baissé de 32 à 24 pour 1000 naissances vivantes de 2004 à 2008 (EDS II, III, IV). Cependant, elle accuse une légère augmentation de 26 pour 1000 naissances vivantes en 2012 (ENSOMD 2012). L'objectif du pays fixé à 17 pour 1000 d'ici 2015 semble difficile à atteindre. Les causes directes des décès néonataux sont la prématurité (35%), l'asphyxie et le traumatisme à la naissance (29%) et l'infection (17%)³².

Selon l'ENSOMD 2012, 65,8% des nouveau-nés bénéficient d'une mise au sein précoce dans l'heure qui suit l'accouchement contre 62,4% en 2008 (EDS IV). En matière de Prise Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) communautaire, les objectifs fixés concernant la mise en place des sites ont été atteints à 100% mais 35,51% sont seulement opérationnels (Source: MSANP, Direction de la Santé de l'Enfant, de la Mère et de la Reproduction, Rapport d'Activités, 2012). La stratégie de PCIME a été mise à jour mais faute de financement, le nombre des agents de santé formés et le suivi formatif sont insuffisants. Les mouvements des agents de santé formés en PCIME clinique (l'affectation ou le départ en retraite) ont eu des répercussions sur la qualité de l'offre de service. De plus, la mise en œuvre de la PCIME est également entravée par la non disponibilité des ressources (équipements et intrants) tant au niveau clinique qu'au niveau communautaire.

En ce qui concerne la vaccination, la couverture vaccinale, en général, a connu une amélioration. Selon les données estimées par l'OMS/UNICEF, entre 2002 et 2011, le taux de couverture en DTCHepBHib3 était passé respectivement de 62% à 89%. En 2013, la couverture en vaccin contre la rougeole est de 86% et le taux de couverture vaccinal en DTCHepBHib3 est de 90% mais avec des disparités régionales allant de 52 % à 123 % (Source: OMS/UNICEF, Joint Report, 2013). Par ailleurs, certains districts sont silencieux en matière de surveillance des maladies évitables de vaccination particulièrement pour la PFA: (i) 13 districts n'ont pas envoyé des rapports et (ii) 11 districts pour la rougeole en 2012.

En ce qui concerne l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans, la proportion de ces enfants présentant une insuffisance pondérale est passée de 39% en 1992 à 28% en 2010, l'objectif de l'OMD1 étant de 19% en 2015. En outre, la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance ou malnutrition chronique a varié de 54% en 1992, 47% en 2004 à 50% en 2008 et 47% en 2012 (EDS IV et ENSOMD 2012). Parmi les enfants souffrant de la malnutrition chronique, les régions les plus affectées sont les régions des Hautes Terres: Haute Matsiatra (65,2 %), Vakinankaratra (65,2%), Amoron'i Mania (64,0%). La capitale Antananarivo présente une prévalence assez importante à 46,2% (ENSOMD 2012). Enfin, lors des trois dernières années, le Sud et le Sud Est ont été considérés parmi les zones les plus vulnérables. L'enquête SMART menée dans ces régions

³² CHERG/WHO/UNICEF, Distribution of causes of neonatal and under-five deaths (published in Liu et al, *Lancet* 2012) cité dans le document «Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA/WHO). Madagascar : Neonatal and Child Health Profile»

pendant les périodes de soudures a indiqué que l'émaciation des enfants moins de cinq ans varie de 10% à 15% (Source: UNICEF Madagascar, Nutrition Cluster Data Base.). En 2012, la malnutrition aigüe touche 8,6% des enfants de moins de 5ans avec 1,4% de forme sévère. Mais le problème de malnutrition aigüe ne se limite plus aux 3 régions du grand sud. La malnutrition aigüe prend de plus en plus d'importance au niveau de la Région du Boeny avec 12,8% de cas de malnutrition aigüe, de Vakinankaratra à 12,6% et d'Atsinanana à 12, 4% (ENSOMD 2012).

En matière de prise en charge des enfants malnutris, Madagascar dispose en 2012 de 49 Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (CRENI), 438 Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire de la malnutrition aigüe Sévère sans complication (CRENAS) et 12 Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire de la malnutrition aigüe Modérée (CRENAM) fonctionnels³³. Aussi, il s'avère nécessaire pour le MSANP et ses PTF de mettre en place de nouveaux centres de récupération nutritionnelle afin d'étendre la couverture de prise en charge de ces groupes vulnérables.

Parmi les facteurs qui contribuent à une meilleure croissance pondérale du nourrisson, la pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) a régressé, elle est passée de 51 % (EDS 2009) à 41% (ENSOMD 2012). La proportion d'enfants exclusivement allaités au sein diminue de manière rapide avec l'âge puisque parmi ceux de 4-5 mois, près de sept sur dix reçoivent déjà d'autres aliments que le lait maternel dont 44 % des aliments de complément (EDS 2009). Cette situation est due à la faible couverture effective des interventions de promotion telles que les CSB et hôpitaux «Ami des Bébé».

Concernant la carence en vitamine A, les résultats de l'ENSOMD 2012 montrent que parmi les enfants de 6 à 59 mois. Seulement 43% ont reçu des suppléments en vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête, soit une réduction importante par rapport à 2008 (72%) selon l'EDS IV.

Les principaux problèmes rencontrés au niveau des interventions pour la survie et développement de l'enfant se manifestent par :

- la faible couverture en site PCIME communautaire fonctionnelle;
- l'insuffisance de ressources matérielles et d'intrants au niveau des PCIME cliniques et communautaires;
- la faible couverture vaccinale au niveau des zones éloignées et ou enclavées ;
- le faible taux d'allaitement maternel exclusif;
- la couverture insuffisante en CREN surtout au niveau des zones vulnérables.

En matière de santé scolaire, les principales activités réalisées par le service de santé scolaire du district sanitaire, les formations sanitaires et les enseignants au niveau des Ecoles Primaires Publiques (EPP) sont:

- la visite médicale des élèves des écoles primaire et secondaire;
- la promotion de la santé buccodentaire;
- le déparasitage des enfants des EPP;
- la promotion des comportements sains en matière d'hygiène et d'assainissement;

³³ MSANP, Plan National d'Action pour la Nutrition à Madagascar 2012-2015, 2012

En outre, dans le cadre de la lutte contre la malnutrition et de la sécurité alimentaire, des cantines scolaires ont été mises en place dans les régions Androy, Anosy et Atsimo Andrefana ainsi que dans les quartiers urbains défavorisés d'Antananarivo, Toamasina et Toliara.

Les problèmes rencontrés se manifestent par:

- les problèmes relatifs à l'Eau, à l'Assainissement et à l'Hygiène (EAH): (i) 79,76% des EPP ne disposent pas de point d'eau dans leur enceinte et (ii) 41,69 % n'ont pas de latrines en 2010³⁴;
- la faible couverture des EPP utilisant le système amélioré d'EAH dans les zones cibles (voir glossaire): 26 % en 2012;
- la faible capacité des AS et des enseignants en IEC/CCC.

2.2.2.2. Santé des adolescents et des jeunes

Quant à la santé des adolescents et des jeunes, elle est surtout menacée par des phénomènes persistants ou croissants tels que les grossesses précoces, les IST et le VIH, les avortements clandestins, la consommation de tabac et de drogues, qui sont souvent liés aux pratiques socio culturelles préjudiciables. En outre, plus d'un tiers des filles de moins de 19 ans sont mères ce qui accroît le nombre de nouveaux nés de faible poids à la naissance (<2,5 kg), et la grossesse chez les adolescentes, qui est à 30%, porte des risques particulièrement élevés par rapport à la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale. Par ailleurs, plus de 17% des filles dans la tranche d'âge de 15-19 ans ont eu leurs premiers rapports à l'âge de 15 ans. En comparant les résultats de l'EDS IV et ceux de l'ENSOMD 2012, il est noté une légère régression de l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes et des hommes de 25-49ans. Les âges médians aux premiers rapports sexuels sont passés entre les deux enquêtes de 17,3 à 17,1ans pour les femmes et de 18,1 à 17,7 ans pour les hommes.

Les enjeux sont de disposer des stratégies de communication adaptées aux jeunes selon leurs cultures respectives et leurs situations loco-régionales ainsi que des structures d'accueil satisfaisant pour ces jeunes. Par ailleurs, beaucoup d'efforts ont déjà été entrepris pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes; ne serait-ce que l'adoption de la loi sur l'âge minimum de mariage à 18 ans mais son application n'est pas effective, la mise en place des 42 CSB «Amis des Jeunes» (Source: MFB, Rapport de suivi de l'exécution budgétaire, 4^{ème} trimestre, 2013) et le renforcement de la collaboration multisectorielle avec le Ministère de la Jeunesse et de Loisir et Ministère de l'Education Nationale en matière de la santé des adolescents et des jeunes.

Les principaux problèmes résident sur: (i) l'insuffisance de centre capable d'accueillir le jeune sur le plan infrastructure, (ii) l'insuffisance des matériels d'IEC et d'équipements, et (iii) la faible disponibilité de personnel compétent, formé en santé de la reproduction des adolescents.

³⁴ INSTAT, Enquête Périodique auprès des Ménages, 2010

2.2.2.3. Lutte contre les maladies transmissibles

2.2.2.3.1. VIH/SIDA/IST

Les statistiques récentes en matière de VIH/SIDA à Madagascar montrent une très faible prévalence du VIH au sein de la population générale avec une épidémie concentrée à l'intérieur des groupes de population clés les plus exposés au risque: les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH), les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI), les Professionnelles du Sexe (PS), les jeunes et dans certaines régions où le nombre de cas de Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (PVVIH) dépistés augmentent au fil des ans. La prévalence du VIH dans la population adulte est passée de 0,02% en 1989 à 0,13% en 2007 et à 0,4% chez les adultes de 15-49 ans et de 0,16% chez les jeunes 15-24 ans en 2011³⁵.

L'enquête comportementale et biologique de base effectuée en 2010 donne un niveau de prévalence à 14,7% chez les hommes ayant des HSH avec des variations régionales, 10% à Toliara, 9% à Mahajanga, 10% à Antsiranana, 16% à Toamasina et 17,6% à Antananarivo. Par ailleurs, la prévalence du VIH auprès des UDI est de 7.1% dans trois villes de Madagascar en 2012. Les jeunes sont les plus vulnérables car 50% des femmes séropositives sont âgées de 15 à 24 ans. Selon les données de l'enquête de surveillance biologique chez les professionnelles du sexe en 2012, la prévalence du VIH dans ce groupe est estimée à 1,2% sans variation ni en fonction du lieu de résidence ni en fonction de l'âge. Chez les patients IST, la prévalence du VIH est passée de 0.28% en 2007 à 0.32% en 2010 (Source: Enquête de surveillance biologique 2007, 2010). Actuellement, la faible prévalence du VIH/SIDA place Madagascar parmi les pays sur la bonne voie vers l'atteinte de la cible 6A des OMD qui stipule de stopper d'ici 2015 la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance.

La lutte contre le VIH/SIDA et les IST rencontre trois grandes catégories de problèmes dans le pays: des problèmes comportementaux, des problèmes de dépistage et des problèmes de résistance aux médicaments. En effet, sur le plan comportemental, les jeunes qui constituent la majeure partie de la population sont particulièrement vulnérables. Si 85% des filles de 15-19 ans ont entendu parler du VIH/SIDA, 94% d'adolescents et 91% des filles n'ont jamais effectué le test de VIH. De plus, 7,3% des adolescentes âgées de 15-19 ans ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels et 39,7% des adolescentes n'ont pas accès aux médias (écrit, radio, télévision)³⁶. En outre, le taux d'utilisation de condom chez les personnes de 15 à 24 ans reste insuffisant: il a été de 12,2% en 2004 et 12,3% en 2008; tandis que chez les Travailleuses de Sexe (TDS) il a été de 76% en 2004, 81% en 2006 et 86% en 2008. (EDS III, IV)

Une certaine réticence de la population à connaître son statut sérologique est remarquée. Chez les hommes, la proportion de ceux qui n'ont jamais effectué un test de dépistage du VIH est plus élevé (91%) que celle observée chez les femmes soit 86 % (EDS IV). Le dépistage des 41 000 malgaches PVVIH reste le plus grand défi, ayant comme enjeu la maîtrise complète de l'épidémie.

³⁵ ONUSIDA, L'estimation de l'ONUSIDA est effectuée à travers l'utilisation de logiciel SPECTRUM.

³⁶ Primature, Ministère de l'Economie et de l'Industrie, Rapport sur la Coopération au Développement 2009-2010 Madagascar, Septembre 2010.

En outre, la pauvreté galopante, aggravée par la crise sociopolitique depuis 2009, ayant entraîné son lot de violation des droits humains, constitue le soubassement de l'évolution de l'épidémie VIH/SIDA. Et la persistance des us et coutumes contraires au droit positif et des dispositifs législatifs coercitifs pour certaines populations clés (comme les UDI), combinée avec la discrimination et la stigmatisation dont elles font encore l'objet, risquent encore d'entraver les efforts menés à cet effet³⁷.

Le nombre de sites de prise en charge des PVVIH (centres de référence PVVIH) est passé de 8 en 2006 à 47 à partir de 2009 dont 32 disposent d'un compteur de CD4. Le nombre de médecins référents en fin 2011 étaient de 60, soit une moyenne de 1,3 par site. Le nombre de PVVIH suivies est passé de 229 en 2007 dont 138 sous traitement Anti-Retro-Viraux (ARV) (soit 60,2% sous traitement) à 1169 en 2014 dont 695 sous traitement ARV (soit 59,45% sous traitement).

En outre, le suivi des PVVIH sous traitement est insuffisant. L'absence de registre de suivi des patients sous traitement ARV ou d'un mécanisme de suivi des patients à partir de la dispensation³⁸ et le problème de rupture de stock en ARV sont des facteurs favorisant l'abandon aux traitements.

L'écart entre le nombre de patients suivis et ceux sous ARV s'est agrandi d'année en année alors qu'en application des recommandations de l'OMS en 2013, les patients sont inclus à partir de 500 CD4/mm³ au lieu de 350 CD4/mm³. Cet écart s'explique par les prévisions en termes de nombre de traitements prévus au niveau de différentes sources de financement, nettement inférieures aux besoins.

D'après le rapport d'évaluation de la sécurisation des intrants de santé en 2012³⁹, 50% des CHRD avec chirurgie et des CHU enquêtés et 71,4% des CHRR disposent de Lopinavir/Ritonavir et de Zidovudine/Lamivudine au moment de l'enquête. En outre, 64,7% des centres de référence enquêtés déclarent avoir eu une rupture de stock en Lopinavir/Ritonavir au cours des six derniers mois avec un nombre moyen de jours de rupture de l'ordre de 141 jours et 61,1% des centres pour les médicaments Zidovudine/Lamivudine avec un nombre moyen de 147 jours. Cette rupture de stock en ARV est due au retard de déblocage des financements.

L'apparition de résistance aux antirétroviraux a été rapportée dans certaines études ; résistance primaire rencontrée chez certaines populations vulnérables HSH et dans certaines régions. Des sous-types de virus résistants ont été identifiés et méritent plus d'études approfondies⁴⁰. La revue du protocole de traitement national a été évoquée, étant donné qu'une bonne partie des médecins référents adoptent d'autres protocoles thérapeutiques dans la prise en charge. Par ailleurs, l'analyse de la résistance des gonocoques aux antibiotiques de routine à Madagascar a montré une résistance élevée de 69,92 % à la Ciprofloxacine, 70,5 % à la pénicilline et 91 % à la Doxycycline. Aucune résistance n'a été décelée aux céphalosporines, à la gentamycine, à l'Azithromycine et à la Spectinomycine (Source: MSANP, Revue Conjointe Partenaires-Ministère de la Santé, Décembre 2008).

³⁷ Primature, Ministère de l'Économie et de l'Industrie, Rapport sur la Coopération au Développement 2009-2010 Madagascar, Septembre 2010

³⁸ SECNLS, Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2013-2017 à Madagascar, 2012

³⁹ MSANP/UNFPA, Évaluation de la sécurisation des intrants de santé à Madagascar, 2012.

⁴⁰ MSANP, Programme d'Action pour l'Intégration des Intrants de Santé 2008-2012, Août 2008.

La résistance aux antirétroviraux et certains antibiotiques contre les IST a incité le programme à développer le nouveau protocole de prise en charge des PVVIH en 2013 et celui des IST classiques selon l'approche syndromique en 2013.

Concernant les IST, porte d'entrée de l'infection au VIH, la prévalence de la Syphilis est passée de 8,2% en 2003 à 6,3% en 2009: une femme enceinte sur 20 et une PS sur six sont positives à la syphilis (Enquête bio-comportementale chez les PS, 2012). Les résultats de l'étiologie de l'écoulement génital ont montré que la gonococcie est la plus rencontrée dans 40,52 % des cas. Elle est suivie de la vaginose bactérienne dans 18,7 % des cas, ensuite de la chlamydie pour 14,29%, la trichomonose pour 7,79%, la levurose pour 2,08 % et de la mycoplasmosse pour 0,78% des cas (Source: MSANP, Revue Conjointe Partenaires-Ministère de la Santé, Décembre 2008). Les résultats de l'étiologie de l'ulcération génitale ont montré que la maladie virale Herpès Simplex 2 est la première cause des IST ulcérales. Elle est suivie par le chancre mou, occasionné par *Haemophilus ducreyi*. La syphilis occupe seulement la troisième et la dernière cause de l'ulcération génitale. Les agents pathogènes des écoulements et des ulcérations sont identifiés à Madagascar. Le protocole thérapeutique pour y faire face a été recommandé. Les principaux problèmes des IST sont: (i) l'automédication entraînant des résistances aux antibiotiques usuels, (ii) le faible dépistage des IST et le faible pratique des examens bactériologiques (culture bactériologique), et (iii) les problèmes comportementaux (maladies honteuses, non dépistage du partenaire, rapport sexuel non protégé, multipartenaires).

2.2.2.3.2. *Paludisme*

A Madagascar, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique. En 2008, il occupe le cinquième rang parmi les dix maladies dominantes vues en consultation externe au niveau des CSB. Le taux d'incidence du paludisme est passé de 9,28% à 1,54% de 2000 à 2009, soit une diminution de plus de 75 %. Pour le taux de mortalité hospitalière, une diminution de près de 50% est observée (taux de mortalité de 14,69% en 2000 et 8,17 en 2009). Cette situation est le reflet de l'amélioration du diagnostic du paludisme tant au niveau des centres de santé de base qu'au niveau des centres hospitaliers et ce, par la généralisation de l'utilisation de Test de Diagnostic Rapide (TDR) à partir de 2007 et de l'introduction de l'Artemisinin Combined Therapy (ACT), la combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine dans le traitement du paludisme simple⁴¹.

Géographiquement, le taux d'incidence reste élevé dans les provinces où le paludisme sévit de manière permanente (Antsiranana à 1,2% et Toamasina à 2%)⁴². De 2006 à 2009, le taux d'incidence diminue plus rapidement, particulièrement dans les zones subdésertiques (à 1,3 %), où la période de transmission est très courte et conditionnée par la pluie. C'est dans les zones à faciès équatorial (à l'Est du pays) où le taux d'incidence du paludisme reste élevé à 2,9 % en 2009. Il en est de même pour la Région de Betsiboka (1,6% en 2011)⁴³. Ce taux demeure faible dans les régions des hautes terres centrales (0,2% pour les zones de faciès hauts plateaux). Dans les régions d'Analamanga, de Haute Matsiatra et d'Amoron'i Mania, le paludisme ne figure pas parmi les dix maladies dominantes vues en consultation externe des CSB en 2009¹³.

⁴¹ INSTAT, Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2012.

⁴² OMS, Global malaria Program, Base de données Paludisme, 2011.

⁴³ WHO, World Health Report 2010 "Health systems financing: the path to universal coverage, 2010.

Concernant les mesures préventives de lutte contre le paludisme, le taux d'utilisation de Moustiquaire Imprégnée à efficacité Durable (MID) a augmenté de 88,4% (ENSOMD 2012) contre 71% (l'EDS IV) chez les enfants de moins de 5ans et 91,7% contre 76% chez les femmes enceintes. Le taux de couverture en Traitement Préventif Intermittent (TPI) est légèrement diminué de 8,2% (ENSOMD 2012) contre 11% (EDS IV).

Quant à la prise en charge des cas de paludisme simple, la mise à l'échelle des TDR et ACT était effective dans tous les CSB de même que l'implication progressive du secteur privé, la mise à l'échelle de la PCIME au niveau communautaire, y compris la prise en charge des enfants de moins de cinq ans atteint du paludisme et la mise à disposition des ACT fortement subventionnées au niveau du secteur privé. En 2012, le traitement du paludisme simple par l'ACT a subi une légère diminution par rapport aux données de l'EDS IV avec un taux respectif de 0,9% et 1%.

La réduction très significative du taux d'incidence du paludisme et de la mortalité hospitalière due à cette maladie au cours des dernières années pourraient permettre d'atteindre les objectifs fixés. Ainsi, le grand enjeu de la lutte actuelle concerne la préservation des acquis et l'amélioration de façon harmonieuse des situations épidémiologiques entre toutes les régions pour espérer l'élimination de cette maladie à Madagascar.

2.2.2.3.3. *Tuberculose*

En 2013, la prévalence de la tuberculose toutes formes à Madagascar est estimée par l'OMS à 413 cas pour 100.000 habitants, entourée cependant d'une large Intervalle de Confiance (IC à 95%: 216-671). Le nombre de décès est estimé à 12.500, soit une mortalité de 52 pour 100.000 habitants. L'incidence de la tuberculose toutes formes est estimée à 233 cas pour 100.000 habitants (IC à 95%: 207-262)⁴⁴. Par ailleurs, le taux moyen de notification toutes formes était de 122 pour 100.000, et la moitié des régions dépistent plus de 100 pour 100.000 cas de TPM+ chaque année. La notification était la plus forte dans les régions Boeny, Menabe et Atsimo Andrefana, et la plus faible dans celles de Sava, Vakinankaratra, Itasy et Analanjirofo. Les régions Atsimo Andrefana et Atsinanana connaissent une tendance continue à la hausse.

Le taux de succès ajusté du traitement de la cohorte 2012 rapporté fin 2013 des nouveaux cas TPM+ était de 85,4%, atteignant ainsi l'objectif fixé par l'OMS. Le taux de succès brut était de 82,7%, illustrant la progression par rapport au taux moyen depuis 1997. Le taux d'abandon du traitement de la cohorte 2012 rapporté fin 2013 des nouveaux cas TPM+ est encore supérieur à 10% dans 9 des 22 régions. La proportion des cas de tuberculose multi-résistante parmi les cas de tuberculose déjà traités est de 3,2%. Ce taux n'a pas augmenté par rapport à l'enquête de 2005.

Suivant la cohorte 2012 rapportée en 2013, le taux de létalité varie de 2% à 7% dans les 22 régions, avec une moyenne nationale de 3,85% pour les nouveaux cas TPM+. Plus de la moitié des régions dépasse encore la moyenne nationale (voir la répartition régionale de ce taux de létalité en annexe).

L'intégration de test VIH a été relancée au dernier trimestre de l'année 2009 au niveau des 11 Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT) de 4 Régions avec un taux

⁴⁴ MSANP, Plan Stratégique National de lute contre la Tuberculose 2015-2019, 2015.

de prévalence de 0,90 %. En 2010, l'incidence tuberculose-HIV+ atteint 8,8/100.000 (Source: MSANP, Plan Stratégique National de lutte contre la Tuberculose 2015-2019, 2015). En 2013, parmi les 111 CDT ayant effectué le test VIH, 63 cas ont été rapportés avec un taux de prévalence de 1,2%⁴⁵.

La lutte contre la tuberculose s'appuie sur un réseau de 215 CDT. Elle bénéficie des appuis financiers des divers partenaires en plus du budget alloué par l'Etat. Malgré l'atteinte de l'objectif de 70 % des cas des TPM+ dépistés recommandé par l'OMS, il reste encore beaucoup d'efforts à fournir dans le cadre de la mobilisation de la communauté à la lutte contre la maladie de tuberculose et de l'amélioration de la qualité des services offerts par les CDT.

La mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose rencontre les contraintes suivantes:

- le faible accès des malades aux CDT;
- l'insuffisance de la prise en charge des tousseurs chroniques au niveau des Centres de Santé de Base (CSB) ;
- l'enclavement de certaines zones;
- la mutation des prestataires formés;
- l'insuffisance de la participation de la communauté dans le dépistage et la recherche des cas de perdus de vue.

Selon les enquêtes effectuées, la majorité des malades éprouvent des difficultés à subvenir à leurs dépenses nutritionnelles pendant le traitement (Source: MSANP, Plan Stratégique National de lutte contre la Tuberculose 2015-2019, 2015). Les mesures telles que le remboursement des frais de transport, l'hébergement en pension et la distribution de la nourriture aux malades devraient contribuer à l'amélioration de la détection et du traitement de la tuberculose.

2.2.2.3.4. Maladies émergentes et ré émergentes et maladies tropicales négligées

Les Maladies Emergentes et Ré émergentes (MER) et les Maladies Tropicales Négligées (MTN) constituent un problème de santé publique. Des efforts mondiaux et nationaux sont menés pour les éradiquer.

La peste, maladie transmissible à déclaration obligatoire, sévit encore de façon endémo-épidémique à Madagascar et provoque chaque année une épidémie dans certains districts foyers, malgré les efforts déployés par les responsables sanitaires. Durant l'année 2013, la peste a été enregistrée dans 30 districts répartis dans 9 régions, avec 134 communes et 253 fokontany. Le taux de létalité par la peste environne les 12,1%. Au cours de la saison pesteuse de 2013, des épidémies de peste sont apparues dans 27 districts dont celui de Soanierana Ivongo qui était indemne auparavant. Parmi les 329 cas suspects rapportés, 75 ont été confirmés par l'APM. Parmi les 81 décès suspects, 17 sont confirmés positifs à la peste.⁴⁶

Les principaux problèmes concernent la prévention et la lutte contre les vecteurs de la maladie: (i) la mauvaise mesure d'hygiène et d'assainissement au niveau de

⁴⁵ WHO, Global Tuberculosis Control-Report, 2011

⁴⁶ MSANP, Direction des Urgences et de Lutte contre les Maladies Négligées, Rapport d'Activités, 2013

la communauté; et (ii) la destruction des forêts et la culture sur brulis entraînant la prolifération des rats porteurs de bacille pesteux dans les villages. En outre, le retard de dépistage et de traitement a un impact négatif sur la morbidité et la létalité de la maladie pesteuse.

En ce qui concerne la lutte contre *la filariose lymphatique* à *Wuchereria Bancrofti*, la maladie est transmise à Madagascar par les *Anophèles*. Suite à la création du Programme National d'Élimination de la Filariose Lymphatique en 2002, différentes activités épidémiologiques ont été menées dans les districts sanitaires à risque: (i) la cartographie de l'endémicité de chaque district sanitaire, (ii) l'enquête nationale au niveau de 193 villages, (iii) la cartographie de la filariose lymphatique. Les résultats ont montré une prévalence moyenne de 8,91% (0 à 58%) et 98 districts endémiques sur les 112 existants.

Une campagne de Distribution de Masse de Médicaments (DMM) est mise en œuvre depuis 2005 par le programme. Une distribution de comprimés d'Albendazole et de Diethylcarbamazine a été réalisée au niveau de trois districts pilotes à forte prévalence de la Région de Vatovavy Fitovinany: Manakara, Mananjary et Vohipeno.

En termes de complication, le nombre de cas de lymphoedèmes recensés est de 11 316 et de cas d'hydrocèles de 11 283 en 2011. Seules les ONG partenaires du programme prennent en charge le volet contrôle de morbidité au niveau de trois régions: Atsinanana, Vatovavy Fitovinany et Analanjirofo. L'ampleur des accès aigus n'a pu être évaluée. Depuis 2003 jusqu'à la fin de l'année 2011: (i) 2 756 interventions hydrocèles ont été réalisées et (ii) 11 191 lymphoedèmes prise en charge.

Les problèmes rencontrés sont:

- le retard de la mise à l'échelle du DMM;
- le contrôle de morbidité et des complications limité;
- l'insuffisance de financement pour le DMM.

Concernant la lutte contre *les schistosomiasés (urinaire et intestinale)*, 95 districts sont endémiques à la schistosomiase sur les 112 qui existent. La schistosomiase uro-génitale à *Schistosoma haematobium* sévit sur la moitié Ouest et le Nord de l'île, au-dessus de l'isotherme +28°C. La schistosomiase intestinale due à *Schistosoma mansoni* se rencontre sur la partie Est et Sud de l'île et sur les hautes terres centrales, isotherme +18°C. Un système de dépistage par la méthode de sondage binomial Lot Quality Assurance Sampling a été mis en place dans 71 districts sanitaires entre 1999 et 2006. Les autres données ont été obtenues à travers le rapport mensuel d'activités des centres de santé de base. Les résultats montrent que la prévalence de schistosomiase varie de 0 à 95% au niveau des districts sanitaires cibles.

La forte prévalence en schistosomiase a pour causes:

- la faiblesse de l'EC/CCC en matière de lutte contre le péril fécal
- l'absence de lutte contre les gîtes larvaires
- la mauvaise condition d'hygiène de la population.

La neurocysticercose, principale cause d'épilepsie secondaire et de nombreux troubles neuropsychiatriques, constituent un problème de santé à Madagascar due à l'inaccessibilité de la majorité de la population aux moyens diagnostics et à des possibilités thérapeutiques limitées. La prophylaxie axée sur la lutte contre le téniasis constitue donc le meilleur moyen pour combattre ce fléau. Une dose infime de Praziquantel permet de rompre la transmission du *taenia solium* chez l'homme, seule source d'infestation de la cysticercose.

Des enquêtes sérologiques effectuées dans quelques régions de l'île ont montré que la prévalence globale de la cysticercose active à l'échelle du pays se situe autour de 16 %. Elle indique une endémicité à haut niveau et place Madagascar parmi les pays les plus touchés (L'OMS définit une zone endémique à la cysticercose avec une prévalence supérieure à 10%). Les données obtenues montrent une inégale répartition dans les différentes régions de l'île. Ainsi, des études plus étendues seraient nécessaires pour avoir la situation actuelle de l'endémie téniasis/cysticercose. Trente-trois districts sont présumés endémiques dont 16 non co-endémique avec la bilharziose doivent bénéficier d'une campagne de traitement anti-téniasis seule.

Une initiative de conduite d'une Distribution de Masse de Médicaments Généralisée et Intégrée (DMMGI) a été prise par le MSANP en 2010 pour lutter contre les MTN ciblées par la polychimiothérapie préventive. En 2011, il a été effectué une phase pilote ciblant cinq maladies (Filariose lymphatique, Schistosomias, Géohelminthiases, Tunguose, et Taeniasis) au niveau de six régions de l'île (Boeny, Betsiboka, Melaky, Itasy, Bongolava, et Menabe). Faute d'insuffisance de financement pour la mise en œuvre de la campagne, la mise à l'échelle n'était pas effective malgré la dotation régulière des médicaments par des firmes pharmaceutiques en collaboration avec l'OMS.

En matière de lutte contre *la lèpre*, en fin 2006, Madagascar a atteint le seuil de l'élimination de la lèpre avec un taux de prévalence égal à 0,86 pour 10.000 habitants. Par conséquent, elle ne constitue plus un problème de santé publique au niveau national. Toutefois, 12 régions et 43 districts sanitaires n'ont pas encore atteint le seuil de l'élimination en fin 2011. En moyenne, 1500 nouveaux cas de lèpre sont détectés et 1 700 malades suivent le traitement chaque année. La proportion des multi-bacillaires parmi les nouveaux cas tourne autour de 80%; ce qui traduit la persistance de la transmission. Concernant la proportion des infirmités 2 chez les nouveaux cas, une augmentation allant de 9% à 22% de 2006 à 2010 est constatée; pourtant en 2011 la proportion du nombre de cas d'infirmités 2 déclarée a trouvé une diminution mais reste encore élevée (17%). Cette situation traduit le retard de dépistage des malades. La réduction du taux de nouveau cas ayant des infirmités de degré 2 à inférieur 1 pour 1 000 000 d'habitants d'ici fin 2020 est l'objectif général du Programme National de Lutte contre la Lèpre. A cet effet, il est nécessaire de renforcer la détection des cas de lèpre d'une manière précoce, de renforcer le système de surveillance et de la prise en charge adéquate de la maladie, de renforcer les activités de mobilisation sociale et l'implication de la communauté dans la lutte, d'assurer la disponibilité des médicaments, ainsi que la Prévention des Infirmités et la Réadaptation Physique.

Concernant *les maladies virales*, des travaux de recherche récents tendent à montrer que certains virus respiratoires comme les virus grippaux, les virus respiratoires syncytiaux et les rhinovirus entraînent une morbidité communautaire non négligeable et sans doute sous-estimée⁴⁷. En effet, les maladies émergentes et ré-émergentes constituent des causes de morbidité et de mortalité. *La grippe*, responsable d'absentéisme scolaire et au travail, de complication respiratoire et cardio-vasculaire surtout chez les personnes âgées et les enfants en bas âge, sévit pendant toute l'année dans le pays.

⁴⁷ Razanajatovo NH, Richard V, Hoffmann J, Reynes JM, Razafitrimo GM, Randremanana RV, and Heraud JM. Viral Etiology of Influenza-Like Illnesses in Antananarivo, Madagascar, July 2008 to June 2009. PLoS One. 2011 Mar 3;6(3).

Les arboviroses peuvent toucher un nombre considérable d'individus et pouvant entraîner des formes hémorragiques responsables d'une mortalité élevée. Au mois de juin 2013, l'épidémie d'arboviroses avec 109 cas suspects dont 8 cas confirmés dans la Commune Urbaine d'Antsiranana I a été vite contrôlée. Aucun décès n'a été enregistré grâce à la rapidité et l'efficacité de la riposte.

En 2013, une recrudescence alarmante d'épidémie de la *rage humaine* sévit dans le pays par rapport aux cas rencontrés pendant toute l'année 2012: cinq cas en 2012 sur huit au premier trimestre 2013. Plusieurs facteurs rendent difficile la lutte contre la rage à Madagascar:

- la réduction du nombre des Centres de Traitements Antirabiques (CTAR), selon les nouvelles recommandations de l'OMS en 2007 : 27 CTAR fonctionnels dans tout le territoire national;
- la non gratuité de la prophylaxie préexposition pour les personnes à risque;
- l'insuffisance et la cherté de la vaccination contre la rage des chiens et/ou chats domestiques;
- l'augmentation du nombre des chiens errants avec une augmentation parallèle du nombre des morsures des chiens qui sont les principales causes d'exposition;
- la décanisation plus ou moins impossible à cause de la rupture de stock de la strychnine (poison efficace) qui a un coût très élevé;
- l'insuffisance d'observation vétérinaire des animaux mordeurs;
- l'incomplétude et l'insuffisance des textes législatifs régissant la lutte contre la rage (vaccination antirabique des animaux domestiques, rôle de chaque entité non respecté).

Pourtant, une rage déclarée est fatale à 100%. La seule prévention d'une personne exposée à la rage est la vaccination antirabique avec administration d'immunoglobuline pour les exposés de troisième degré.

Enfin, Madagascar est menacé par des épidémies de *fièvres hémorragiques virales* telles que Ebola; ou par la fièvre jaune du fait de conditions éco-épidémiologiques et de sensibilité des populations défavorables. En 2014, 13 567 cas dont 4 951 décès sont recensés dans les huit pays touchés par la maladie à virus EBOLA (1 667 cas et 1 018 décès au Guinée, 6 535 cas et 2 413 décès au Libéria et 5 338 cas et 1 510 décès au Sierra Léone)⁴⁸. Finalement, les menaces les plus importantes à considérer à l'échelle nationale sont constituées par la grippe pandémique dérivant de la grippe aviaire, le choléra et les arboviroses, bien que toutes les autres menaces puissent réapparaître en cas de déficience des services socio-sanitaires, de crise socio-économique grave, d'introduction de l'extérieur ou au décours de toute catastrophe naturelle ou anthropique.

2.2.2.4. Lutte contre les maladies non transmissibles

La situation sanitaire se traduit par l'émergence des Maladies Non Transmissibles (MNT) qui est actuellement devenu un problème de santé publique. Ces MNT regroupent les quatre principales maladies: les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques telles que l'asthme (95% des cas) et les broncho-

⁴⁸ OMS, Rapport sur la situation de l'épidémie de la maladie à virus EBOLA en Afrique, 31 octobre 2014.

pneumopathies chroniques et obstructives (5% des cas). Elles sont liées à quatre facteurs de risque comportementaux communs: le tabagisme, l'alcoolisme, l'alimentation et la sédentarité. La mortalité due aux MNT devrait encore augmenter de 17 % au cours des dix prochaines années, selon les estimations de l'OMS (Global health).

L'hypertension artérielle (HTA) connaît une augmentation constante des cas vus en consultation externe des FS (CSB, CHRD et CHRR/CHU) durant les dernières années. De 148 678 cas en 2009, on arrive à 186 631 cas en 2012⁴⁹. La dernière enquête de prévalence de l'HTA (Enquête STEPS de 2005) a montré que 35,8% des adultes de 25 à 64 ans sont affectés par cette maladie.

Quant au diabète, en 2014, la prévalence du diabète (types I et II) est estimée à 4% (Source: OMS, Rapport annuel, 2014). Le taux de létalité hospitalière est de l'ordre de 9,2% au niveau des CHRD (Source: MSANP, Service des Statistiques Sanitaires, Annuaire des statistiques du secteur santé 2012). Les principaux problèmes sont: (i) la faiblesse du dépistage du diabète, (ii) le coût élevé des traitements, et (iii) la faiblesse de l'EC/CCC sur les facteurs de risques.

Environ 1 400 malades cancéreux sont enregistrés chaque année au niveau des services d'oncologie (Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU Fianarantsoa, Centre Hospitalier de Soavinandriana) dont plus de la moitié (60%) sont vus à des stades déjà avancés. Les cancers gynécologiques dont le cancer du col utérin occupent plus de 50% des cas et viennent ensuite les cancers du sein. En matière de prévention du cancer du col utérin, Madagascar est en phase d'introduction du vaccin anti Human Papilloma Virus chez les fillettes scolarisées de 9 à 13 ans dans deux districts (Toamasina I et Soavinandriana).

Les principales maladies respiratoires chroniques sont l'asthme et les allergies respiratoires. Ces maladies figurent parmi les 10 principales causes de morbidité hospitalière. En outre, en matière de consultation externe de référence, elles occupent le 8^{ème} rang au niveau des CHRD et le 6^{ème} rang (2.1%) au niveau des CHRR/CHU (Source: MSANP, Service des Statistiques Sanitaires, Annuaire des statistiques du secteur santé 2012).

En outre, les troubles mentaux, la drépanocytose, ainsi que les maladies oculaires et bucco-dentaires sont des facteurs importants de morbidité et un fardeau global des maladies non transmissibles mais qui manquent énormément de financement, les partenaires techniques et financiers étant plus enclins à intervenir dans le domaine des maladies transmissibles.

Concernant *les violences et les traumatismes*, l'incidence des traumatismes est très élevée, deuxième rang des causes de consultation curative dans les formations sanitaires. Les principales causes de leur survenue sont les accidents de circulation, les accidents domestiques et les blessures champêtres. Parmi les victimes de traumatismes reçues dans les services d'urgence hospitalière, les accidents de circulation viennent en tête avec 57,4 % des traumatismes au niveau des services des urgences dans les hôpitaux⁵⁰.

Pour les déficiences et facteurs sources d'incapacité et handicap, en se référant à la prévalence mondiale du handicap, on peut estimer à plus de 3 000 000 les personnes en

⁴⁹ MSANP, Service des Statistiques Sanitaires, Annuaire statistiques, 2009, 2010, 2011, 2012.

⁵⁰ MSANP, Service de la Lutte contre les Maladies Liées aux Modes de Vie, OMS, Enquête au niveau des 12 Centres Hospitaliers de Référence, 2010

situation de handicap à Madagascar⁵¹. Chez l'enfant de 2 à 9 ans, un peu plus du tiers de l'ensemble, soit 34,5% des enfants présentaient un risque positif d'incapacité avec une prédominance de l'incapacité liée au développement moteur (14,3%), suivie de celle liée au retard mental (11,6%)⁵². Chez l'adulte, le premier facteur de risque d'incapacité physique est l'HTA, principale cause d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et d'hémiplégie à Madagascar. En effet, le nombre de nouveaux cas d'AVC ne cesse d'augmenter, de 2103 cas enregistrés en 2008 à 3220 en 2010, soit un accroissement de 53% en trois ans⁵³. L'hémiplégie se trouve en tête des cas pris en charge chez l'adulte dans nos services de rééducation.

2.3. PROMOTION DE LA SANTE, COMPORTEMENTS SAINS ET PROTECTION DE LA SANTE

2.3.1. Promotion de la santé

2.3.1.1. Déterminants de la santé

Pendant plusieurs années, le pays a entrepris de nombreux efforts pour le renforcement du programme de promotion de la santé, notamment à travers l'élaboration de la Politique Nationale de Promotion de la Santé (PNPS). Depuis 2013, Madagascar dispose d'un rapport d'analyse de l'équité en santé et des déterminants sociaux et économiques de la santé. A l'issue de ce rapport, l'iniquité prédominante est l'accès aux soins de qualité. Douze déterminants socio-économiques ont été identifiés dont cinq ont été priorisés: (i) développement au cours de la petite enfance; (ii) niveau d'éducation; (iii) accessibilité au service de santé et qualité de services; (iv) conditions de travail; et (v) revenus.

En outre, trois grandes actions primordiales ont été citées: la réduction ou l'élimination des effets néfastes aux principaux déterminants de la santé, l'exploitation des énormes potentialités de certains déterminants de la santé, la promotion de la collaboration intersectorielle et le partenariat public-privé, y compris la société civile et les communautés.

2.3.1.2. Communication et mobilisation sociale

Des plateformes intersectorielles à différents niveaux sont mises en place. En 2014, les 71 membres de ces plateformes sont formés en communication pour le développement (C4D) et suscités pour la mise en œuvre des activités conjointes visant l'atteinte des objectifs sanitaires. Différents manuels et documents de formation pour les agents communautaires ont été développés (prise en charge de PCIMEc, communication, guides de mobilisation, curriculum de formation des AC sur la communication pour le développement, etc.). Tous les AC ciblés dans les 4 districts foyers de peste (Ifanadiana, Mandritsara, Miarinarivo et Moramanga) ont été formés en C4D pour la lutte contre la peste. 91,37% des AC et mobilisateurs des 4 districts de la région Analamanga ont été formés pour le remplissage de cahier de registre communautaire. En 2008, un manuel de formation en plaidoyer pour les 40 pools d'acteurs en promotion de la santé des 4 régions (Vakinankaratra, Haute Matsiatra, Atsinanana et Itasy) a été élaboré.

⁵¹ OMS, Banque Mondiale, Rapport mondial sur le handicap, 2011.

⁵² INSTAT, DDSS, UNICEF, Enquête MICS, 2000.

⁵³ MSANP, Service des Statistiques Sanitaires, Annuaire statistiques, 2010.

Ces dernières années, la collaboration avec les médias pour la diffusion des messages clés des programmes prioritaires a été renforcée, notamment en vue de la gratuité de leur diffusion. C'est une opportunité afin d'assurer la continuité de la communication envers la population. Différents spots et documents d'information du public (304 émissions Feony Fahasalamana par an) ont été produits et diffusés. De même, pour la communication du secteur institutionnel sanitaire vers le public, les médias à tous les niveaux sont sollicités.

L'identification des besoins de la population en matière des supports IEC/CCC par des agents formés s'avère nécessaire. Les renforcements de capacité des utilisateurs des supports identifiés aussi ne seront pas négligeables afin d'obtenir des résultats escomptés. La collaboration avec les autres secteurs est de plus en plus développée, mais demande à être soutenue, notamment pour la mise en œuvre effective des résolutions. Ainsi, le plaidoyer selon le besoin du programme et pour les actions intersectorielles, l'élaboration du Plan Stratégique National de contrôle des Déterminants Sociaux économiques de la Santé constituent les perspectives majeures de la Promotion de la Santé à Madagascar avec l'appui des PTF. Le renforcement des mécanismes de suivi et d'évaluation des activités de la promotion de la santé reste indispensable.

2.3.2. Sécurité alimentaire et qualité des denrées alimentaires.

Le programme de contrôle de la sécurité sanitaire et de la qualité des aliments a été initié par le Ministère en charge de la Santé en 2003 avec un laboratoire de fraude alimentaire. La réglementation des produits alimentaires et non alimentaires (répression des fraudes et contrôle de qualité) qui date de 1905 a été réactualisée. En outre, l'Agence de Contrôle de la Sécurité et Qualité des Denrées Alimentaires (ACSQDA) créée en 2002 a pour mission de protéger la santé des consommateurs en veillant à ce que les denrées alimentaires consommées, distribuées, commercialisées ou produites à Madagascar soient conformes aux normes les plus strictes de sécurité sanitaire et d'hygiène alimentaire. Elle effectue les analyses microbiologiques, physico-chimiques, après que le ministère chargé du commerce ait fait le prélèvement à la douane. Ses activités sont: (i) la délivrance du certificat de consommabilité; (ii) la promotion des bonnes pratiques d'hygiène; (iii) la recension et l'investigation des cas de Toxi-Infections Alimentaires Collectives (TIAC); (iv) l'enregistrement des Etablissements Agro-Alimentaires (EAA) et des Etablissements de Restauration Collective (ERC). Sa mission est limitée au marché local.

En matière d'intoxication alimentaire, le tableau 2 suivant montre l'évolution des intoxications alimentaires de 2009 à 2013.

Tableau 2: Évolution des cas d'intoxication alimentaire à Madagascar de 2009 à 2013

Année	IAC	TIAC	ICAM	Total	Décès
2009	30	785	6	821	8
2010		830	22	852	12
2011	72	1639	507	2218	25
2012	5	910	7	922	8
2013	5	547	144	696	22
TOTAL	112	4 711	686	5 509	75

Source: MSANP, Contrôle de la Sécurité et Qualité des Denrées Alimentaires, 2014.

Dépendamment, l'évolution des intoxications alimentaires reste stationnaire entre 2009 et 2013, sauf en 2011 où le nombre de cas a fait un bond de 2 218 cas recensés dont 507 cas d'Intoxication Collective des Animaux Marins (ICAM). Concernant le contrôle de la qualité des denrées alimentaires, le Ministère chargé de la santé dispose d'Inspecteurs d'Hygiène et de Salubrité des Aliments au niveau des 22 régions. En tant qu'Officier de Police Judiciaire, les Inspecteurs contrôlent les pratiques d'hygiène et de conservation et la qualité des denrées alimentaires et ils sont habilités à verbaliser les restaurants et les gargotes ne respectant pas les normes d'hygiène et de qualité des denrées alimentaires. En outre, des arrêtés communales définissent les normes d'hygiène des gargotes et appliquent des sanctions (fermeture temporaire ou définitive) en cas de non-respect des mesures d'hygiène dans les communes d'Antananarivo.

Les principaux problèmes en matière de sécurité et qualité des denrées alimentaires sont:

- le manque d'IEC en matière de lutte contre les TIAC et les ICAM;
- l'absence de texte réglementaire définissant les normes de confection, d'hygiène et de conservation des aliments vendus dans les gargotes et les restaurants;
- la faible coordination entre les différents départements ministériels dans le cadre de l'inspection de la salubrité des aliments vendus dans les épiceries et au niveau de gargotes et des restaurants;
- le manque de matériels de laboratoire et de réactifs du laboratoire de fraudes alimentaires.

2.3.3. Santé et environnement

Selon l'OMS, la santé et environnement sont l'ensemble des aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement⁵⁴.

A Madagascar, 66 000 décès évitables ont été causés par des problèmes relatifs à l'environnement⁵⁵. Les maladies liées à l'environnement sont multiples et variées. Elles peuvent être directement et indirectement causées par la variation des différentes composantes de l'environnement ou par la perturbation de l'interaction entre ces différents éléments.

Selon l'Analyse Situationnelle et l'Estimation des Besoins de Madagascar en matière de Santé et Environnement de 2010, les facteurs responsables des maladies liées à l'environnement sont:

- la pollution de l'air ambiant et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations et du milieu de travail qui constituent les principaux facteurs de risque des maladies respiratoires,
- l'émission des gaz à effet de serre entraîne le changement climatique accentuant la fréquence et l'intensité des phénomènes météorologiques extrêmes (cyclone, inondation, sécheresse, etc.) responsable de la prolifération des rongeurs et des vecteurs nuisibles à l'origine des épidémies du paludisme, de la peste et des maladies émergentes et ré émergentes comme les arboviroses (dengue, chikungunya, etc.),

⁵⁴ OMS, site : www.santé-environnement-travail.fr/ministie-php3?id_rubrique,1994.

⁵⁵ OMS, site : www.unep.org/roa/hesa/portels/66/hesa/.../sana-Madagascar, 2007.

- la pollution de l'eau due à la mauvaise gestion des déchets et la non utilisation des latrines hygiéniques sont responsables des maladies diarrhéiques et des maladies de la peau,
- la pollution du milieu due à la mauvaise gestion : (i) des produits chimiques et des pesticides à l'origine des malformations congénitales, des troubles de la croissance, des cancers et des maladies dégénératives ; (ii) des différents types et sources de déchets susceptibles d'engendrer des risques sanitaires et environnementaux ;
- la dégradation de l'environnement d'origine climatique ou humaine, source d'insécurité alimentaire qui est le principal facteur de malnutrition autant chez l'adulte que chez l'enfant ;
- le contexte économique et psychosocial dans lequel vit la population engendre des problèmes psycho sanitaires liés au mode de vie à l'origine des maladies telles que le diabète, l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux, les suicides et les stress.

En 2011, Madagascar dispose d'une Politique Nationale de Santé et Environnement dont la mise en œuvre est conjointement menée par différents acteurs: les ministères chargés de l'environnement, de l'eau et de la santé, les ONG, la société civile, le secteur et les communautés locales.

Les interventions en santé et environnement au sein du MSANP sont sous la coordination et avec l'appui technique du Service de la Santé et Environnement, notamment en matière d'EAH. Les principales activités en EAH sont: (i) la promotion de l'utilisation de source d'eau améliorée, (ii) la promotion de l'utilisation des latrines avec dispositif de lavage des mains, (iii) la sensibilisation de masse sur les pratiques d'hygiène, et (iv) la lutte contre la défécation à l'air libre, et la construction de bloc sanitaire au niveau des CSB.

En 2012, le taux d'utilisation des latrines par la population a connu pour la première fois depuis 2007, une légère amélioration atteignant 46,1% contre 45,5% en 2011 (Source: VPEI, Rapport de mise en œuvre des programmes, 2012). En matière d'accès à des sources d'eau potable améliorée, le taux est de 27,70% en 2012 (Source: INSTAT, ENSOMD 2012) alors que l'OMD est de 68% en 2015.

Les problèmes rencontrés en matière de santé et environnement sont liés à:

- la faible capacité d'EC/CCC en EAH de responsables des formations sanitaires et des AC;
- l'existence des us et coutumes en contradiction avec les bonnes pratiques en EAH;
- la faiblesse du financement pour la mise à l'échelle des mesures d'hygiène et d'assainissement au niveau des formations sanitaires.

2.3.4. Gestion des risques et des catastrophes

L'île de Madagascar est exposée à de nombreuses catastrophes naturelles telles que les cyclones, les inondations, la sécheresse, les épidémies/pandémies et auxquelles s'ajoutent les incendies et les invasions acridiennes. La dernière saison cyclonique la plus intense remonte à 2007-2008, avec le passage d'un cyclone tropical de catégorie 4, ayant affecté directement environ 525.000 personnes et dont les dommages et pertes ont été estimés à 333 millions de \$US. Plus généralement, le pays a enregistré 46 désastres naturels affectant

cumulativement plus de 11 millions de personnes au cours des 35 dernières années, causant des dommages estimés à 1 milliard \$US.

Des études menées en 2008 par la Direction de la Météorologie Malagasy sur les changements climatiques prévoient, pour les 50 prochaines années, une plus grande intensification des cyclones dans le bassin Sud-Ouest de l'Océan Indien, dans lequel se trouve Madagascar, ainsi qu'une abondance des précipitations.

En moyenne, quatre cyclones par an touchent le pays. En 2012, lors de passage des cyclones GIOVANNA ET IRINA, 109 formations sanitaires publiques ont été touchées dont 29 sont complètement détruites⁵⁶. Le reste était soit partiellement détruit ou décoiffé. Au cours de la saison cyclonique de 2013, le passage du cyclone tropical HARUNA a affecté plus de 41 600 personnes⁵⁷. En début de cette année 2014, une zone de convergence intertropicale dans la partie Sud-Ouest, Centre Ouest et Nord-Ouest du pays a menacé la population dans 15 régions. Deux cyclones tropicaux sont passés aussi dans le voisinage de Madagascar. En plus des dégâts humains, des dégâts matériels sont constatés surtout au niveau des formations sanitaires publiques.

Enfin, des incendies ravagent régulièrement des petits villages dans le pays. En 2011, 14 cas d'incendies font l'objet des interventions du MSANP.

En termes de capacités de réponse à ces catastrophes, quelle que soit leur nature, le pays dispose (i) d'une soixantaine d'ONG, dont une vingtaine internationales, qui ne couvrent pas évidemment toutes les zones à risque ; et (ii) d'environ 15.000 agents humanitaires directs dont 14.000 volontaires de la croix rouge basés au niveau de la communauté, 400 à 500 agents des agences onusiennes, ONG et des ministères confondus, 192 éléments de corps de protection civile et 238 pompiers secouristes⁵⁸. Ce qui est très insuffisant en cas de catastrophe majeure pour les 20 millions d'habitants répartis sur 587.047 km². Sur le plan couverture sanitaire, chaque région dispose de service mobile d'intervention doté de matériel roulant et d'intrants généralement acquis par le budget de l'Etat. Au niveau national, le service en charge des interventions au sein du MSANP assure l'appui des structures régionales par des intrants et de matériels techniques sous forme de pré positionnement effectué annuellement et par des interventions sur terrains.

2.4. DIAGNOSTIC, ENJEUX ET DÉFIS.

Suite à l'analyse de chaque pilier du système de santé et l'identification des principaux problèmes, des goulots d'étranglement importants ou points de blocage sont identifiés et ayant comme trame de fond l'état de grande pauvreté, conséquence des crises sociopolitique successives, et les comportements socioculturels négatifs de la communauté (refus de changement de comportement, discrimination et stigmatisation). Certains de ces goulots ont une dimension transversale:

- insuffisance et inadéquation de l'approche communautaire liée à: (i) une manque de coordination et d'harmonisation des interventions des agents communautaires, (ii) une manque d'harmonisation des modalités de

⁵⁶ MSANP, Direction des Urgences et de Lutte contre les Maladies Négligées, Rapport Annuel d'Activité, 2012.

⁵⁷ Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, Bureau National de la Gestion des Risques et Catastrophes, Rapport sur la situation du passage du cyclone HARUNA, 2013.

⁵⁸ Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, Bureau National de la Gestion des Risques et Catastrophes, Rapport sur la situation du passage du cyclone HARUNA, 2013.

- recrutement et de motivation des AC, (iii) une insuffisance d'appui et de support pour les AC, et (iv) une faible dissémination et appropriation des documents cadres de la PNSC par les acteurs;
- insuffisance de la qualité des soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, principalement en termes de: (i) accueil des patients, (ii) disponibilité de plateaux techniques conformes aux normes, et (iii) disponibilité de ressources financières en conformité avec les besoins des centres de soins;
 - insuffisance de ressources humaines tant en quantité qu'en qualité;
 - répartition inéquitable des ressources humaines au détriment des zones périphériques;
 - démotivation du personnel de santé par des salaires insuffisants, par le manque d'un système de reconnaissance de la performance;
 - mauvaise gestion des ressources humaines à tous les niveaux;
 - faible maîtrise du circuit d'approvisionnement, de distribution et de gestion des intrants par les prestataires à tous les niveaux;
 - défaillance du système d'information sanitaire en rapport à des problèmes de rapportage des données (multiplicité des rapports, faible complétude et promptitude des rapports), de la qualité et de la sous-utilisation des informations à tous les niveaux;
 - insuffisance de capacités institutionnelles du MSANP en matière de suivi-évaluation et de recherche en santé;
 - faiblesse de la promotion de la santé et des activités préventives en santé et environnement, en rapport avec: (i) une faible maîtrise des supports IEC/CCC par les utilisateurs communautaires et ceux des formations sanitaires, (ii) une faible maîtrise des activités de plaidoyer, (iii) l'absence de stratégie de communication adaptée à chaque catégorie de cibles, et (iv) un faible financement des activités de promotion de la santé, en particulier, par manque d'adhésion et d'appropriation des PTF.

Quant aux autres, ils sont reliés à des programmes spécifiques:

- difficultés d'intégration des activités de formation et de supervision des programmes verticaux;
- insuffisance de couverture sanitaire pour l'accès universel aux soins et services de santé de la reproduction de qualité et à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile: la planification familiale, la consultation prénatale recentrée, l'accouchement assisté par un personnel qualifié, les SONU, le Programme Elargi de Vaccination (PEV), la PCIME et la nutrition;
- faiblesse de la prise en charge des principales maladies transmissibles, non transmissibles et des déficiences et incapacité liée à l'insuffisance de financement (achat des intrants et des matériels, campagnes de masse de prévention et de traitement) et à la qualité des prestations;
- faible fonctionnalité de la référence contre référence entravant la continuité et la qualité des services.

Il importe aussi de relever les contraintes majeures suivantes:

- le sous financement du secteur et l'inefficacité de l'aide au développement du secteur santé;
- la faiblesse du leadership et de la gouvernance à tous les niveaux du système de santé;

- la faible participation de la communauté et de la société civile aux activités curatives et promotionnelles, y compris la référence des cas compliqués mettant en jeu l'état de santé de la mère et de l'enfant;
- les carences dans la gestion et la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements.

Ces aspects sont à prendre en considération pour donner plus d'efficacité à la réalisation des interventions et des activités à haut impact sur lesquelles le MSANP entend concentrer son attention en vue de la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, de la lutte contre les principales maladies et au-delà, de l'atteinte des ODD 2015-2030⁵⁹.

En effet, les enjeux en matière de réduction des morbidités et mortalités maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile consistent à maintenir les gains et capitaliser les acquis. Des mesures correctrices devront être menées pour améliorer la couverture vaccinale et l'opérationnalisation des sites de PCIME communautaires et cliniques et des CREN (dotation en personnels, intrants et équipements). En outre, les enjeux principaux concernant la santé de la mère résident sur les stratégies qui priorisent le renforcement des actions de plaidoyer pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (ARMMN), la focalisation des efforts vers les interventions à haut impact notamment celles qui ont trait à la période pré et post accouchement.

Pour le programme VIH/SIDA, l'enjeu est la diminution ou l'arrêt de l'expansion du virus au sein de la population, en particulier à l'intérieur des groupes de population les plus exposés au risque. En outre, beaucoup d'efforts doivent être entrepris pour assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/SIDA.

Concernant le paludisme, le grand enjeu de la lutte actuelle concerne la préservation des acquis et l'amélioration de façon harmonieuse des situations épidémiologiques entre toutes les régions pour espérer l'élimination de cette maladie à Madagascar.

Pour la lutte contre la tuberculose, les enjeux sont la diminution de l'abandon au traitement et la poursuite du financement du programme.

Les autres enjeux majeurs du système de santé sont: (i) le leadership et la gouvernance à tous les niveaux, (ii) le recadrage institutionnel rigoureux, (iii) la qualité des soins et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, (iv) la valorisation des ressources humaines, (v) la mobilisation et la politique d'allocation des ressources adéquates, et (vi) la culture de performance.

En ce qui concerne les ODD, l'enjeu se focalisera surtout sur l'engagement de tous «à œuvrer en faveur d'un monde juste et équitable et à travailler ensemble en faveur d'une croissance économique durable qui profite à tous, du développement social et de la protection de l'environnement dans l'intérêt de tous, et en particulier des enfants de par le monde, des jeunes et des générations futures, sans distinction d'âge, de sexe, de handicap, de culture, de race, d'appartenance ethnique, d'origine, de statut migratoire, de religion et de statut économique ou autre»⁶⁰.

⁵⁹ <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/beyond2015.shtml>

⁶⁰ ONU, Rapport du Groupe de travail ouvert de l'Assemblée générale sur les ODD, août 2014.

En définitive, les défis ci-après apparaissent particulièrement importants pour l'atteinte des objectifs du PDSS:

- l'équité dans l'accès aux soins préventifs et curatifs de qualité, notamment en matière de lutte contre les maladies transmissibles et dans le cadre de la survie de la mère et de l'enfant;
- le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux du système de santé;
- l'implication soutenue de la communauté, des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), de la société civile et des PTF;
- le financement équitable, partagé et durable des coûts de développement du système de santé.

III. PRIORITÉS STRATÉGIQUES EN MATIÈRE DE SANTE

3.1. PRIORITES SANITAIRES

Depuis deux décennies, beaucoup d'efforts ont été menés pour améliorer l'état de santé de la population, mais la situation sanitaire du pays demeure préoccupante à l'examen des problèmes et contraintes qui laissent entrevoir un certain nombre de priorités à relever. Au regard de cette situation, et pour tendre vers la CSU, les priorités sanitaires suivantes méritent une attention toute particulière:

- le renforcement de la participation communautaire qui nécessite l'amélioration de la gestion des ressources humaines communautaires et l'appropriation des intervenants à la PNSC;
- l'offre d'un PMA pour les formations sanitaires de base et d'un PCA pour les centres de référence, qui identifie ce que le système de santé doit fournir:
 - ✓ - la gamme de soins à tous les niveaux ;
 - ✓ - les plateaux techniques nécessaires au dépistage, aux traitements des maladies;
 - ✓ - les intrants de santé.
- la stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux;
- la couverture équitable et de qualité en infrastructures sanitaires;
- l'amélioration du financement du secteur qui requiert la participation effective du Gouvernement, des PTF, de la Société Civile, des CTD et de la communauté au financement des interventions sanitaires de façon coordonnée et efficace;
- la décentralisation/déconcentration du système de santé qui suppose le transfert des ressources et des responsabilités associé à un transfert de l'autorité vers les SDSP et les DRSP.
- l'amélioration du SIS qui nécessite l'acquisition des données sanitaires fiables, promptes et disponibles à toutes les parties prenantes du secteur;
- l'amélioration de la santé maternelle et infantile qui suppose: (i) la priorité donnée à la mise en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction des mortalités infantile et maternelle, (ii) la participation effective des parties prenantes tant sur le plan technique que financier, et (iii) l'engagement du gouvernement à promouvoir les stratégies de réduction de la mortalité infantile et maternelle;
- la lutte contre les principales maladies transmissibles (VIH/SIDA, paludisme et tuberculose) qui exige des ressources humaines qualifiées et financières pour son éradication ou l'inversion de sa tendance actuelle;
- le renforcement de la lutte contre les MER et MTN, les MNT et la gestion des risques et catastrophes, qui exige des ressources humaines qualifiées, matérielles et financières afin de réduire leur importance en tant que problème de santé publique;
- le renforcement des interventions dans le cadre de la promotion et de la protection de la santé.

Ainsi, les grandes priorités du Ministère de la Santé se portent essentiellement sur:

1. l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néo-natale et infantile;
2. la mise en œuvre de la CSU;
3. le renforcement du système de santé, en particulier les ressources humaines ;
4. le développement du partenariat.

Le plan de mise en œuvre précisera les séquences et les coûts y afférents.

3.2. VISION-OBJECTIF GENERAL

Compte tenu des priorités évoquées dans l'analyse de la situation ainsi que dans la perspective de la souscription aux ODD 2015-2030, le MSANP s'est fixé comme vision « **En 2030, l'ensemble de la population malgache est en bonne santé dans un environnement sain, ayant une vie meilleure et productive** ».

L'objectif général est **de participer pleinement à la lutte contre la pauvreté et au redressement socio-économique du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population.**

3.3. AXES PRIORITAIRES, OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Afin de concrétiser sa vision pour le bien-être de la population dans les prochaines années à venir, le MSANP a déterminé les axes prioritaires, les objectifs globaux ainsi que les objectifs spécifiques du plan et ce, conformément à la Politique Générale de l'État et au Plan National de Développement du pays.

Résultant des priorités sanitaires assignées au PDSS, six axes prioritaires: (i) *l'amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux;* (ii) *la stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux;* (iii) *le renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé;* (iv) *l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant;* (v) *le renforcement de la lutte contre les maladies;* et (vi) *promotion des comportements sains et protection de la santé;* ont été retenus par le Ministère chargé de la Santé afin d'améliorer la situation sanitaire actuelle et d'inverser la tendance à la baisse des principaux indicateurs de santé à moyen terme.

Les objectifs globaux définis, ainsi que les différents objectifs spécifiques visés, résultent des problèmes et des enjeux identifiés dans l'analyse de la situation (Tableau 3). Ils traduisent la volonté de tendre vers la CSU et mettent en exergue les solutions préconisées pour résoudre les problèmes de santé de la population et aboutir à une meilleure efficacité du système de santé. Enfin, pour faire face aux problèmes prioritaires et urgents issus de l'analyse de la situation, des interventions prioritaires à réaliser à court terme et à moyen terme seront mentionnées dans le tableau des axes prioritaires.

Tableau 3: Tableau synoptique des axes prioritaires du PDSS 2015-2019

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
3.3.1. <u>Amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux</u>		
<p>Objectif Global 3.3.1.1: Optimiser l'offre de service et des soins de base de qualité</p>	<p>Objectif spécifique 3.3.1.1.1: Rendre effective la dispensation des PMA à 80% des formations sanitaires en mettant l'accent sur l'offre intégrée</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des compétences de façon continue d'au moins 80% des prestataires de service de santé - Mise en place des normes des plateaux techniques au niveau des formations sanitaires permettant de mettre en œuvre le PMA - Renforcement de l'application des précautions universelles dans les formations de santé <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise aux normes des plateaux techniques au niveau des formations sanitaires permettant de mettre en œuvre le PMA - Continuum de soins à travers la disponibilité des services intégrés au niveau des formations sanitaires
	<p>Objectif spécifique 3.3.1.1.2: Assurer la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vulgarisation des documents de référence en matière de santé communautaire (Guide PAC, PNSC, Guide de mise en œuvre PNSC) - Renforcement des compétences des AC en guide PAC - Organisation de réunions annuelles des acteurs du niveau communautaire au niveau des 22 DRSP <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement continu des capacités des AC - Développement de mécanismes de motivation basés sur les performances pour les AC - Mise en œuvre d'un système de suivi efficace des interventions des ONG - Élaboration du répertoire des ONG travaillant dans le secteur communautaire

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
	<p>Objectif spécifique 3.3.1.1.3: Améliorer l'intégration, la coordination et la complémentarité des services sanitaires publics, privés et communautaires</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réactualisation des directives et des dispositifs en matière de référence contre référence et suivi de leur application <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement des systèmes de référence/contre référence adaptés aux réalités locales avec application des initiatives communautaires - Développement et mise en œuvre de l'approche réseau de soins - Développement du partenariat public privé pour améliorer l'offre - Mise en place de cases d'hébergement pour les accompagnants au niveau des centres de référence
<p>Objectif Global 3.3.1.2: Améliorer la capacité des hôpitaux de référence à prendre en charge les cas référés selon le PCA</p>	<p>Objectif spécifique 3.3.1.2.1: Assurer la prise en charge correcte des cas référés au niveau des CHRD/CHRR/CHU</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place des normes des plateaux techniques au niveau des hôpitaux permettant de mettre en œuvre le PCA - Mise en œuvre de l'assurance qualité au niveau des hôpitaux de référence - Dotation en personnels de santé en quantité et qualité au niveau des hôpitaux de référence - Organisation de réunion semestrielle des hôpitaux de référence des régions <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation progressive du budget alloué aux hôpitaux de référence - Mise aux normes des matériels et équipements des hôpitaux de référence - Disponibilité de matériels roulants (ambulance) au niveau des hôpitaux de référence - Mise à l'échelle des soins humanisés au niveau des hôpitaux de référence - Poursuite de la dotation en personnels de santé des hôpitaux de référence - Poursuite de la mise en œuvre de l'assurance qualité au niveau des hôpitaux de référence

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
3.3.2. Stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux		
<p>Objectif global 3.3.2.1: Améliorer l'utilisation des services et des soins par la population à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p>	<p>Objectif spécifique 3.3.2.1.1: Renforcer la mise en œuvre de la promotion de la santé orientée vers les stratégies qui concourent à la stimulation de la demande</p>	<p>A court et moyen termes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les connaissances et la prise de conscience des leaders traditionnels et de la population sur l'utilité et l'utilisation des structures d'offre de services et de soins - Renforcement des compétences des AC et des AS en technique de CCC et en C4D - Sensibilisation de la population sur les problèmes de santé et sur l'utilité des services de santé par les AS et les AC - Renforcement de l'éducation pour la santé - Amélioration des structures d'accueil des malades et leur famille au niveau des hôpitaux de référence (case d'hébergement) - Promotion de l'engagement du genre masculin sur l'utilité et l'utilisation des structures de santé - Renforcement du leadership en fournissant les orientations et l'assistance nécessaires dans le développement et dans la mise en œuvre de la promotion de la santé, basée sur les priorités nationales - Promotion de l'utilisation des stratégies de promotion de la santé et ses cinq niveaux d'action pour le développement - Développement d'une base de données factuelle et de la recherche opérationnelle en promotion de la santé ; - Mobilisation des ressources et du soutien politique pour la promotion de la santé. - Mise en place d'un système de mobilisation sociale
3.3.3. Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé		
<p>Objectif global 3.3.3.1: Renforcer le leadership et la bonne gouvernance du secteur indépendamment de tout changement institutionnel</p>	<p>Objectif spécifique 3.3.3.1.1: Assurer la réactualisation des documents de politiques, stratégiques et des textes législatifs et réglementaires afférents à l'organisation et à la gestion du système de santé</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour de la Politique Nationale de Santé <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Révision des textes législatifs et réglementaires - Elaboration et/ou mise à jour des documents de politique et stratégiques

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
	<p>Objectif spécifique 3.3.3.1.2: Assurer la bonne gestion du système de santé à tous les niveaux</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation des formateurs en leadership et en management - Formation en leadership et en management des cadres du niveau central, des responsables régionaux et de districts - Mise en place des manuels de gestion à tous les niveaux <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des critères de performance managériale à tous les niveaux
	<p>Objectif spécifique 3.3.3.1.3: Rendre effective la bonne gouvernance à tous les niveaux</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réactualisation et application des outils et mécanismes de planification, de suivi, de supervision de contrôle et d'audit à tous les niveaux <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration, mise à l'échelle et application des outils et mécanismes de redevabilité sociale - Élaboration, mise en œuvre et suivi des dispositifs organisationnels et managériaux adaptés aux défis du secteur (décentralisation, contractualisation, financement basé sur les résultats et autres réformes du secteur)
	<p>Objectif spécifique 3.3.3.1.4: Renforcer la collaboration intersectorielle et du partenariat dans le secteur de la santé</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration et mise en œuvre des cadres appropriés de concertation et de planification - Reprise de l'initiative IHP+ (compact 2015-2019, évaluation conjointe du PDSS, revue conjointe des réalisations du secteur) <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement d'un cadre de partenariat avec les prestataires du secteur privé, la communauté et la société civile
<p>Objectif global 3.3.3.2: Renforcer la mise à disposition équitable des ressources humaines suffisantes, compétentes et adaptées aux besoins du secteur.</p>	<p>Objectif spécifique 3.3.3.2.1: Assurer la mise en place d'un système de gestion efficace des RH</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publication et mise en œuvre du Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS) - Réactualisation et mise en œuvre des textes juridiques requis pour le déploiement du PNDRHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire - Remise à niveau des responsables de l'EMAD et des régions en gestion des ressources humaines - Mise en place du système d'information des ressources humaines en santé à tous les niveaux

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
		<p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du système d'information des ressources humaines en santé à tous les niveaux - Élaboration et mise en œuvre des outils de suivi et d'évaluation du PNDRHS - Élaboration et mise en œuvre d'un système de motivation basé sur la performance des agents de santé - Renforcement de la décentralisation de la gestion des ressources humaines relative aux actes administratifs - Mise en place d'un mécanisme de gestion des ressources humaines harmonisée et intégrée impliquant la redevabilité des responsables déconcentrés - Mise en place d'un système de gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences
	<p>Objectif spécifique 3.3.3.2.2: Assurer la mise aux normes en ressources humaines de santé à tous les niveaux</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réactualisation et mise en œuvre des normes et standards des compétences ressources humaines en santé à tous les niveaux - Réalisation d'un inventaire des besoins actuels en ressources humaines des services et des formations sanitaires au niveau de chaque région et redéploiement des personnels en fonction des effectifs disponibles pour chaque catégorie - Recrutement et affectation des personnels de santé par rapport aux besoins à tous les niveaux - Mise en place et mise en fonction d'un comité interministériel assurant l'adéquation des curricula des établissements de formation du personnel de santé (publics et privés) répondant aux besoins de compétence du secteur <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités du personnel de santé selon les besoins des structures - Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de formation initiale et continue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	<p>Objectif spécifique 3.3.3.2.3: Assurer l'incitation et la fidélisation des AS dans les zones éloignées et enclavées</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un système d'incitation et de motivation des personnels de santé affectés dans les zones rurales et enclavées <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de l'opération et réajustement des mécanismes d'incitation

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
<p>Objectif global 3.3.3.3: Renforcer le système d'information sanitaire</p>	<p>Objectif spécifique 3.3.3.3.1: Renforcer le cadre institutionnel pour la coordination du SIS afin de garantir la fiabilité et l'utilisation des données à tous les échelons</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réactualisation des textes /guides /normes relatifs à la mise en œuvre du SIS - Mise en place ou renforcement des structures de coordination du SIS au niveau des régions et des districts
	<p>Objectif spécifique 3.3.3.3.2: Assurer la gestion rationnelle du SIS intégré</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour du document d'indicateurs essentiels de base et optionnels selon les besoins des programmes de santé - Intégration dans un système d'information unique les sous-systèmes ou sous composantes existantes (GESIS des formations sanitaires, de la gestion des ressources humaines) - Mise en place de nouveaux sous-systèmes intégrant les informations utiles aux programmes de santé selon les indicateurs essentiels de consensus (GESIS Communautaire, Banque de Données Ressources, carte sanitaire) - Mise en place de la gestion informatisée du patient (actes, parcours de soins, gestion des pharmacies et facturation des frais de séjour) - Amélioration du système de rapportage en milieu hospitalier (GESIS hospitalier) répondant aux besoins des utilisateurs - Amélioration de la disponibilité permanente des outils de gestion en matière de SIS à tous les niveaux <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement d'un système d'information et de retro information périodique prompte et adapté aux différents utilisateurs à tous les niveaux du système de santé
	<p>Objectif spécifique 3.3.3.3.3: Assurer la disponibilité et la fonctionnalité en matériels TIC à tous les niveaux</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des équipements informatiques performants à tous les niveaux - Promotion de l'utilisation de la téléphonie mobile pour l'envoi des informations urgentes et communications ponctuelles <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des dispositifs de diffusion des informations sanitaires (site web, visioconférence, télémédecine, etc.) - Opérationnalisation de l'Observatoire National du Cyber Santé

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
	Objectif spécifique 3.3.3.3.4: Améliorer le système de suivi-évaluation à tous les niveaux	A court terme: <ul style="list-style-type: none"> - Redynamisation de l'unité de suivi-évaluation du niveau central, régional et district - Évaluation unique et conjointe des stratégies nationales de santé (JANS) - Mise en œuvre des revues conjointes annuelles du secteur A moyen terme: <ul style="list-style-type: none"> - Révision et mise en application du guide de suivi-évaluation - Diffusion des rapports trimestriels et annuels du MSANP aux instances supérieures
	Objectif spécifique 3.3.3.3.5: Renforcer les capacités institutionnelles et opérationnelles du MSANP dans le domaine de la recherche	A court terme: <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de capacités de l'équipe technique pour l'élaboration des Comptes Nationaux de Santé 2013 (CNS) - Mise en place de base de données de recherche en santé A moyen terme: <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du mécanisme de coordination de la recherche - Promotion de la culture de recherche à tous les niveaux
Objectif global 3.3.3.4: Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des infrastructures sanitaires, des équipements et intrants de santé	Objectif spécifique 3.3.3.4.1: Réduire de 50% les disparités régionales en termes de couverture sanitaire	A court et moyen termes: <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de textes juridiques régissant la réglementation de la couverture sanitaire afin d'assurer la complémentarité entre le système public et le système privé - Réactualisation de la carte sanitaire - Amélioration de la couverture en CSB répondant aux normes - Amélioration de la couverture en CHRD avec chirurgie
	Objectif spécifique 3.3.3.4.2: Assurer la mise aux normes de 70% des infrastructures sanitaires	A court et moyen termes: <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de plan prévisionnel pluriannuel des infrastructures et des équipements - Mise en place d'une coordination entre le Service des Infrastructures, de la Logistique et du Patrimoine et le niveau périphérique concernant l'implantation et l'entretien de bâtiments - Respect des besoins en équipements par rapport aux dotations de programmes - Amélioration des infrastructures existantes à tous les niveaux (entretien, maintenance, réhabilitation) - Construction de nouvelles infrastructures - Renforcement des plateaux techniques des formations sanitaires - Dotation des formations sanitaires et établissements publics en matériels roulants (moto, ambulance) - Maintenance des équipements sanitaires des formations sanitaires

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
	<p>Objectif spécifique 3.3.3.4.3: Promouvoir la disponibilité continue des intrants de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de la politique nationale pharmaceutique - Élaboration des textes réglementaires, manuel de procédures intégrées en matière de gestion de FANOME et de la gestion des intrants de santé - Actualisation et redynamisation du PAIS en tenant compte l'acquisition, acheminement et stockage des intrants de santé des hôpitaux et des programmes verticaux - Mise à l'échelle du «Malagasy CHANNEL» nouvelle version au niveau des SDSP et DRSP - Renforcement de la capacité de tous les acteurs en gestion logistique rationnelle des intrants de santé à tous les niveaux - Contrôle et audit des unités de pharmacie des centres hospitaliers, PhaGDis, PhaGeCom <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aménagement de magasin de stockage de capacité suffisante au niveau des antennes SALAMA - Aménagement de magasin de stockage pour les intrants de santé à tous les niveaux - Facilitation de l'acquisition des médicaments essentiels génériques et intrants de santé en plus de ceux inscrits dans la Liste Nationale des Médicaments Essentiels et des Intrants de Santé pour les hôpitaux
<p>Objectif global 3.3.3.5: Renforcer le financement du secteur pour assurer l'accessibilité aux soins de la population surtout la couche la plus vulnérable</p>	<p>Objectif spécifique 3.3.3.5.1: Amener les parties prenantes à s'aligner à l'objectif d'Abuja par une augmentation soutenue du budget alloué à la santé d'au moins 2% du budget national par an</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2015-2019 (CDMT) - Organisation d'une conférence budgétaire avec le MFB et des PTF (présentation du PDSS et du CDMT)
	<p>Objectif spécifique 3.3.3.5.2: Optimiser l'utilisation efficiente et rationnelle du budget de l'État à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p>	<p>A court et moyen termes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration et mise en application d'un manuel de gestion financière et administrative - Renforcement des contrôles internes et des audits financiers - Élaboration et mise en application des critères de répartition/allocation des ressources financières à tous les niveaux et en fonction de la performance/résultats atteints

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
	Objectif spécifique 3.3.3.5.3: Développer un cadre de coordination élargie de l'aide	A court terme: - Revitalisation de l'initiative IHP+
	Objectif spécifique 3.3.3.5.4: Améliorer le mécanisme de financement du FANOME et des fonds d'équité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	A court terme: - Renforcement du système d'information sur le FANOME et du FE - Optimisation de l'utilisation du FE (participation élargie au financement du FE et augmentation de la liste des utilisateurs) A moyen terme: - Mise en place du système de monitoring et de contrôle du FANOME - Audit périodiques des unités de pharmacie, PhaGDis, PhaGeCom par les équipes managériales de région et les EMAD - Motivation des membres du CoGe
	Objectif spécifique 3.3.3.5.5: Développer un système de prépaiement constitué par des mutuelles de santé et autres mécanismes innovateurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	A court et moyen termes: - Redynamisation et mise à l'échelle des mutuelles de santé - Mise à l'échelle du système de voucher - Étude de faisabilité de l'assurance maladie obligatoire A moyen terme: - Mise en place d'un projet pilote d'assurance maladie obligatoire - Mise en place d'un mécanisme de prise en charge gratuite des victimes de Violence Basée sur le Genre (VBG) - Développement des mécanismes de prime de performance des prestataires - Mise en place de la Couverture Santé Universelle
3.3.4. Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant		
Objectif global 3.3.4.1: Renforcer la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale	Objectif spécifique 3.3.4.1.1: Accroître la demande en services de santé de la mère et du nouveau-né	A court et moyen termes: - Actualisation et renforcement des cadres politique et organisationnel du programme - Renforcement des activités de plaidoyer et de sensibilisation en santé maternelle et néonatale (CARMMA) - Renforcement de la communication sur les soins maternels et néonataux à tous les niveaux par des campagnes et des journées de sensibilisation sur la Santé Maternelle et Infantile, la promotion des pratiques des communautés sur les soins maternels et néonataux à domicile - Renforcement de la participation communautaire à la facilitation de l'accès aux

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
		soins
	<p>Objectif spécifique 3.3.4.1.2: Améliorer l'accessibilité à des soins complets et de qualité en santé maternelle et néonatale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformation de 50 CSB en SONUB et 10 CHRR/CHRD avec chirurgie en SONUC avec équipements aux normes - Renforcement des compétences et des performances des AC et des AS en soins maternel et néonatal y compris au niveau des nouveaux SONU - Mise en œuvre de soins maternels, néonataux complets et de qualité au niveau des formations sanitaires (CPN recentrée, accouchement assisté par personnel qualifié, soins post avortement, Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), dépistage de la syphilis, soins essentiels du nouveau-né,...) et prise en charge des victimes des violences basées sur le genre. - Mise à l'échelle des interventions pilotes à haut impact sur la mortalité maternelle et néonatale (Chlorhexidine, misoprostol,...) - Amélioration de l'accès aux services des soins obstétricaux à travers le développement d'un système de référence contre référence efficace et adapté aux réalités locales - Renforcement de la dotation de KIA et des intrants opération césarienne au niveau des formations sanitaires. - Recrutement de 600 paramédicaux et sages-femmes - Renforcement de la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformation de 144 CSB en SONUB et 12 CHRR/CHRD avec chirurgie en SONUC avec équipements aux normes - Mise à l'échelle de la surveillance et de l'audit de décès à tous les niveaux - Amélioration de l'enregistrement des naissances et des décès au niveau communautaire - Amélioration de la couverture nationale sur la prise en charge de l'infécondité et de la ménopause - Renforcement de la prévention du cancer du col utérin y compris la vaccination anti- Human Papilloma Virus et le dépistage par l'inspection visuelle à l'acide acétique et le traitement des lésions précancéreuses par cryothérapie

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
	<p>Objectif spécifique 3.3.4.1.3: Promouvoir la Planification Familiale</p>	<p>A court et moyen termes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extension des activités de promotion (CCC/ mobilisation sociale) et de prestations de service de PF de base par les AC - Intégration de la prise en charge des VBG dans les plans ou programmes santé de reproduction - Plaidoyer pour l'adoption de la loi PF - Elargissement des offres de prestations de contraception par des méthodes de courte et de longue durée, y compris les nouvelles méthodes au niveau de tous les CSB du secteur - Suivi des activités des AC en PF
	<p>Objectif spécifique 3.3.4.1.4: Réduire la vulnérabilité des adolescents aux VIH/SIDA, aux grossesses à risque et aux conséquences d'autres comportements à risque (avortements, tabac et drogues, ...)</p>	<p>A court et moyen termes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de 50% du nombre de CSB «ami des jeunes» en assurant le counseling selon - Renforcement des activités de counseling des CSB «ami des jeunes» selon l'approche jeune (life skills) pour les activités de prévention telles que la prévention de la grossesse précoce et la prévention des mésusages des produits toxiques
<p>Objectif global 3.3.4.2. : Renforcer la lutte contre la morbidité et la mortalité infantile et infanto-juvénile</p>	<p>Objectifs spécifiques 3.3.4.2.1. : Développer et mettre à l'échelle les interventions préventives et curatives à haut impact relatives à l'enfant de moins de cinq ans</p>	<p>A court et moyen termes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) au niveau des CSB (dotation en matériels, médicaments, remise à niveau des AS); - le renforcement des activités de communication au niveau communautaire sur les pratiques familiales essentielles à travers la formation des AC en technique de communication - Renforcement des interventions communautaires intégrées sur la santé de l'enfant incluant la PCIMEC - Poursuite du dépistage et de la prise en charge des déformations et troubles du développement des enfants de moins de 5 ans - Mise en œuvre périodique des campagnes Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME)

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
	<p>Objectif spécifique 3.3.4.2.2: Améliorer la lutte contre la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans</p>	<p>A court terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des activités de promotion de la croissance et du développement de l'enfant à tous les niveaux - Renforcement du dépistage de la malnutrition à tous les niveaux; - Mise en œuvre des activités de promotion de la pratique optimale d'alimentation/nutrition des groupes vulnérables (femme enceinte/femme allaitante, enfants moins de cinq ans, enfant d'âge scolaire) à tous les niveaux - Mise en œuvre des activités de promotion de l'allaitement maternel exclusif à tous les niveaux - Renforcement des stratégies de suppléments en micronutriments, déparasitage et des groupes vulnérables (routine, campagne) <p>A moyen terme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la prise en charge de la malnutrition aiguë à tous les niveaux (CRENI, CRENAS et CRENAM)
	<p>Objectif spécifique 3.3.4.2.3: Renforcer la lutte contre les maladies évitables par la vaccination</p>	<p>A court et à moyen termes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la vaccination de routine y compris l'introduction de nouveaux vaccins (JIVR: Journées d'intensification de la vaccination de routine, disponibilité des vaccins, chaîne de froid, infrastructures) - Renforcement du système de coordination, suivi et évaluation du programme élargi de vaccination, la participation communautaire en vue d'une meilleure performance - Renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination; - Mise en œuvre d'un plan de communication programme élargi de vaccination à tous les

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
		niveaux
3.3.5. Renforcement de la lutte contre les maladies		
Objectif global 3.3.5.1: Renforcer la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	Objectif spécifique 3.3.5.1.1: Améliorer les capacités de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA et des IST	A court et moyen termes: <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des activités de prévention notamment chez les groupes à risque à tous les niveaux - Extension du programme d'éducation à la vie et de l'éducation sexuelle dans le programme scolaire - Renforcement des services d'information et conseils sur le VIH de la ligne verte - Promotion du dépistage volontaire au sein de la population - - Renforcement du programme de distribution/vente des préservatifs masculins et féminins - Amélioration du suivi et de la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH - Renforcement de la prise en charge thérapeutique des femmes enceintes avec VIH et des enfants nés de mères vivant avec le VIH - Renforcement des activités de lutte contre la stigmatisation des PVVIH et l'exclusion des PVVIH et des enfants orphelins ou avec des parents vivant avec le VIH - Renforcement de l'offre de service de prise en charge
Objectif global 3.3.5.2: Renforcer la lutte contre le paludisme	Objectif spécifique 3.3.5.2.1: Renforcer les activités de prévention et de lutte contre le vecteur du paludisme	A court et moyen termes: <ul style="list-style-type: none"> - Distribution gratuite et universelle de MID de façon continue et poursuite des Campagnes d'Aspersion Intra Domiciliaire dans les zones ciblées - Continuation du TPI des femmes enceintes par le Sulfadoxine Pyrimetamine - Renforcement des IEC sur la prise en charge, l'utilisation de MID, le TPI à tous les niveaux
	Objectif spécifique 3.3.5.2.2: Assurer la prise en charge correcte des paludéens	A court et moyen termes: <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du diagnostic et du traitement correcte des cas de fièvre pour chaque tranche d'âge et à tous les niveaux y compris communautaire - Diagnostic et traitement correct des cas de paludisme simple confirmés au niveau des formations sanitaires - Traitement correct des cas de paludisme grave en milieu hospitalier

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
		- Renforcement de la surveillance épidémiologique du paludisme
Objectif global 3.3.5.3: Réduire la charge de la morbidité de la tuberculose dans la population	Objectif spécifique 3.3.5.3.1: Améliorer la qualité des services Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) et de la prise en charge des Tuberculoses Multi-Résistantes (TB-MR)	A court terme: - Amélioration de l'accès au dépistage des cas de tuberculose - Extension des moyens de diagnostic de la TB-MR - Mise en œuvre d'un traitement normalisé avec surveillance et soutien aux patients - Faciliter l'adhérence au traitement des patients TB-MR A moyen terme: - Renforcement du système d'approvisionnement et de gestion des intrants anti-tuberculeux
	Objectif spécifique 3.3.5.3.2: Assurer la maîtrise de la Co-infection Tuberculose-VIH	A court et moyen termes: - Établissement des mécanismes de coordination Tuberculose-VIH entre le programme en charge de la lutte contre la tuberculose et celui des IST/SIDA - Développement des stratégies de prise en charge de la co-infection Tuberculose-VIH
	Objectif spécifique 3.3.5.3.3: Renforcer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose chez les enfants, en milieu carcéral et dans les zones à risque	A court et moyen termes: - Extension des moyens de dépistage de la tuberculose chez l'enfant - Extension de la couverture et de la prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral - Elaboration de stratégies de dépistage et de prise en charge dans les zones d'extraction minière informelle
Objectif global 3.3.5.4: Renforcer la lutte contre les MER et les MTN	Objectif spécifique 3.3.5.4.1: Améliorer la prévention et la prise charge intégrée des MER et des MTN	A court et moyen termes : - Prévention et prise en charge de façon intégrée des cas des MER et des MTN ciblées par la poly chimiothérapie préventive à tous les niveaux - Dépistage précoce et prise en charge intensive des MER et des MTN à tous les niveaux
Objectif global 3.3.5.5: Renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles	Objectif spécifique 3.3.5.5.1: Améliorer la prévention des MNT (en particulier les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les maladies respiratoires chroniques) et du handicap	A court terme: - Renforcement de l'application des mesures législatives et réglementaires pour réduire les facteurs de risque des principales maladies non transmissibles et pour soutenir les personnes en situation de handicap: loi anti-tabac, restriction de la vente d'alcool et du tabac,... - Promotions d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière individuelle - Dotation en plateaux techniques des formations sanitaires pour le dépistage précoce des MNT et des déficiences et incapacités - Dotation en personnels qualifiés pour le dépistage et la prise en charge des MNT et des déficiences et incapacités - Organisation de campagnes nationales de dépistage des MNT (Diabète, HTA, cancers

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
		gynécologiques)
	Objectif spécifique 3.3.5.5.2: Assurer la prise en charge correcte des MNT et des déficiences et incapacités	A court et moyen termes: <ul style="list-style-type: none"> - Dotation des formations sanitaires en matériels et médicaments contre les MNT; - Dotation des formations sanitaires en matériels et équipements pour la réadaptation - Plaidoyer pour la participation financière des PTF à la lutte contre les MNT et le handicap - Suivi-évaluation des MNT et handicap (GESIS nouvelle version) et surveillance des facteurs de risque
3.3.6. Promotion des comportements sains et protection de la santé		
Objectif global 3.3.6.1: Assurer un environnement sain et durable pour une meilleure santé de la population	Objectif spécifique 3.3.6.1.1: Renforcer les capacités institutionnelles du secteur santé en matière de promotion de la santé	A court et moyen termes: <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un Comité National de Contrôle des Déterminants Socio-économiques de la Santé - Développement des capacités institutionnelles du Ministère chargé de la Santé et des différents acteurs en matière de promotion de la santé
	Objectif spécifique 3.3.6.1.2: Renforcer les interventions en EAH	A court et moyen termes <ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'utilisation de source d'eau améliorée - Renforcement de la mobilisation sociale au niveau communautaire pour la promotion de l'assainissement et le respect de l'environnement - Amélioration de l'accès à des sources d'eau améliorée au niveau de la communauté et des formations sanitaires publiques - Amélioration de l'accès à des latrines avec dispositifs de lavage des mains au niveau des formations sanitaires et des EPP - Mise à l'échelle du système de traitement des déchets médicaux au niveau des formations sanitaires
Objectif global 3.3.6.2: Promouvoir la sécurité et la qualité des denrées alimentaires	Objectif spécifique 3.3.6.2.1: Renforcer l'implication de la communauté et des CDT dans la prévention des intoxications alimentaires	A court et moyen termes <ul style="list-style-type: none"> - Mise à l'échelle de la stratégie basée sur l'arrêté communal de lutte contre les intoxications alimentaires (création d'association de gargotiers dans chaque commune, formation des gargotiers en hygiène alimentaire et assainissement, élaboration d'arrêté communal régissant la surveillance de l'hygiène alimentaire des gargotes et l'application des sanctions prises en cas d'infraction) - Renforcement des activités de prévention des ICAM par les formations sanitaires et les

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019
		communes au niveau des zones à risque de CAM
	Objectif spécifique 3.3.6.2.2: Renforcer le système de contrôle de la qualité des denrées alimentaires	A court et moyen termes: <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de texte réglementaire définissant les normes de confection, d'hygiène et de conservation des aliments vendus dans les gargotes et les restaurants - Amélioration de la capacité de contrôle du Laboratoire de fraudes alimentaires - Renforcement de la coordination entre les différents départements ministériels dans le cadre de l'inspection des denrées alimentaires
Objectif global 3.3.6.3: Améliorer la gestion des risques et des catastrophes	Objectif spécifique 3.3.6.3.1: Renforcer les réponses aux risques et catastrophes	A court et moyen termes: <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la continuité des soins préventifs et curatifs, y compris la santé de reproduction en situation d'urgence, dans les zones affectées - Renforcement du monitoring et de l'évaluation sur la gestion des risques et catastrophes - Amélioration du financement du programme

IV. CADRE DE MISE EN ñ UVRE

4.1. PRINCIPES DIRECTEURS DE LA MISE EN ñ UVRE

La mise en ò uvre du PDSS repose sur les principes suivants:

1. Intégration

La fourniture de soins de qualité passe par une prestation intégrée des services et la coordination des approches du système de santé entre les programmes, les acteurs et les initiatives multiples sans pour autant minimiser les particularités de chaque programme.

2. Obligation liées aux responsabilités (Redevabilité)

Les acteurs au développement de santé allant du premier responsable jusqu'au niveau du simple bénéficiaire ainsi que les partenaires techniques financiers qui se sont engagées devraient ò uvrer vers l'atteinte des objectifs selon leur niveau de responsabilité respective.

3. Efficienc

L'efficienc des interventions est assurée par l'utilisation rationnelle et coordonnée des ressources existante. La bonne gouvernance assure l'articulation entre les acteurs et toutes les parties prenantes à l'efficienc du système de santé.

4. Innovation

Le contexte appelle à une approche innovante dans la planification, la mise en ò uvre et le suivi de ce plan de développement et pour l'assurance de l'atteinte des objectifs.

4.2. MATRICE DE RÉSULTATS ET DE SUIVI

Cette matrice est un dispositif de suivi évaluation qui permettra à chaque comité d'effectuer correctement le suivi des interventions et activités dans le PDSS.

Tableau 4: Tableau de matrice de résultats et de suivi par axe stratégique

4.2.1. L'amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
Effet 1: l'offre et l'utilisation des soins de base de qualité améliorées					
	Produit 1.1: la dispensation des PMA à 80% des formations sanitaires en mettant l'accent sur l'offre intégrée est effectif	- % d'AS ayant reçu une formation intégrée sur les principales maladies - % des formations sanitaires disposant de plateaux techniques adéquats - % des formations sanitaires appliquant les précautions universelles - % des formations sanitaires ayant des services intégrés (continuum des soins)	ND ND ND	50% 80% 80%	Hypothèse: - Disponibilité de ressources financières de l'Etat et des PTF - Disponibilité en ressources humaines qualifiées et motivées
	Produit 1.2: la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire est assurée	- % des communes ayant CoSan fonctionnel - % des communes ayant CCDS fonctionnels - % de district sanitaire ayant des AC formés sur les guides PAC/PNSC - % de districts	72% 11% 37% 0%	100% 40% 100% 100%	Hypothèses: - Volonté de changement des ONG - Participation active de la communauté, de la société civile et des CDT - Disponibilité de ressources financières pour la formation des

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
		sanitaires ayant des assistants de soins de santé primaires recrutés, formés et en activité au niveau des CBS - % de districts sanitaires ayant été l'objet d'un suivi des interventions des ONG - Nombre de réunions de coordination des activités réalisées par DRSP par an - Nombre de répertoire des ONG travaillant dans le secteur communautaire élaboré	0% 0 0	100% 4 1	AC, le recrutement et la formation des assistants de soins de santé primaires
Effet 2: la capacité des hôpitaux de référence à prendre en charge les cas référés selon le PCA améliorée		- Taux d'occupation moyenne des lits au niveau des hôpitaux de référence	CHRD: 36,9% CHRR/CHU: 44,7%	45% 50%	Hypothèse: - Disponibilité de ressources financières de l'État et des PTF - Disponibilité en ressources humaines qualifiées
	Produit 2.1: les cas référés sont pris en charge correctement au niveau des CHRD/CHRR/CHU	- % des hôpitaux de référence hors normes dotés en matériels et équipements aux normes - % des hôpitaux de référence sans ambulance dotés en ambulance - % des hôpitaux de	ND ND ND	100% 100% 100%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
		référence ayant mis en œuvre l'assurance qualité	ND	25%	
		- % des hôpitaux de référence dotés en personnels qualifiés et répondant aux normes	ND	100%	
		- % des hôpitaux de référence ayant mis en œuvre des soins humanisés	ND	100%	
		- % des hôpitaux de référence ayant élaboré et mis en œuvre le PEH	ND	5% par an	
		- % d'augmentation annuelle du budget alloué aux hôpitaux de référence			

4.2.2. La stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
Effet 3: la population utilise les services et les soins à tous les niveaux		- Taux d'utilisation de la consultation externe des CSB	35,7%	40%	Hypothèse: - Forte participation du gouvernement, des PTF, de la société civile et de la communauté
	Produit 3.1: la mise en œuvre de la promotion de la santé orientée vers les stratégies qui concourent à la stimulation de la demande renforcée	- % de districts sanitaires ayant des AC et AS formés en technique de CCC et de C4D - % de la population qui connaissent les signes de danger des principales et qui sont conscients de la nécessité de recours une formation sanitaire - % de centres hospitaliers disposant de case d'hébergement des malades et leur famille - % régions disposant de Plateforme intersectorielle en faveur de la santé opérationnelle - % base de données factuelles et de la recherche opérationnelle en promotion de la santé disponible	0% ND ND 40% 0%	100% 80% 75% 100% 100%	

4.2.3. Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
Effet 4: le leadership et la bonne gouvernance du secteur renforcés indépendamment de tout changement institutionnel		- % des documents et des textes élaborés et/ou mis à jour par rapport aux planifiés	ND	100%	Hypothèse: - Projets de textes réglementaires validés par le Gouvernement - Projets de textes législatifs validés par le Gouvernement et adoptés par l'Assemblée Nationale - Volonté politique des instances dirigeantes d'instaurer un Etat de Droit et une bonne gouvernance
	Produit 4.1: les documents politiques, stratégiques et textes juridiques du secteur santé sont élaborés ou réactualisés à temps	- Nb de documents élaborés et/ou mis à jour par rapport aux planifiés	ND	100%	
		- % des textes législatifs élaborés et/ou mis à jour	ND	100%	
- % de textes réglementaires diffusés et appliqués		25%	100%		
		- Proportion d'établissements organisés conformément à leurs statuts	0%	100%	
Produit 4.2: la Bonne gestion du système de santé est assurée		- % de hauts responsables formés en leadership	0%	80%	
		- % des cadres des régions et de districts formés en leadership	0%	100%	
		- % des EMAD suivis selon les critères de performance	0%	100%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
	Produit 4.3: la coordination et la gestion de la mise en œuvre des interventions sont améliorées à tous les niveaux du système de santé	- % des réunions de coordination et de suivi des programmes entre les PTF et le MSANP effectuées par rapport aux nombres prévus dans l'année	ND	100%	
- % de visites conjointes sur terrain réalisées par rapport au nombre prévu		ND	100%		
- % de réunions intra sectorielles (grand staff) effectuées par rapport aux nombres prévus dans l'année		ND	100%		
- % de réunions de revues périodiques réalisées au niveau des Régions par rapport aux nombres prévus dans l'année		ND	80%		
- % de réunions de revues périodiques réalisées au niveau des districts sanitaires par rapport aux nombres prévus dans l'année		ND	75%		

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
	Produit 4.4: la bonne gouvernance est effective à tous les niveaux	- % d'outils de lutte anticorruption institutionnalisés	ND	80%	
		- % de structures auditées et contrôlées	ND	50%	
		- % de responsables des structures défaillantes sanctionnées après contrôle	ND	100%	
		- % de directions et services centraux, ainsi que de DRSP et de SDSP disposant des canevas de rapportage des réalisations significatives physiques et financières et qui envoient les rapports dans le temps imparti	ND	100%	
		- % de centres hospitaliers (CHRR, CHRD) qui disposent de Comité de Pilotage fonctionnels	ND	100%	
		- % de Formations Sanitaires qui disposent de CoSan et CCDS opérationnels	CoSan: 72% CCDS: 11%	100% 100%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
		<ul style="list-style-type: none"> - % de conventions et/ou de contrats de Partenariat Public-Privé établis et mis en œuvre par rapport aux contrats négociés - Nombre de district appliquant la FBR 	ND	100%	
	Produit 4.5: la collaboration intersectorielle et le partenariat dans le secteur santé sont développés	<ul style="list-style-type: none"> - % des conventions de partenariats signés et mis en œuvre par rapport aux conventions négociées - Nombre de domaines d'action de l'initiative IHP+ appliqués 	ND	100%	
Effet 5: la mise à disposition des ressources humaines suffisantes, compétentes et adaptées aux besoins du secteur renforcée					<p>Risque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement fréquent des responsables qui affecte la pérennisation de la PNRHS - Forte politisation de l'administration par rapport à l'affectation et recrutement

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
	Produit 5.1 La mise en place d'un système de gestion efficiente des RH est assurée	- Proportion de services centraux et périphériques disposant de la PNRHS et du PNRHS à tous les niveaux	0%	100%	
- % des textes réglementaires de la PNRHS et du PNRHS réactualisés et mis en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (GPPEEC)		ND	100%		
- % des responsables de l'EMAD et des Régions formés en gestion des ressources humaines		ND	100%		
- % des SDSP et DRSP supervisés en gestion des ressources humaines en santé		0%	100%		
- % des SDSP et DRSP disposant d'un système informatisé de la gestion des effectifs et des besoins en ressources humaines		0%	100%		

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
	Produit 5.2: La mise aux normes des ressources humaines de santé à tous les niveaux est assurée	- % de structures sanitaires disposant et appliquant les normes et standards des compétences des ressources humaines incluant l'humanisation des soins	0%	100%	Hypothèse: Normes de l'OMS relatifs à l'effectif et répartition du personnel de santé comme cadre de référence
- % de SDSP disposant de CSB respectant les normes d'effectif et de répartition des ressources humaines		0%	80%		
- % de CHRD/CHRR/CHU disposant des ressources humaines conformes aux normes d'effectif, de répartition en ressources humaines et de compétence		ND	80%		
- % des IFP dotés en matériels et en ressources humaines qualifiées		ND	100%		
- % des services centraux et périphériques appliquant les nouvelles stratégies nationales de formation continue		0%	100%		

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
	Produit 5.3: la fidélisation des AS dans les centres de santé éloignés et enclavés est assurée	- % des CSB enclavés pourvus de personnels de santé dans les normes	ND	80%	
Effet 6: le système d'information sanitaire renforcé		- Taux de complétude	90%	100%	Risque: - Faiblesse de leadership et de gouvernance. - Surcharge de travail
		- Taux de promptitude	75%	100%	
		- Proportion des informations disponibles dans le SIS officiel	60%	100%	
		- Proportion de district sanitaire ayant effectué des contrôles et validité des données	0%	75%	
	Produit 6.1: le cadre institutionnel pour la coordination du SIS est renforcé	- % des textes/guides/normes relatifs à la mise en œuvre du SIS réactualisés	ND	100%	
		- % des structures de coordination du SIS au niveau des Régions et des districts sanitaires mises en place et fonctionnelles	ND	100%	
		- Proportion des parties prenantes (ministère et partenaires) utilisant le SIS officiel intégré (respect des directives en vigueur)	ND	100%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
	Produit 6.2: les ressources relatives au fonctionnement du SIS sont développées, y compris les ressources humaines, les réseaux informatiques, matériels, la TIC et les outils de gestion.	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion du budget alloué au SIS par rapport aux besoins - Proportion des matériels et équipements indispensables pour le fonctionnement du SIS disponibles 	40% 25%	90% 100%	Risque: <ul style="list-style-type: none"> - Non couverture en réseaux de communication, - Faible utilisation des NTIC - Financement inadéquat, Hypothèse: <ul style="list-style-type: none"> - Personnel compétent
	Produit 6.3: la gestion rationnelle du SIS intégré est assurée	<ul style="list-style-type: none"> - % de services centraux et périphériques appliquant le Manuel des indicateurs essentiels - % des SDSP et DRSP utilisant le GESIS intégrant les sous-systèmes - Proportion de logiciels intégrés fonctionnels à tous les niveaux - % des structures sanitaires utilisant le système d'information et de rétro-information périodique à tous les niveaux 	0% 0% 0% 0%	100% 100% 100% 100%	Risques: <ul style="list-style-type: none"> - Réticence de certains programmes verticaux - Non appropriation du mécanisme d'intégration par chaque programme

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
		<ul style="list-style-type: none"> - % des hôpitaux de référence appliquant la gestion informatisée des actes et des soins des patients - % des hôpitaux de référence utilisant le GESIS hospitalier amélioré 	15%	100%	
	Produit 6.4: le mécanisme de suivi et évaluation intégré, efficace et performant est consolidé	- Proportion de région et district ayant un point focal de suivi-évaluation fonctionnel	50%	100%	<p>Risque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réticence et/ou non appropriation du suivi <p>Hypothèse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation intégrée par certains programmes verticaux et les EPA
	Produit 6.5: les ressources adéquates pour la recherche opérationnelle afin d'améliorer les programmes de santé sont mobilisées	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion du budget alloué à la recherche opérationnelle par rapport aux besoins - % des personnels formés en CNS - % des parties prenantes utilisant la base de données de recherche 	<p>ND</p> <p>ND</p> <p>0%</p>	<p>Augmentation de 10% par an</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	<p>Risque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de coordination intersectorielle - Absence d'unité de gestion de bases de données relatives aux recherches effectuées

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
Effet 7: la disponibilité et l'accessibilité aux des infrastructures sanitaires, des équipements et intrants de santé améliorées					Risque: - Budget du MSANP insuffisant par rapport aux besoins - Faible implication des PTF
	Produit 7.1: les disparités régionales en termes de couverture sanitaire sont réduites	- % de Textes juridiques régissant la réglementation de la couverture sanitaire appliqués - Nombre de CSB construits dans les zones dépourvues de FS - Nombre de CHRD sans chirurgie transformés en CHRD avec chirurgie	0% 0 0	100% 347 54	
	Produit 7.2: la mise aux normes de 70% des infrastructures sanitaires est assurée	- % des services centraux et périphériques appliquant le plan prévisionnel pluriannuel des infrastructures et des équipements	0%	100%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
		- Nombre de Cellule de Coordination entre le SILOP et le niveau périphérique concernant l'implantation et l'entretien de bâtiments mise en place et fonctionnelle	0	22	
		- % des CSB réhabilités selon les normes et dotés en équipements médicaux par rapport au nombre de CSB en mauvais état	ND	50%	
		- % des CHRD avec chirurgie/ CHRR/CHU réhabilités selon les normes et dotés en équipements médicaux par rapport au nombre de CHRD avec chirurgie/ CHRR/CHU en mauvais état	ND	20%	
		- % des CHRD avec chirurgie/ CHRR/CHU dotés en matériels roulants (ambulance)	ND	10%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
		- % des hôpitaux de référence disposant de kit de matériels et d'équipements pour la maintenance des équipements sanitaires	0%	75%	
	Produit 7.3: la disponibilité continue en intrants de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est assurée	- % de textes réglementaires, manuel de procédures intégrées en matière de gestion de FANOME et de la gestion des intrants de santé élaborés et appliqués - Nombre de SDSP appliquant le Malagasy CHANNEL nouvelle version - % de programmes verticaux ou PTF appliquant le PAIS - % des EMAD et des responsables des GIS formés en gestion logistique des intrants de santé - Taux de disponibilité en médicaments traceurs au niveau des CSB	0% 0 ND 0% 87%	100% 112 100% 100% 100%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
		<ul style="list-style-type: none"> - % des Unités de pharmacie des centres hospitaliers, PhaGDis, PhaGeCom contrôlées et ou auditées - % d'antennes SALAMA ayant une capacité de stockage suffisante des intrants - Nombre de PhaGDis ayant une capacité de stockage suffisante des intrants 	0%	50%	
			ND	100%	
			ND	112	
Effet 8: les stratégies de financement du secteur pour assurer l'accessibilité aux soins de la population surtout la couche la plus vulnérable sont développées					<p>Hypothèse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volonté politique du gouvernement pour l'application de l'objectif d'Abuja - La croissance économique du pays évolue progressivement d'une manière positive
	Produit 8.1: l'augmentation soutenue du budget alloué à la santé d'au moins 2% du budget national par an est acquise	- CDMT 2015-2019 élaboré	0	1	<p>Risque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise gouvernance à tous les niveaux - Faible participation de la communauté

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
		- Conférence budgétaire avec le Ministère des Finances et du Budget et des PTF (présentation du PDSS et du CDMT) réalisée	0	1	
	Produit 8.2. l'utilisation efficiente et rationnelle du budget de l'Etat à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est optimisée	- % de services, SDSP et DRSP appliquant le Manuel de gestion financière et administrative - % des services, SDSP et DRSP ayant fait l'objet de contrôles internes et des audits financiers - % des services, des SDSP et DRSP dont les allocations financières sont calculées selon les critères de répartition /allocation des ressources financières	0% 0% 0%	100% 50% 100%	- Suspension des aides budgétaires par les PTF - Régression du Taux de pression fiscale
	Produit 8.3: le cadre de coordination élargie de l'aide est développé	- cinq domaines d'action de l'Initiatives IHP+ mis en œuvre	0	5	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
	Produit 8.4: le mécanisme de financement du FANOME et des fonds d'équité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est amélioré	- Taux de complétude des rapports mensuels des activités des FANOME et FE des CSB et des SDSP envoyé au niveau central	ND	100%	
- % des districts sanitaires appliquant les stratégies d'optimisation du FE (participation élargie au financement du FE et augmentation de la liste des bénéficiaires)		0%	100%		
- % de PhaGeCom/PhaGDis et unités de pharmacie ayant été l'objet de monitoring par les EMAR et les EMAD et le niveau central		0%	50%		
- % des unités de pharmacie, PhaGeCom, PhaGDis ayant été l'objet d'audits périodiques par les EMAR et les EMAD et le niveau central		0%	50%		

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellés	Valeur de base 2013	Valeur Cible 2019	
	Produit 8.5: le système de prépaiement constitué par des mutuelles de santé et autres mécanismes innovateurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est développé	- % de mutuelles de santé redynamisées par rapport aux existantes	0%	100%	Hypothèse: - Volonté politique des instances dirigeantes - Adhésion et acceptation du système de prépaiement par les cibles bénéficiaires
- % des SDSP appliquant le système voucher au niveau des hôpitaux de référence		0%	100%		
- Nombre d'étude de faisabilité d'assurance maladie obligatoire réalisée		ND	1		
- Nombre de Loi sur l'assurance maladie obligatoire adoptée et appliquée		ND	1		

4.2.4. Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
Effet 9: la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale renforcée		- Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	478	300	Hypothèse: - Engagement des autorités compétentes - Volonté politique - Appui PTF - Développement de partenariat - Collaboration multisectorielle - Implication de la communauté, de la société civile et des CTD
		- Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	26	17	
	Produit 9.1: les services de santé de la mère et du nouveau-né sont utilisés par la population	- Taux d'accouchement dans les centres de santé	44,3%	90%	
		- % des FAR qui connaissent les signes de dangers pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la femme et le nouveau-né, ainsi que l'importance d'accoucher dans une FS par un personnel qualifié, la prévention des fistules, etc...	ND	80%	
		- % des jeunes et des FAR qui connaissent les effets néfastes de l'avortement	ND	80%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maitrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
	Produit 9.2: L'accessibilité à des soins complets et de qualité en santé maternelle et néonatale est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	- % de CSB1, CSB2 et de maternité disposant en permanence de KIA	ND	100%	
- % de centres hospitaliers disposant de bloc chirurgical disposant en permanence de kit OC		ND	80%		
- Taux de couverture en SONUB		2%	80%		
- Taux de couverture en SONUC		52,7%	100%		
- Taux d'opérations césariennes par les centres OC		1,9%	5%		
- Nombre de paramédicaux et sages-femmes recrutés		0	900		
- Proportion des hôpitaux de districts publics disposant des services de néonatalogie		7%	100%		
- % des centres chirurgicaux publics ayant la capacité de prendre en charge les femmes porteuses des fistules obstétricales		20%	100%		

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maitrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
	Produit 9.3: la population bénéficie des informations et des services de PF	- Taux de couverture contraceptive en % - Proportion de FAR qui utilise un implant contraceptif - Proportion de FAR qui utilise le DIU	28% 2% 0,5%	38 % 25% 10%	
	Produit 9.4: la vulnérabilité des adolescents aux VIH/SIDA, aux grossesses à risque et aux conséquences d'autres comportements à risque est réduite	- Taux de fécondité des adolescentes (<18ans) - Proportion des formations sanitaires ayant des agents de santé formés en "Approche jeune"	37% 1%	15% 50%	
Effet 10: la lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile renforcée		- Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes - Taux d'insuffisance pondérale en % des enfants moins de 5 ans	62 32%	36 23%	
	Produits 10.1: les interventions préventives et curatives à haut impact relatives à la santé de l'enfant sont disponibles à tous les niveaux	- Pourcentage des formations sanitaires appliquant la PCIME - Pourcentage des sites PCIMEC fonctionnels - Nombre de campagnes SSME réalisées par an	9% 60% 2	35% 100% 2	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
	Produit 10.2: la population bénéficie des services de prévention et de prise en charge de la malnutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5ans fréquentant les sites de nutrition communautaires - Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans - Taux d'allaitement maternel exclusif - Taux d'anémie chez les enfants 6-59 mois - Pourcentage des enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition aigüe globale 	<p>38%</p> <p>47%</p> <p>42%</p> <p>50%</p> <p>9%</p>	<p>28%</p> <p>32%</p> <p>70%</p> <p>25%</p> <p>4%</p>	
	Produit 10.3. la lutte contre les maladies évitables par la vaccination est renforcée	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de couverture vaccinale en DTC3HépB3 - Taux de couverture vaccinale pour les sept Antigènes - Taux de couverture en vaccin antitétanique chez les femmes enceintes 	<p>90%</p> <p>85%</p> <p>65%</p>	<p>95%</p> <p>95%</p> <p>72%</p>	<p>Hypothèse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'appui de GAVI - Poursuite du financement par l'Etat des contreparties

4.2.5. Renforcement de la lutte contre les maladies

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maitrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
Effet 11: la lutte contre le VIH/SIDA et les IST renforcée		- Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans - Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	0,40% 0,09%	<0,40% <0,09%	Hypothèse: - Poursuite du financement du Global Found Risque: - Insuffisance de coordination des intervenants - Non disponibilité de test de dépistage VIH
	Produit 11.1: les capacités de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA et des IST sont améliorées	- Prévalence du VIH chez la population à risque	PS: 0,29% HSH: 14,7% CDI: 7,1%	PS:<0,29% HSH:<14,7% % CDI:<7,1%	- Restriction de la capacité d'accueil dans les centres hospitaliers
		- % de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	ND	<5%	
		- % d'adultes dont on sait qu'ils sont sous ARV 12 mois après l'initiation du traitement ARV	60%	95%	
		- % des personnes ayant fait le test de dépistage et retiré les résultats	98%	+ 98%	
		- % des femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV	96%	98%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maitrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
		- File active d'adultes vivant avec le VIH sous ARV	356	11 350	
		- File active d'enfants vivant avec le VIH sous ARV	27	2 358	
Effet 12. la lutte contre le paludisme renforcée					Risque: - Insuffisance du budget alloué par l'Etat et les PTF
	Produit 12.1: les activités de prévention et de lutte contre les vecteurs du paludisme sont renforcées	- Pourcentage de populations dans les zones ciblées couvertes par une pulvérisation intra-domiciliaire au cours des 12 derniers mois	85%	95%	
		- % de la Population de fait des ménages avec, au moins, une MID ayant dormi sous une MID la nuit dernière - % de ménage ayant au moins 1 MID pour 2 personnes	82,3% 27,4%	95% 90%	
		- % de femmes enceintes ayant reçues au moins 2 doses de Sulfadoxine Pyriméthamine en CPN	23%	80%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
	Produit 12.2: la prise en charge correcte des paludéens assurée	- % d'enfants moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et à qui on a prélevé du sang - % d'enfants moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris d'antipaludique	6,8% 12,5%	25% 50%	
Effet 13: la charge de la morbidité de la tuberculose dans la population réduite					Hypothèse: - Poursuite du financement des PTF - Participation active de la communauté, des CTD et de la société civile
	Produit 13.1. la qualité des services DOTS et la prise en charge des TB-MR sont améliorées	- Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPB+ - Taux d'augmentation du nombre de cas notifiés par an - Taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux - % de districts sanitaires ayant une structure de prise en charge alimentaire des tuberculeux	82% 2% ND ND	Supérieur à 85% 5% par an 80% 100%	-

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
		<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage des patients tuberculeux seropositifs sous traitement ARV et prophylaxie au cotrimoxazole pendant le traitement antituberculeux - Taux de perdus de vue des nouveaux cas TPB+ 	<p>ND</p> <p>8,52%</p>	<p>Supérieur à 85%</p> <p>Inférieur à 7%</p>	
Effet1 4: la lutte contre les maladies émergentes, ré émergentes et négligées renforcée					<p>Hypothèse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volonté politique pour la prise en charge des MER et MTN - Forte participation communautaire - Implication soutenue des PTF
	Produits 14.1: la prévention et la prise charge intégrée des maladies émergentes, ré émergentes et négligées sont améliorées	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de prévalence des MTN ciblées par le traitement médicamenteux de masse: ✓ Filariose lymphatique ✓ Géo helminthiase ✓ Bilharziose - Pourcentage des districts sanitaires ciblés ayant atteint le seuil de l'élimination de la lèpre 	<p>8,91%</p> <p>>50%</p> <p>>50%</p> <p>39,29%</p>	<p>< 1%</p> <p>< 20%</p> <p>< 20%</p> <p>100%</p>	-

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
		- Taux d'invalidité de degré 2 chez le nouveau cas de lèpre - Taux de létalité de la peste	1,30/100 000 habitants 17,12%	< 0,1/100 000 habitants < 10%	
Effet 15: la lutte contre les maladies non transmissibles renforcée		- Taux de létalité par AVC en milieu hospitalier - Prévalence de l'HTA	40% 35,8%	20% 30%	Hypothèse: - Volonté politique pour la prise en charge des MNT et des déficiences et incapacités - Forte participation communautaire - Implication soutenue des PTF
	Produits 15.1: la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles sont améliorées	- Pourcentage de cas dépistés en facteurs de risque (Maladies chroniques non transmissibles) au niveau formations sanitaires - Taux de létalité par AVC en milieu hospitalier - Nombre de cataractes opérées par an - Nombre de femmes dépistées par IVA par an - % de femmes traitées par cryothérapie	20% 40% 5 558 8.200 52%	50% 20% 10 000 15 000 80%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maitrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
		- Taux d'utilisation de centre de dentisterie	10%	20%	
		- Proportion de malades en santé mentale pris en charge en consultations hospitalière	20%	45%	
		- Nombre de personnes en situation de handicap prises en charge dans les services de rééducation fonctionnelle	6 500	12 000	

4.2.6. Promotion des comportements sains et protection de la santé

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
Effet 16: la santé de la population dans un environnement sain et durable assurée		- % population ayant accès à des sources d'eau potable améliorée	27,7%	53%	Hypothèse: - Fort engagement du gouvernement - Forte participation communautaire et des CTD - Implication soutenue des PTF Risque: - Us et coutumes en opposition avec les activités d'assainissement
		- % de la population ayant accès aux latrines confondues	70,6%	96%	
	Produit 16.1: les capacités institutionnelles du secteur santé en matière de promotion de la santé renforcées	- % Institutions intégrant les stratégies de la promotion de la santé dans leur programmation voir planification	12%	100%	
	Produit 16.2: les interventions en EAH sont renforcées	- Taux d'utilisation des points d'eau améliorée	48%	73%	
		- % de la population sensibilisée sur les trois des messages clés de Wash (EAH)	25%	100%	
		- % des CSB ayant une source d'eau améliorée	ND	100%	
		- Taux d'utilisation des latrines	46,1%	55%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
		- % des CSB disposant de latrines avec dispositif de lavage des mains - Taux de défécation à l'air libre - % des CSB disposant un incinérateur - % des Centres hospitaliers disposant un incinérateur (CHRD, CHRR, CHU, ES)	ND 39% 1% 57%	100% 14% 100% 100%	
Effet 17: la sécurité et la qualité des denrées alimentaires assurées		- Nombre de cas d'intoxications alimentaires	696	348	Hypothèse: - Forte implication des ministères chargés de la santé et du commerce - Participation active de la communauté et des CTD
	Produit 17.1. la communauté et les CDT sont impliquées dans la lutte contre les intoxications alimentaires	- % de communes appliquant la stratégie basée sur l'arrêté communal de lutte contre les intoxications alimentaires - % de communes des zones à risque d'ICAM ayant été l'objet d'activités de sensibilisation et de prévention sur les ICAM	ND ND	50% 100%	

Effet	Produits	Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V.)			Hypothèses et risques (facteurs externes non-maîtrisés)
		Libellé	Valeur de base 2013	Valeur cible 2019	
	Produit 17.2: le système de contrôle de qualité des denrées alimentaires est renforcé	- Texte réglementaire définissant les normes de confection, d'hygiène et de conservation des aliments vendus dans les gargotes et les restaurants	0	1	
Effet 18: la gestion des risques et catastrophes améliorée					<u>Hypothèse:</u> - Fort engagement du gouvernement - Forte participation communautaire et des CTD - Implication soutenue des PTF
	Produit 18.1: les réponses aux risques et catastrophes sont renforcées	- Proportion de la population sinistrée pris en charge médicalement dans les zones touchées par les catastrophes - Nombre de jour de maîtrise des épidémies	50% 15j	90% <10j	

4.3. ACTEURS DE MISE EN ŀ UVRE

Les acteurs de mise en ŀ uvre du PDSS concernent le secteur public, le secteur privé, la société civile, les communautés bénéficiaire, les PTF.

4.3.1. Secteur public

Les institutions et les ministères impliqués dans le développement de la santé de la population, ainsi que les structures rattachées à la présidence et à la primature forment le secteur public.

Au niveau du ministère de la santé, particulièrement concerne:

a. Le niveau central

Le niveau central a comme rôle la conception des politiques et des stratégies, le pilotage du PDSS, la coordination et l'intégration des activités au niveau régional. Dans sa mission le niveau central appuie et accompagne le niveau régional.

b. le niveau régional

Le niveau régional a comme rôle de coordonner, d'intégrer la mise en ŀ uvre du PDSS au niveau des districts. Pour l'obtention des résultats, ce niveau appuie et accompagne les districts dans la réalisation des activités du PDSS.

c. Le niveau district

L'opérationnalisation du PDSS s'effectue à ce niveau. Comme le niveau district constitue la cheville ouvrière du système de santé, il doit disposer d'une forte capacité décisionnelle et d'une autonomie de gestion financière. Le district appuie, coordonne et accompagne les formations sanitaires ainsi que tous les intervenants qui offrent des soins de qualité à la population.

d. Les formations sanitaires sont les parties intégrantes dans le processus de mise en ŀ uvre de la planification et le suivi du PDSS.

4.3.2. Secteur privé

Le secteur privé inclus les organisations sanitaires interentreprises, les organisations non gouvernementales confessionnelles, nationales et internationales participe, apparemment il assure le 1/3 des offres de services en santé et participe ainsi pleinement à la mise en ŀ uvre du PDSS à l'atteinte des objectifs et à la réalisation des résultats.

4.3.3. Société civile

La société civile est censée représenter la population à tous les niveaux décisionnels de l'organisation et est garant de l'atteinte des objectifs et de la mise en ŀ uvre du PDSS.

4.3.4. Communauté bénéficiaire

Les bénéficiaires sont acteurs de la mise en ŀ uvre du PDSS. Leur participation est active par le biais des agents communautaires à travers les différentes structures

de démembrements leur prise de responsabilité au processus de développement sanitaire (planification, mise en œuvre, suivi évaluation, contrôle, etc.) facilitent l'atteinte des objectifs et des résultats attendus du PDSS. Les communes et les régions, structures décentralisées représentent le fer de lance de la mise en œuvre du PDSS.

4.3.5. Partenaires techniques et financiers

Les PTF participent grandement dans les investissements au niveau du système de santé. Cet engagement auprès du ministère de santé témoigne de leur prise de responsabilité qui devrait se traduire aussi par une redevabilité mutuelle et commune pour l'atteinte des objectifs.

4.4. SCHEMA INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

Pour assurer l'effectivité des orientations, de la coordination, de l'évaluation des interventions à chaque niveau des structures doivent être mise en place: comité de pilotage, comité technique, comité de suivi, et comités régionales et districts.

4.4.1. Comité de pilotage

Sous l'égide du Secrétaire General du Ministère chargé de la Santé, ce comité est composé des représentants du parlement, Ministère en charge des Finances et du Budget, des PTF, de la société civile et du secteur privé.

Le comité de pilotage est créé par arrêté ministériel qui précisera sa composition, ses missions, ses attributions et son fonctionnement. En somme, le comité est l'instance décisionnelle concernant les réformes, les orientations stratégiques, les communications institutionnelles et le mécanisme de collaboration avec les PTF.

4.4.2. Comité technique

Sous l'égide de la Direction Générale de la Santé, le comité est composé de techniciens issus des directions clés du Ministère chargé de la santé, et des PTF.

Le comité technique est créé par arrêté du Ministère chargé de la Santé qui précisera sa composition, ses missions, ses attributions et son fonctionnement.

Le secrétariat général de ce comité est dévolu à la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) qui travaille et convoque la réunion des membres tous les trimestres. Le comité technique appuie dans la conception/révision des documents techniques (PTA, Budget, Plan d'acquisition/Plan de Passation des Marchés), dans la proposition d'une feuille de route au comité de pilotage, dans la capacité fonctionnelle du comité de suivi.

4.4.3. Comité de suivi

Sous l'égide de la DEP, le comité de suivi est composé des personnes ressources du Ministère issues des différentes directions. Il a pour fonction principale de faire l'accompagnement des directions régionales dans la mise en œuvre des réformes, la mise à jour de la capacité fonctionnelle des équipes régionale et du district. Ce comité s'assure

du bon déroulement de la mise en œuvre et le traitement des données collectées avec des propositions de mesures rectificatives. Il assure le bon fonctionnement de toutes les activités du suivi notamment les descentes des parties prenantes pour les supervisions conjointes.

4.4.4. Comités régionales et de districts

Sous l'égide de la Direction Régionale chargée de la Santé, les comités regroupent les parties prenantes à chaque niveau (Elus, autorités, PTF, société civile, secteur privé, STD). Les comités au niveau régional et district sont mis en place par arrêté régional ainsi que la nomination des membres. Ces comités assurent le leadership ainsi que la coordination de la mise en œuvre du PDSS à leur niveau respectif. Le fonctionnement de ce comité reflète les organisations mises en place au niveau central.

4.5. PROCESSUS DE PLANIFICATION

Pour traduire l'opérationnalisation des stratégies contenues dans le PDSS, un Plan de mise en œuvre pluriannuel, de Plan de Développement Régional (PDR), de Plan de Développement des Districts (PDD), de Plan de Développement Communal (PDC) sont à élaborer. Le processus de planification est ascendant et participatif.

4.6. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION

Selon la gestion axée sur les résultats, le principe de redevabilité devra sous-tendre toutes les actions prévues dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du PDSS. Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. La supervision suit l'organisation hiérarchique du système de santé. Les structures déconcentrées assurent aussi la supervision programmatique des établissements de soins de leurs aires respectives, selon une périodicité bien définie. Les agents de santé au niveau du CSB superviseront les relais communautaires.

Tous les outils de suivi seront développés ou mis à jour comprenant entre autre les tableaux de bord spécifiques pour le ministère chargé de la santé. Les tableaux de bord permettent de suivre en temps réel les plans d'actions annuels des directions et des services, les PDR, les PDD, les PDC, les rapports d'activités, les documents cadres de coopération technique ou financière en vigueur ainsi que les rapports des différents comités, les rapports d'études et d'enquêtes, et les rapports annuels sur la situation sanitaire.

Dans un souci d'efficacité et de transparence du système, le Ministère chargé de la Santé mettra en place des mécanismes innovants et opérationnels de contrôle et procédera à des inspections à tous les échelons de la pyramide sanitaire. Les actions de l'Inspection Générale de la Santé en collaboration avec l'Inspection Générale des Finances et l'Inspection d'Etat seront renforcées. Les procédures de gestion administrative, financière et comptable d'une part, les mécanismes de contrôle et d'audit d'autre part, devront être améliorées, disséminés et appliqués à tous les niveaux du système de santé. Sous la supervision de la Direction Administrative et Financière, les DRSP seront chargées d'assurer le contrôle des opérations comptables et financières des établissements de soins de leur circonscription.

Le Cabinet s'assurera chaque année de la qualité du contrôle interne du Ministère chargé de la Santé et procédera à travers un cabinet d'étude externe des enquêtes de satisfaction des usagers.

Une analyse de la réalisation des objectifs annuels sera effectuée sous l'égide du Service de l'Audit et du contrôle de Gestion. Il s'agit de mesurer et d'expliquer les écarts entre les objectifs et les résultats; les moyens utilisés et les réalisations et impliquant également les Audits de Suivi des Dépenses.

En outre, la Direction des Affaires Financières du Ministère de la santé, veillera en collaboration avec l'Inspection Générale des Finances, au suivi de la régularité des opérations comptables et financières des établissements, des directions et des services.

Les autres directions et services des moyens comme SILOP et DRH assureront respectivement l'utilisation adéquate du patrimoine du ministère et le contrôle annuel des effectifs.

En plus des mécanismes de suivi suscités, une revue conjointe sectorielle et une revue annuelle interne sont instaurées. La revue conjointe sectorielle ayant pour objectif de présenter le Plan de Travail Annuel du Ministère avec son schéma de financement, et d'évaluer conjointement la mise en œuvre de ce plan est tenue annuellement. Il s'agit de donner les recommandations en vue du prochain cycle de planification. Cette revue conjointe sectorielle regroupe les parties prenantes du secteur santé dans la mise en œuvre du PDSS. Elle est tenue deux fois par an.

Une revue annuelle en interne du Ministère a pour objectif de présenter la performance de chaque structure opérationnelle périphérique et intermédiaire dans l'atteinte des objectifs et des résultats du PDSS et consiste aussi à discuter en interne les problèmes et chercher les solutions communes, et de tirer les leçons afin d'améliorer le prochain cycle de planification.

4.7. PLAN DE SUIVI EVALUATION

Le plan de suivi évaluation comporte les indicateurs de performance, les calendriers de suivi évaluation et permet de aboutir à l'émission des recommandations qui réorienter la continuité de la réalisation de la mise en œuvre de toutes les interventions du PDSS.

4.7.1. Les indicateurs de performance

Après mise en harmonisation du PDSS avec le PND, le document de performance MSANP et du cadre du suivi et évaluation du Système National Intégré de Suivi et Evaluation (SNISE), les indicateurs de performance à surveiller sont résumés dans le tableau ci-dessous:

Tableau 5: Tableau synoptique des indicateurs de performance

INDICATEURS	PDSS	PND	Loi des Finances 2015	SNISE
Taux d'exécution budgétaire			<u>Programme 024:</u> Administration et Coordination <u>Objectif 024-3:</u> Développer une stratégie appropriée de financement du secteur santé	
Taux d'utilisation des consultations externes au niveau des CSB	4.2.2: Stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux <u>Effet 1:</u> La population utilise les services et les soins à tous les niveaux	<u>Axe 4:</u> « Capital humain adéquat au processus de développement » <u>Programme 1:</u> santé aux normes de qualité et accessible à tous	<u>Programme 502:</u> Fourniture de services de santé de base <u>Objectif 502-1:</u> Améliorer l'accès aux services de santé de qualité	
Taux de accouchement au niveau des CSB et CHRD	4.2.4: Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant <u>Effet 1:</u> La lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale renforcée <u>Produit 1.1:</u> Les services de santé de la mère et du nouveau-né sont utilisés par la population	<u>Objectif 1:</u> Améliorer l'accès de la population aux soins de qualité <u>Sous-objectif 2:</u> Améliorer le niveau de satisfaction des usagers et de la fonctionnalité du système sanitaire	<u>Programme 506:</u> Survie et développement de la mère et de l'enfant <u>Objectif 506-1:</u> Accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile	<u>Défi 1:</u> Assurer la fourniture de services de santé de qualité à tous <u>Effet 1:</u> Services de santé adéquats, accessibles et de qualité dispensés à la population

INDICATEURS	PDSS	PND	Loi des Finances 2015	SNISE
Taux de couverture vaccinale DTCHepb Hib3	<p>4.2.4: Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant</p> <p><u>Effet 2:</u> La lutte contre la mortalité infantile et infantile-juvénile renforcée</p> <p><u>Produit 2.3:</u> La lutte contre les maladies évitables par la vaccination est renforcée</p>		<p><u>Programme 506:</u> Survie et développement de la mère et de l'enfant</p> <p><u>Objectif 506-1:</u> Accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile (506-1-2)</p>	<p><u>Défi 5:</u> Réduire la mortalité infantile-juvénile</p> <p><u>Effet 1:</u> Mortalité infantile-juvénile réduite</p> <p><u>Produit 2:</u> Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant assurée au niveau des services de santé de base</p>
Taux de couverture contraceptive	<p>4.2.4: Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant</p> <p><u>Effet 1:</u> La lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale renforcée</p> <p><u>Produit 1.3:</u> la population bénéficie des informations et des services de PF</p>		<p><u>Programme 506:</u> Survie et développement de la mère et de l'enfant</p> <p><u>Objectif 506-2:</u> Promouvoir la santé de reproduction de la femme et de l'adolescente (506-1-3)</p>	<p><u>Défi 4:</u> Mettre en œuvre une stratégie efficace de planning familial</p> <p><u>Effet 1:</u> Taille moyenne de la famille malagasy réduite</p> <p><u>Produit 1:</u> Satisfaction des besoins en planification familiale assurée, surtout au niveau communautaire et dans les zones rurales enclavées</p>

INDICATEUR DE RESULTATS	PARAMETRES MESURES	VALEUR DE BASE 2013	VALEUR CIBLE 2019	SOURCE
FINANCEMENT				
Taux d'exécution budgétaire		74,27% (Taux d'engagement)		Document de performance
Part du budget alloué au secteur santé par rapport au budget général de l'Etat (proportion du budget de l'Etat alloué à la santé)		8,1%	12%	Document de performance
PRESTATION DE SERVICE/SOINS				
Taux d'utilisation des consultations externes au niveau des CSB	Fréquentation des CSB	35,7%	40%	
Santé Mère-Enfant				
Taux d'accouchement au niveau des CSB et CHRD (taux d'accouchement assistés par du personnel qualifiés) Service de qualité	Normes en matière d'accouchement	44,3%	90%	Document de performance
Taux de couverture vaccinale DTCHepb Hib3		90%	95%	Document de performance
Taux de couverture contraceptive	Utilisation de méthodes contraceptives	28%	38 %	Document de performance
Lutte contre les maladies				
Taux de létalité par la peste		17,12%	< 10%	
Taux d'incidence du paludisme au niveau CSB		3,2%		
Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPB+		82%	Supérieur à 85% par an	
Taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes au niveau formations sanitaires		76,2%		

INDICATEUR DE RESULTATS	PARAMETRES MESURES	VALEUR DE BASE 2013	VALEUR CIBLE 2019	SOURCE
Taux de létalité par AVC en milieu hospitalier	Prise en charge correcte de l'HTA	40%	20%	Document de performance
RESSOURCES HUMAINES				
Pourcentage de CSB2 ayant au moins 2 agents de santé				
SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRES				
Taux de promptitude		75%	100%	
INTRANTS, INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENT				
Taux de disponibilité en Médicaments Essentiels Génériques de qualité au niveau CSB		87%	100%	

4.7.2. Le calendrier de suivi évaluation

Tableau 6: Calendrier de suivi-évaluation

ACTIVITES	PERIODE	COUT ESTIMATIF	OBJECTIFS
Supervision (Centrale-Régionale)	2 fois par an		<ul style="list-style-type: none"> - Faire le point sur l'état de mise en œuvre des activités du PDSS - Apprécier l'efficacité et l'efficience des interventions - Apprécier les stratégies de mise en œuvre - Mettre en adéquation les intrants et les résultats à court et moyen terme du PDSS - Identifier les points forts et les points faibles - Formuler des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du PDSS - Faire le suivi de la mise en œuvre des recommandations

ACTIVITES	PERIODE	COUT ESTIMATIF	OBJECTIFS
Supervision (Régionale-District)	2 fois par an		
Supervision (District-CSB)	2 fois par an		
Supervision (CSB ó Communautaire)	mensuelle		
Contrôle (CISS/ DAAF/SILOP/DRH)	annuelle		<ul style="list-style-type: none"> - Assurer l'efficacité et la transparence - Améliorer les procédures de gestion administratives, financières et comptables - Disséminer et appliquer les mesures rectificatives
Contrôle de qualité/ enquête des bénéficiaires (CABINET)	annuelle		<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la qualité du contrôle interne effectué ainsi que l'avis des bénéficiaires à propos des services offerts. - Partager les résultats de toutes les descentes. - Prendre des mesures rectificatives.
Revue semestrielle	Juin et Décembre / chaque année		
Revue annuelle (JANS)	Décembre / chaque année	Ar. 120.000.000	
Evaluation à mi-parcours	Janvier 2017 (après revue annuelle 2016)	3% du coût total du PDSS	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le point sur l'état de mise en œuvre des activités du PDSS - Apprécier l'efficacité et l'efficience des interventions - Apprécier les stratégies de mise en œuvre

ACTIVITES	PERIODE	COUT ESTIMATIF	OBJECTIFS
			<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en adéquation les intrants et les résultats à court et moyen terme du PDSS - Identifier les points forts et les points faibles - Formuler des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du PDSS
Evaluation finale	Juillet 2019 (après 1 ^{ère} revue semestrielle 2019)	5% du coût total du PDSS	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le point sur la mise en œuvre du PDSS - Évaluer l'atteinte des objectifs d'impact - Apprécier la pérennité et la durabilité des acquis - Faire des propositions pour la pérennisation des acquis - Formuler des recommandations pour l'élaboration du prochain PDSS

Pour chaque évaluation on aura:

- une évaluation interne et une évaluation externe;
- une enquête auprès des bénéficiaires (enquête de satisfaction);
- des études ou enquêtes spécifiques à déterminer si nécessaire.

V. COUT ET FINANCEMENT DU PDSS

La mise en œuvre des différentes stratégies dans le PDSS requiert la mobilisation de ressources de la part de l'État et des PTF. Ces ressources devraient couvrir les coûts de ces stratégies, c'est-à-dire les besoins financiers du secteur santé pour la période 2015-2019.

5.1. MÉTHODOLOGIE DE BUDGÉTISATION

Madagascar a décidé d'utiliser l'outil financier OHT pour la budgétisation du PDSS. C'est un outil pour la planification stratégique de santé à moyen terme au niveau national, un outil fédérateur pour les PTF.

Le processus a commencé par le renforcement des capacités d'une équipe nationale, suivi d'une collecte des données par chaque direction et programme selon les modules dans l'OHT. L'OMS et l'USAID (USAID) ont apporté les appuis techniques et financiers dans la mise en œuvre de ce processus.

5.2. SCÉNARIIS DE COÛT ET IMPACTS

Trois scénariis de coût sont présentés dans ce document. Ces scénariis vont être mis en œuvre en fonction des ressources qui vont être disponibles. Il s'agit du:

- i. Scénario selon les besoins réels du secteur santé;
- ii. Scénario de maintien de la couverture et des interventions pour la santé maternelle et infantile et une réduction de 1/3 des autres interventions;
- iii. Scénario de réduction de 1/3 de l'ensemble des couvertures et des interventions

Pour chaque scénario, il est présenté le coût estimatif et les impacts. Il est à signaler que plus les ressources disponibles baissent, plus les impacts diminuent. Ainsi, la présentation de ces trois scénariis constitue un instrument de plaidoyer pour le secteur santé auprès du Gouvernement et des PTF.

5.2.1. Scénario 1

5.2.1.1. *Coût estimatif du scénario 1 selon les axes stratégiques du PDSS*

Le tableau ci-après montre le coût estimatif pour chaque axe prioritaire du PDSS. Il reflète les besoins réels de financement du secteur santé. La couverture pour les interventions dans ce scénario est présentée en annexe.

Tableau 7: Coût estimatif du scénario 1

En milliard Ariary

Axes prioritaires	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
1. L'amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux	4,82	3,70	3,87	2,85	2,79	18,03
2. La stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux	0,43	0,23	0,23	0,23	0,23	1,34
3. Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé	420,09	355,94	323,63	338,03	365,68	1 803,37
4. Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant	325,56	360,25	391,55	368,75	386,57	1 832,69
5. Renforcement de la lutte contre les maladies	167,82	272,17	196,82	195,51	275,46	1 107,78
6. Promotion des comportements sains et protection de la santé	18,30	19,66	22,63	23,55	24,33	108,49
TOTAL	937,03	1 011,95	938,73	928,92	1 055,06	4 871,69

5.2.1.2. *Métrique du scénario 1*

Le tableau sur les métriques permet de mesurer l'impact des interventions pour ce scénario. Ainsi, avec ce scénario, le taux de mortalité maternelle passera de 434,51 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 à 308,86 pour 100 000 naissances vivantes en 2019. Par ailleurs, le taux de mortalité des moins de 5 ans et le taux de mortalité néonatale passeront successivement de 48,28 à 34,52 et de 23,31 à 15,40 pour la même période.

Tableau 8: Métriques du scénario 1

Métrique	2015	2016	2017	2018	2019
Coût total (en milliard Ariary)	937,03	1 011,95	938,73	928,92	1 055,06
Population Totale	23 835 427	24 480 359	25 128 652	25 781 502	26 435 881
Coût total par habitant (Ariary)	39 312	41 337	37 357	36 030	39 910
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)	48	45	41	38	35
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances)	23	21	19	17	15
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	435	401	368	336	309
Décès totaux infantiles évités (âges 0-4)	2 273	5 403	8 250	11 137	13 870
Décès maternels totaux évités	337	611	880	1 136	1 360
Décès dus au SIDA évités (tous âges)-cumulatifs	332	465	591	684	774

5.2.2. Scénario 2

Le scénario 2 maintien au même niveau du scénario 1 toutes les interventions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. Par contre pour ce scénario, les autres interventions sont diminuées de 1/3, entre autre la couverture ainsi que le coût des interventions.

5.2.2.1. Coût estimatif du scénario 2 selon les axes stratégiques du PDSS

Tableau 9: Coût estimatif du scénario 2

Axes prioritaires	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
7. L'amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux	4,37	3,58	3,43	2,73	2,68	16,79
8. La stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux	0,29	0,15	0,15	0,15	0,15	0,89

Axes prioritaires	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
9. Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé	406,78	349,84	318,01	334,73	361,89	1 771,25
10. Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant	320,29	355,76	386,67	364,18	381,70	1 808,60
11. Renforcement de la lutte contre les maladies	114,61	224,30	135,01	143,33	219,52	836,77
12. Promotion des comportements sains et protection de la santé	12,55	13,50	15,51	16,17	16,74	74,47
TOTAL	858,89	947,12	858,79	861,29	982,68	4 508,77

5.2.2.2. *Métrique du scénario 2*

Le scénario 2 a le même impact que le scénario 1, en ce qui concerne la santé maternelle et infantile. Ces impacts sont résumés dans le tableau des métriques de ce scénario.

Tableau 10: Métrique du scénario 2

Métrique	2015	2016	2017	2018	2019
Cout total (en milliard Ariary)	858,89	947,12	858,79	861,29	982,68
Population Totale	23 834 647	24 478 832	25 126 451	25 778 684	26 432 494
Coût total par habitant (Ariary)	32 675,85	36 547,36	32 659,52	32 179,11	36 836,49
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)	48	45	41	38	35
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances)	23	21	19	17	15
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	435	401	368	336	309
Décès totaux infantiles évités (âges 0-4)	2 273	5 403	8 250	11 137	13 870
Décès maternels totaux évités	337	615	886	1 146	1 372
Décès dus au SIDA évités (tous âges) ó cumulatifs	206	256	354	420	479

5.2.3. Scénario 3

Le scénario 3 utilise comme point de départ le scénario 2. Par contre à la différence de ce dernier, la couverture et les interventions en matière de santé maternelle et infantile sont réduites de 1/3.

5.2.3.1. *Coût estimatif du scénario 3 selon les axes stratégiques du PDSS*

Tableau 11: Coût estimatif du scénario 3

Axes prioritaires	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
1. L'amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux	4,37	3,58	3,43	2,73	2,68	16,79
2. La stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux	0,29	0,15	0,15	0,15	0,15	0,89
3. Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé	388,51	342,43	312,98	329,40	355,73	1 729,06
4. Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant	222,68	246,22	267,20	252,98	260,72	1 249,79
5. Renforcement de la lutte contre les maladies	104,69	214,77	125,42	133,63	209,62	788,13
6. Promotion des comportements sains et protection de la santé	12,56	13,50	15,52	16,17	16,74	74,48
TOTAL	733,10	820,66	724,70	735,06	45,64	3 859,15

5.2.3.2. *Métrique du scénario 3*

Les impacts du scénario 3 sont très minimes par rapport à ceux des scénarii 1 et 2. Ainsi en l'espace de 5 ans, les gains sont de 5 points de pourcentage pour le taux de mortalité infantile pour la période 2015-2019, contre 13 points de pourcentage pour les deux premiers scénarii. Il en est de même pour le taux de mortalité maternelle qui passe de 452 à 422 pour 100 000 naissances vivantes si pour les deux scénarii, ces taux passent de 435 à 309 entre 2015 et 2019.

Tableau 12: Métrique du scénario 3

Métriques	2015	2016	2017	2018	2019
Cout total (en milliard Ariary)	733,10	820,66	724,70	735,06	845,64
Population Totale	23 833 669	24 475 379	25 119 262	25 766 512	26 412 186
Coût total par habitant (Ariary)	27 399,35	31 385,45	27 330,73	27 295,24	31 676,11
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)	50	48	46	44	45
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances)	24	23	22	20	21
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	452	431	409	387	422
Décès totaux infantiles évités (âges 0-4)	1 293	2 905	4 473	6 090	5 632
Décès maternels totaux évités	202	372	548	725	445
Décès dûs au SIDA évités (tous âges) - cumulatifs	206	256	354	420	479

5.3. FINANCEMENT

Le volet financement met en évidence la prévision des ressources pour l'Etat et les partenaires techniques et financiers, à partir du cadrage macro-économique et sur la base de la projection des tendances observées.

5.3.1. Cadrage macro-économique

Le cadrage macroéconomique permet d'estimer l'espace budgétaire qui peut revenir au secteur santé. L'estimation de ce budget tient compte des perspectives ou contraintes économiques et financières projetées pour la période 2015-2019, dont notamment le taux de croissance économique et le taux d'inflation. Le développement des scénarii dépend de ce cadrage.

Tableau 13: Projection du taux de croissance économique réel pour 2015 à 2019

Scénario	2015	2016	2017	2018	2019
Tendance 1995-2012	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%
Projection Fonds Monétaire International	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
Estimation PND	5,0%	7,0%	8,9%	10,4%	10,5%

Tableau 14: Projection du taux d'inflation pour 2015 à 2019

Scénario	2015	2016	2017	2018	2019
Tendance 1995-2012	9,4%	9,4%	9,4%	9,4%	9,4%
Projection Fonds Monétaire International	7,3%	5,7%	5,3%	5,0%	5,0%

5.3.2. Estimation des ressources disponibles

La contribution de l'État au financement du PDSS, pour la période 2015-2019 tiendra compte du cadrage macro-économique, mais également de la capacité d'absorption du Ministère chargé de la Santé. Ainsi, il peut y avoir au moins 3 scénarii de financement pour l'État.

- i. Le premier scénario se réfère de la tendance d'avant 2015, avec un taux de croissance économique de l'ordre de 3,5% par ans et un taux d'inflation de 9,4% par an.
- ii. Pour le deuxième scénario, le taux de croissance économique se réfère de la projection du PND combiné avec l'évolution du taux d'inflation suivant la projection du FMI. Pour ces deux scénarii, le budget alloué au secteur santé est en moyenne de 8,1% du budget de l'État.
- iii. Quant au troisième scénario, il se réfère du deuxième mais prend en considération la recommandation d'Abuja et qui a été reprise par la Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ainsi, une augmentation de la part du budget de l'État allouée à la santé de l'ordre de 1,5 point de pourcentage par an est prévu pour atteindre les 15% en 2019.

Tableau 15: Prévision du Financement de l'État

En milliards d'Ariary

Scénario	2015	2016	2017	2018	2019
Suivant la tendance 1995-2014	415,87	468,07	527,13	593,95	669,55
Suivant estimation du PND (Taux d'inflation selon projection Fonds Monétaire International)	408,42	459,48	524,16	604,64	698,55
Suivant estimation du PND et tenant compte de la recommandation d'Abuja	461,6	604,7	786,9	1 019,50	1 306,60

Pour ce qui est du financement provenant des partenaires, deux scénarii sont proposés. Le premier se réfère de l'annonce et du positionnement de chaque partenaire, combiné avec une projection de la part des aides budgétaires. Pour le deuxième scénario, il est projeté une augmentation de 15% par an de leurs contributions.

Tableau 16: Financement Externe

(Selon taux de change septembre 2014 BCM)

En milliards d'Ariary

Scénario	2015	2016	2017	2018	2019
Positionnement des PTF					
Total OMS	3,30	3,06	3,36	3,42	3,84
Total USAID	117,60	117,60	117,60	114,00	-
Total UE	32,40	18,00	4,32	-	-
Total Fonds Mondial	65,33	74,20	96,79	-	-
Total GAVI	49,69	59,78	50,43	45,90	-
Total BAD	31,69	31,02	11,07	4,42	4,42
Total UNICEF	39,60	36,00	16,80	15,60	15,60
Total CBM	0,87	0,91	0,91	-	-
Total AFD	17,62	11,99	0,23	0,17	-
Total UNFPA	18,00	15,60	15,60	15,60	15,60
Total Banque Mondiale	34,09	7,24	-	-	-
Total Autres	94,78	94,78	94,78	94,78	94,78
TOTAL	504,98	470,18	411,88	293,89	134,24

5.3.3. Besoins de financement

En se référant au scénario de financement le plus bas pour l'Etat et au positionnement des PTF, les trois scénarii de dépenses mettent en évidence un GAP de financement qu'il faut combler. Le tableau suivant met en exergue ce besoin de financement pour la période 2015-2019.

Tableau 17: Besoin en financement

En milliard Ariary

Scénario	Coût total	Financement prévisionnel disponible			GAP
		Etat	PTF	Total	
Scénario 1	4 871,69	2674,57	1815,17	4 489,74	381,95
Scénario 2	4 508,77	2674,57	1815,17	4 489,74	19,03
Scénario 3	3 859,15	2674,57	1815,17	4 489,74	0

CONCLUSION

Ce PDSS donne les cadrages des interventions de développement sanitaire pour les cinq années à venir à Madagascar. De façon pragmatique, il est attendu, au terme de sa mise en œuvre, que la population malagasy accède et utilise les soins de qualité, offerts à tous les niveaux du système de soins, et selon ses besoins. Les stratégies mises en place réduiront au minimum les préoccupations sanitaires liées à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, à la maîtrise de l'évolution des maladies endémiques, épidémiques, négligées et non transmissibles, et à l'adoption des comportements sains par la population. Pour y parvenir, le système de santé devra être renforcé, bien organisé, et bien géré dans un cadre de bonne gouvernance et de leadership fort.

La réussite de la mise en œuvre de ce PDSS dépend fortement de l'implication effective, coordonnée et efficace de toutes les parties prenantes dans le développement sanitaire du pays, de leur redevabilité, ainsi que de la disponibilité de toutes les ressources nécessaires à sa réalisation. Sur ce dernier point, comme l'économie nationale est encore fragile avec un taux de croissance très faible, les ressources disponibles sont rares et ne permettent pas de répondre à l'ampleur des besoins réels de santé. Le budget du secteur santé étant tributaire du financement externe à près de 80% environ, la réalisation des interventions prioritaires va inévitablement souffrir à défaut d'aides extérieures et de la participation des entités concernées. Le budget alloué au secteur de la santé devrait alors augmenter annuellement parallèlement aux besoins ressentis et les procédures de mobilisation et d'utilisation des fonds devraient être assouplies. En sus de ces problèmes de ressources financières, la mauvaise gouvernance, les crises sociopolitiques récurrentes, la politisation de l'administration, les changements fréquents des responsables, le non-respect de la continuité de l'État dans l'administration des services publics, la suspension des aides budgétaires par les PTF et l'influence négative encore prépondérante des us et coutumes constituent des risques potentiels qui peuvent rendre illusoire l'atteinte des objectifs.

La compréhension des enjeux et défis, décrits dans ce document, par le Gouvernement, les PTF, la Société Civile, le secteur privé, la Communauté et les agents de santé eux-mêmes, constitue l'étape primordiale pour mettre en place la volonté d'œuvrer ensemble en vue de la concrétisation des objectifs fixés. La dissémination accompagnée d'explication de ce document auprès de tous les acteurs du secteur de la santé s'avère ainsi indispensable. Par la suite, tous les programmes sous-sectoriels de la santé doivent être articulés à ce PDSS pour qu'il y ait une synergie des actions ainsi qu'une efficacité et efficience de l'utilisation des ressources. Ces étapes sont déterminantes et décisives avant d'espérer que la réalisation soit effective et que la réussite soit au rendez-vous.

ANNEXES

Annexe 1. BIBLIOGRAPHIE

- 1 : 62^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé: Extraits: OMS Avril 2009
- 2 : Analyse des modalités de renforcement du financement du secteur de la santé depuis 2004
- 3 : Atlas OMS
- 4 : Christian ABONNEL: Extraits étude de la LF 2014: Nov.2014
- 5 : Conférence internationale sur les soins de santé primaire et le système de santé en Afrique
- 6 : Déclaration d'Ouagadougou, 28 au 30 avril 2008
- 7 : Déclaration de Kampala on "Fair and Sustainable Health Financing : Nov.2005
- 8 : Déclaration d'Ouagadougou-Extraits : Avril 2008
- 9 : Déclaration de Paris: 2005
- 10 : Déclaration de Rome sur l'harmonisation : Mars 2003
- 11 : HEALTH METRICS NETWORK, Directives relatives au processus de planification stratégique du SIS Version 6-Mars 2009
- 12 : HERA: Étude de critères pour la répartition e des allocations budgétaires aux structures sanitaires décentralisées: Février 2014
- 13 : J. Sauret, Évolutions en matière de Systèmes d'information de santé (SIS), dossier médical personnel-Corte 20 juillet 2007
- 14 : M. Kouidhi: Madagascar UNDAF 2015-2019 : Éléments de diagnostic et d'orientation stratégique-Février 2014
- 15 : Évaluation de la vulnérabilité et des Politiques Sociales et Perspectives d'Avenir (Banque Mondiale-Mai 2012)
- 16 : Manuel de procédure de la Gestion des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique
- 17 : Plan stratégique de renforcement du système national d'information et de gestion 2011-2015, Cotonou, décembre 2010
- 18 : OMS, Comité Régional de l'Afrique, Plan Stratégique Régional pour le PEV 2006-2009, Rapport AFR/RC56/7, 17 juin 2006
- 19 : Organigramme du Ministère de la Santé Publique
- 20 : Partenariat de Busan pour une coopération au service de développement : BUSAN, RDC, 29 Nov.-1 Déc. 2011
- 21 : PDSS du Ministère de la Santé 2007 2011
- 22 : Peter BACHRACH : Proposition des modalités d'élaboration et de répartition du Budget de l'Etat pour l'année 2014 Nov.2012
- 23 : Plan intérimaire du Ministère de la Santé-2011-2012
- 24 : Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose Madagascar 2012-2016

- 25 : Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme Madagascar 2013-2017
- 26 : Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire Cameroun, 2009 ó 2015, Décembre 2008
- 27 : Plan Stratégique des Centres Hospitaliers et des Établissements Universitaires de Soins à Antananarivo, 2012-2016. Septembre 2011
- 28 : Politique Nationale de Formation en Santé
- 29 : Public procurement in the Health sector- Assessment Report: August 2009
- 30 : Rapport final en vue de l'élaboration du Plan de Développement des Ressources Humaines pour le secteur santé de Madagascar 2007
- 31 : Sonia LANGUILLE: Madagascar: Diagnostic du cycle de la dépense publique
- 32 : Sources de financement des Dépenses Courantes de Santé (DCS) un CNS 2010
- 33 : Textes réglementaires régissant les agents non encadrés de l'État
- 34 : Textes réglementaires régissant les fonctionnaires de l'État
- 35 : World Health Report 2010 "Health systems financing : the path to universal coverage
- 36 : World Health Report 2010 "Health systems financing : the path to universal coverage
- 37 : EEFS Banque Mondiale 2010 et 2012
- 38 : Plan stratégique pour le renforcement du système d'information sanitaire
- 39 : Analyse des GAP sur la santé maternelle et infantile

Annexe 2. GLOSSAIRE

- Commodités essentielles au niveau des CSB: Disposition de latrines, des salles de consultation garantissant la confidentialité et l'intimité, d'une source d'eau propre, d'une source d'électricité.
- Commodités essentielles au niveau des Hôpitaux: Disposition de latrines, des salles de consultation garantissant la confidentialité et l'intimité, une source d'eau propre, une source d'électricité, d'une ambulance, de téléphone, d'ordinateurs et de connexion internet.
- Mutuelle de santé du type assurance: Le mécanisme utilisé consiste à apporter une protection mutuelle par la mise en commun des ressources sur la base des principes de l'assurance. Par conséquent il fonctionne sur la base d'une cotisation forfaitaire périodique de chaque adhérent. Cette participation assure le membre du type de risque que la mutuelle accepte de prendre en charge pour une période déterminée par les règlements de la mutuelle. Cette période est généralement d'une année et le renouvellement de la cotisation conditionne la disponibilité permanente du fonds de renouvellement.
- Mutuelle du type crédit: Exemple: Mutuelle de crédit d'Ankazomanga Ouest à Antananarivo
Le fonctionnement peut être assimilé à celui du système bancaire. Les cotisations des membres alimentent un fonds à partir duquel chaque membre pourra prélever à titre de prêt ce dont il a besoin ou une somme fixée par les règlements de la mutuelle pour payer les soins en cas de maladie. La somme prêtée sera remboursée sans aucun intérêt mais dans les conditions fixées par les membres. La somme prêtée sera remboursée sans aucun intérêt mais dans les conditions fixées par les membres. Le remboursement assure la disponibilité permanente du fonds.
- Mutuelle mixte crédit et assurance Exemple: cas de la Mutuelle Fitsinjo à Sahambavy, dans la région de Fianarantsoa
Le système mixte combine en même temps le crédit et l'assurance dans ses modalités de prise en charge. Pour certains paquets de services, la prise en charge est totalement assurée, tandis que pour des paquets bien déterminés le crédit est appliqué. Ainsi, le système fonctionne sous forme de micro assurance pour les soins de base mais pour certaines pathologies nécessitant une référence au niveau du CHR, le patient bénéficie à titre de crédit un montant variable liée à la nature de la pathologie.

Annexe 3. LISTE DES OMD LIES A LA SANTE

OMD 1: Réduire l'extrême pauvreté et la faim (Cible 3 : Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la part des individus souffrant de la faim (malnutrition, sous-nutrition) ;

OMD 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans (Cible A: réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015);

OMD 5: Améliorer la santé maternelle (Cible 1: réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015; Cible 2 Rendre universel l'accès à la médecine procréative d'ici à 2015);

OMD 6: Combattre le VIH/ Sida, le Paludisme et d'autres maladies (Cible 1: arrêter la propagation du VIH/Sida et inverser la tendance actuelle d'ici 2015; Cible 2: rendre accessible à tous d'ici 2015 les traitements disponibles contre le VIH/SIDA; Cible 3: maîtriser le paludisme et inverser la tendance; réduire de moitié la prévalence de la tuberculose en 2015) ;

OMD 7: Assurer un environnement durable (Cible 1: réduire de moitié d'ici 2015 le % de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement;

OMD 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (Cible E: rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement en coopération avec l'industrie pharmaceutique).

Annexe 4. DIAGNOSTIC ET ANALYSE FFOM

1. Diagnostic et Analyse FFOM du volet «Organisation et gestion du système national de santé»

Le faible leadership et la mauvaise gouvernance à tous les niveaux du système de santé sont dus principalement aux effets négatifs de la crise sociopolitique de 2009 à 2013. Cette situation se manifeste surtout par (i) le non-respect de l'État de droit, (ii) la forte centralisation du système, et (iii) l'absence d'une planification de politique de développement sanitaire coordonnée, inclusive et cohérente.

La mauvaise gouvernance est aggravée par l'insuffisance des ressources humaines en santé ainsi que par la faible capacité des responsables en leadership et en gestion du système. Le faible financement du secteur accentue la mauvaise gestion du secteur. En effet les problèmes de financement résident surtout dans l'absence d'une politique et des stratégies de financement de la santé, l'inefficacité du budget de l'État par rapport aux priorités et aux besoins réels de la population. Il s'agit aussi de la faible mobilisation des ressources locales et nationales en faveur de la santé.

Par rapport au SIS, diverses stratégies ont été mises en œuvre pour améliorer la qualité des données en vue de leur utilisation en collaboration avec les partenaires (enquêtes, supervision, formation, revues, etc.). Mais la culture d'utilisation des données est jusqu'à maintenant peu développée malgré les formations fréquentes réalisées. En termes de ressources humaines en gestion de données, leur qualité est fonction de leur niveau de connaissance en informatique (manipulation logiciel) et statistique de base sinon leur production se limite en termes de recueil et d'envoi des données.

La non disponibilité ou insuffisance de statisticiens et d'épidémiologistes au sein du Ministère de la Santé Publique est une problématique importante pour l'exploitation approfondie des données, affaiblit le système d'information sanitaire, occasionnant ainsi le recours à des consultants nationaux ou internationaux pour des travaux d'évaluations, des études/enquêtes épidémiologiques.

En outre, le faible financement du SIS limite le renouvellement du parc informatique et l'utilisation des NTIC. Ces constats entraînent des problèmes en matière de surveillance épidémiologique. En effet, la détection à temps des éclosions d'épidémies n'est pas effective faute de moyens de communication adéquats. En termes de suivi-évaluation du système, l'absence des directives et de contrôle des activités de suivi-évaluation intra et extra sectoriels, l'insuffisance du budget alloué pour le suivi et l'évaluation entraînent une défaillance dans l'application du système de Planification Budgétisation Suivi Évaluation. Enfin, en matière de recherche opérationnelle, l'absence de coordination, l'insuffisance d'exploitation scientifique de la recherche et l'inadéquation des recherches exécutées par rapport aux besoins nationaux constituent des obstacles à l'obtention de bases scientifiques et des bases factuelles servant d'outils d'aide à la prise de décision, nécessaires à tous les niveaux pour améliorer les politiques publiques pour la santé.

Par rapport aux intrants de santé, l'insuffisance de suivi et d'audit au niveau des PhaGeCom, PhaGDis et unités de pharmacie des hôpitaux de référence favorise la mauvaise gestion logistique des intrants, les vols et détournements. En outre, l'incapacité de pérenniser le système revolving au niveau des P PhaGeCom, des unités de pharmacies des centres

hospitaliers entraîne la rupture des médicaments et le dysfonctionnement du système d'approvisionnement jusqu'à la Centrale d'achat SALAMA.

Concernant les infrastructures, le diagnostic révèle une couverture sanitaire peu satisfaisante car seules 60% de la population vivent à moins de 5km d'une formation sanitaire. Seuls 30% des CSB sont aux normes en matière d'infrastructure et de plateaux techniques, et 71% sont sans eau et non électrifié. Cette situation montre que beaucoup reste à faire pour l'amélioration des infrastructures sanitaires de base. D'où la volonté du Ministère chargé de la santé publique de transférer la maîtrise d'ouvrage des infrastructures sanitaires au CTD. Pour les infrastructures et équipements hospitaliers, on note une faible accessibilité géographique et financière de la population aux centres hospitaliers de référence (avec chirurgie). En effet, 50 districts sanitaires ne disposent pas de CHRD avec chirurgie et certains d'entre eux sont dans des zones très enclavées et difficilement accessibles toute l'année (Ambatomainty, Antsalova, Befotaka Sud, Kandrehu). En outre, il est à noter le manque de plateaux techniques des centres hospitaliers de référence tant en quantité qu'en qualité.

Analyse FFOM

L'analyse du volet «Organisation et gestion du système de santé» permet de dégager les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités suivantes:

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - la disponibilité des bonnes pratiques en matière de santé publique qui nécessitent une mise à l'échelle: 5S, qualité sociale et communes championnes, financement basé sur la performance, interventions communautaires, - l'existence d'un réservoir d'agents à la DRH disponibles, ayant soif d'apprendre et d'amorcer le changement (adhésion à priori); - la mise en œuvre du Plan Stratégique de Renforcement du SIS avec appui des partenaires; - la disponibilité d'un circuit d'approvisionnement des intrants de santé aux normes 	<ul style="list-style-type: none"> - le manque de vision et de stratégie claire; - la faible capacité de leadership et de management des responsables à tous les niveaux; - l'inexistence des outils de gestion de base des ressources humaines - l'approche GPEEC inexistant - la déficience en gestion des informations; - la défaillance en matière de coordination et d'harmonisation du SIS; - la déficience en logiciels, en matériels informatiques et en moyens de communication; - la faible capacité de planification et de gestion des recherches sur le système de santé des acteurs; - la faible sécurisation des fonds et du magasin des PhaGCom entraînant des vols et des détournements; - la rupture de stock en intrants trop fréquente au niveau des PhaGCom et des PhaGDis; - la faiblesse de l'accessibilité géographique et financière des centres de référence - les infrastructures publiques et les plateaux techniques ne sont pas aux normes; - le financement insuffisant du secteur - la faible capacité en gestion des finances publiques des acteurs

OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - la volonté politique du gouvernement dans la gestion du SIGFP et l'application du système de Planification Budgétisation Suivi Évaluation; - l'engagement présidentiel sur l'Etat de droit et de la bonne gouvernance; - le mouvement de réforme administrative et institutionnelle au niveau national; - la volonté politique du gouvernement d'améliorer les services de base; - la volonté institutionnelle d'amorcer une approche de GPEEC; - la collaboration étroite avec les PTF; 	<ul style="list-style-type: none"> - la continuité de la politisation du Ministère; - le non alignement des PTF sur les priorités nationales; - la verticalisation des programmes de santé;

2. Diagnostic et analyse FFOM en matière de prestation de services

Les problèmes majeurs en matière d'offre de services cités ci-dessus ont en général des causes d'ordre financier, organisationnel et de gouvernance. Mais, outre l'absence de l'accès aux soins de santé de base, le continuum des soins tant sur le domaine horizontal que vertical n'est pas satisfaisant. En effet, les paquets de soins (CPN recentrée, lutte contre les principales maladies transmissibles, ...) ne sont pas disponibles en totalité au niveau des formations sanitaires (faute de plateaux techniques ou d'insuffisance en personnels qualifiés) ou bien les soins sont dispensés dans différents centres souvent très éloignés les uns des autres. En outre, en matière de demande, la faiblesse de l'IEC/CCC, de la mobilisation sociale et ainsi que l'insuffisance de la participation communautaire et du plaidoyer accentue la faible fréquentation de ces paquets de soins de ces services.

Pour le continuum de soins dans le domaine vertical, le problème majeur est la faiblesse du système de référence contre référence à tous les niveaux surtout en matière d'urgence obstétricale et néonatale dont les principales causes sont:

- l'insuffisance des moyens de transport ;
- la faible capacité financière des malades et de la famille pour le transport et le séjour à l'hôpital ;
- la faiblesse de l'entraide au niveau de la communauté ;
- la faiblesse de l'IEC et du CCC sur les dangers des principales maladies à risque ;
- la faible compétence des agents de santé du niveau périphérique (CSB, CHRDI) en matière de diagnostic et de prise de décision ;
- la faiblesse des plateaux techniques et en ressources humaines qualifiées du centre de référence.

Analyse FFOM

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - la disponibilité de structure organisationnelle et de décision (COGE, CoSaní .); - la disponibilité de personnels compétents en matière d'IEC/CCC; - la disponibilité en personnes ressources au niveau de la communauté; - la disponibilité en documents de référence à tous les niveaux du système de soins (communautaire, soins de base et soins de référence); - la disponibilité en personnels qualifiés au niveau des centres hospitaliers de référence; - la gratuité des soins à haut impact; - la disponibilité de FE à tous les niveaux d'offres de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence de coordination et d'harmonisation des interventions communautaires; - la faible couverture en CCDS; - le faible financement des interventions communautaires; - l'iniquité de l'accès aux soins de santé de base au détriment des zones enclavées et éloignées; - l'insuffisance de FS disposant de plateaux techniques répondant aux normes; - la vétusté des formations sanitaires; - l'insuffisance de personnels soignants tant en quantité qu'en qualité; - la non-effectivité du système de référence contre référence; - la faible disponibilité en moyens de transport; - la non disponibilité de centre hospitalier de 1er niveau de référence au niveau de certains districts sanitaires; - l'insuffisance en nombre et en qualité de personnels spécialisés et la mauvaise répartition des existants; - l'absence de planification stratégique hospitalière (Politique hospitalière, Plan de développement du système hospitalier).
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - la forte volonté politique du MSANP en matière de réforme hospitalière ; - la prise de conscience de la population pour la gestion de sa santé ; - l'existence de personnel qualifié et services spécialisés dans les CHU (USIC, dialyse, cancérologie) - l'existence de guide de la mise en œuvre de la PNSC 	<ul style="list-style-type: none"> - l'instabilité politique; - l'insécurité; - la forte dépendance aux PTF; - la mauvaise condition climatique (cyclone, inondation, ..); - la mauvaise qualité des infrastructures routières

3. Diagnostic et analyse FFOM en matière de programmes de santé liés aux OMD

Les principaux problèmes rencontrés au niveau des interventions sanitaires liées à l'atteinte des OMD sont:

- i. la forte mortalité maternelle, liée surtout à la faible capacité de prise en charge des SONU au niveau des formations sanitaires publiques et privées et des facteurs des causes de décès maternels qu'on représente généralement sous la notion des «trois retards»:
 - le retard dans la décision de rechercher des soins,
 - le retard dans le transfert pour aller au centre de santé,

- et le retard dans la réception des soins dans les formations sanitaires.
- L'application du modèle des trois retards est valable aussi bien dans l'explication de la survenue d'un décès maternel que dans la recherche des causes de manquement aux soins prénatals et postnatals. En amont des trois retards existent des facteurs liés à l'environnement, des facteurs liés aux modes de vie et aux comportements de la population et des facteurs liés aux capacités réactives du système des soins.
- ii. la tendance à la hausse de la mortalité néonatale. Cette hausse pourrait être due aux relâchements dans les pratiques d'allaitement et de la vaccination au cours de la grossesse ainsi qu'au contexte sociopolitique que le pays a traversé. Plus de la moitié des décès néonataux surviennent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement⁶¹. Le faible poids à la naissance, la résidence en milieu rural, le bas niveau d'instruction de la mère, les mauvaises conditions socioéconomiques du ménage (pauvreté) constituent les principaux facteurs de risque corrélés à l'avènement des décès infantiles et donc néonataux.
 - iii. Malgré la tendance à la baisse de la mortalité infantile, on note cependant une disparité régionale importante de la mortalité. Quant aux interventions ayant un haut impact sur la mortalité infantile, la couverture vaccinale au niveau communautaire reste encore insatisfaisante due à des problèmes de faible capacité de planification et de coordination des activités avancées. En matière de nutrition, la proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale et souffrante d'un retard de croissance reste élevée. Les problèmes majeurs sont:
 - l'alimentation inadéquate et insuffisante du nourrisson soit par des mauvaises pratiques nutritionnelles des parents, soit par l'existence de difficultés financières du ménage, soit par l'absence de sécurité alimentaire dans les zones à risque;
 - la faible pratique de l'allaitement maternel exclusif;
 - la carence en nutriments et en vitamines A;
 - la faiblesse de centre de prise en charge de la malnutrition tant en quantité qu'en qualité.

En matière de planification familiale et santé de la reproduction des adolescents, les principaux problèmes sont (i) la faible sécurisation des produits contraceptifs surtout au niveau communautaire; (ii) l'insuffisance de l'offre de service PF; (iii) la non fonctionnalité des services à base communautaire dans certaines régions; et (iv) insuffisance des centres de jeunes et de CSB «ami des jeunes» tant sur le plan infrastructure que sur le plan matériels et équipements.

En ce qui concernent les maladies transmissibles, malgré la faible prévalence du VIH, la lutte contre le VIH rencontre 4 grands problèmes: (i) des problèmes comportementaux de PPVIH et de la population; (ii) des problèmes de dépistage; (iii) des problèmes de résistances aux médicaments; et (iv) l'insuffisance de financement interne et la précarité du financement externe.

Pour la lutte contre le paludisme, outre la disparité épidémiologique du taux d'incidence du paludisme, les principaux problèmes sont: (i) faible compétence des AS et des

⁶¹ Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA/WHO). Madagascar : Neonatal and Child Health Profile

AC; (ii) la pratique de l'automédication; et (iii) l'insuffisance de la lutte anti-vectorielle par manque de mesure d'hygiène et d'assainissement.

En matière de lutte contre la tuberculose, on constate surtout le faible accès des pauvres tuberculeux aux centres de traitements (problèmes de transport, problèmes nutritionnels durant le traitement), l'insuffisance de la participation communautaire dans le dépistage et la recherche des cas perdus de vue et le manque de motivation des AC dans l'accompagnement des malades.

Analyse FFOM

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - l'existence de stratégies à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile; - l'existence de plateaux techniques adéquats (ressources humaines compétentes, structures, matériels et intrants) à tous les niveaux du système de santé; - la bonne couverture en soins des principales maladies transmissibles; - la disponibilité en ressources humaines qualifiées dans la prise en charge du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose; - la disponibilité de plateaux techniques au niveau central et périphérique en matière de dépistage et de traitement des maladies transmissibles. 	<ul style="list-style-type: none"> - l'insuffisance de la couverture en centres SONUB et SONUC; - l'insuffisance de la prise en charge des malnutris surtout au niveau communautaire - la faible pratique de l'allaitement maternel exclusif; - la faiblesse de centre de prise en charge de la malnutrition tant en quantité qu'en qualité; - l'insuffisance de la couverture vaccinale au niveau communautaire; - la faible sécurisation des produits contraceptifs surtout au niveau communautaire et au niveau des CSB; - l'insuffisance de l'offre de service PF; - la non fonctionnalité des services à base communautaire dans certaines régions; - l'insuffisance des centres de jeunes et de CSB «ami des jeunes» tant sur le plan infrastructure que sur la plan matériels et équipements; - la pratique de l'automédication; - l'insuffisance de la lutte anti-vectorielle par manque de mesure d'hygiène et d'assainissement; - le faible accès des pauvres tuberculeux aux centres de traitements; - l'insuffisance de la participation communautaire dans le dépistage et la recherche des cas perdus de vue; - le manque de motivation des AC dans l'accompagnement des malades.
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - la présence d'un environnement favorable à la santé de la mère et du nouveau-né tant sur le plan juridique, social et économique que sur le plan technique; 	<ul style="list-style-type: none"> - le bas niveau d'instruction de la mère; - les mauvaises conditions socioéconomiques du ménage (pauvreté); - l'insuffisance de financement interne et la précarité du financement externe;

<ul style="list-style-type: none"> - l'engagement du gouvernement à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, et infantile et à la lutte contre le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> - l'existence de résistance aux ARV; - Stigmatisation et exclusion des PVVIH par la population.
---	--

4. Diagnostic et analyse FFOM en matière de maladies négligées, de maladies non transmissibles, de la promotion de la santé et de la gestion des risques et des catastrophes

Les maladies négligées constituent un problème de santé publique de plus en plus important à Madagascar. En effet, elles sont devenues une cause de morbidité et de mortalité non négligeable pour le secteur. En outre, les stratégies de prévention ne sont guère efficaces ou trop coûteuses (lutte contre les vecteurs, DMM,...) et des facteurs comportementaux et socio-culturels de la population aggravent la situation épidémiologique de ces maladies (péril fécal, manque d'hygiène et d'assainissement). La riposte du MSANP aux maladies négligées est assez importante mais la faible implication des PTF et de l'insuffisance de la coordination intersectorielle limitent l'efficacité des interventions.

En ce qui concerne les maladies non transmissibles, l'un des principaux problèmes est la tendance à la hausse de la morbidité et de la mortalité des maladies non transmissibles. Les principales causes sont:

- l'insuffisance des plateaux techniques pour le dépistage précoce des maladies;
- la faible capacité technique des prestataires pour la prise en charge des cas;
- l'insuffisance de personnels qualifiés pour le dépistage et la prise en charge des MNT;
- la faiblesse de la prise en charge des cas par manque de structure de soins et de médicaments;
- la faible couverture sanitaire;
- l'insuffisance de coordination intersectorielle;
- la faible implication des PTF.

En ce qui concerne les risques et catastrophes, les problématiques reposent sur la promptitude des interventions lors des catastrophes et l'efficacité des interventions. En effet, la riposte est loin d'être immédiate ou à temps du fait de l'inaccessibilité ou des difficultés de transports pour atteindre les zones sinistrées. En outre, la vaste étendue des catastrophes est une des sources des problèmes en matière de prise en charge des sinistrés et de la reconstruction des infrastructures publiques. Mais l'efficacité des interventions dépend en grande partie de la disponibilité financière du secteur et de la participation effective des PTF.

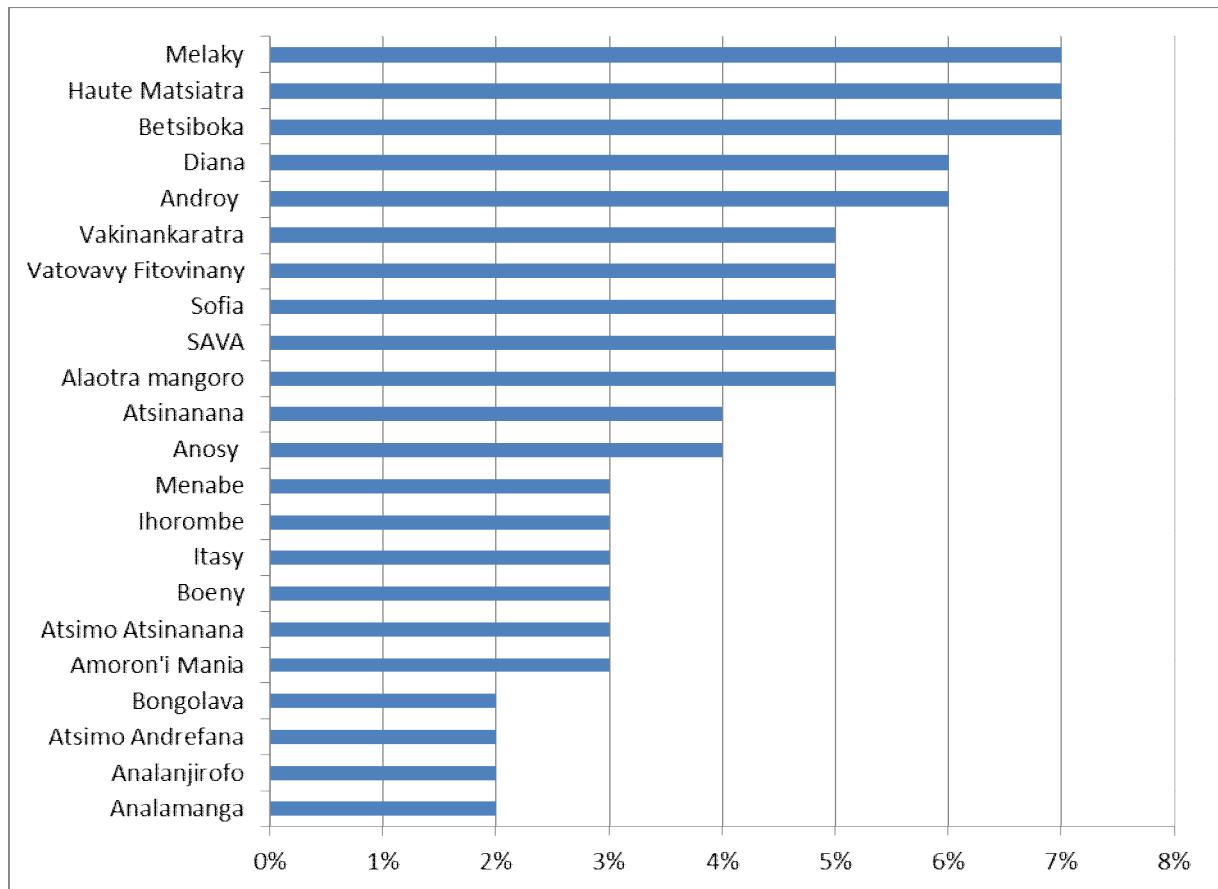
Concernant la promotion de la santé, les principaux problèmes sont:

- la faible capacité technique des acteurs en IEC/CCC;
- le manque de financement de l'activité de prévention et de promotion de la santé;
- le manque de personnels œuvrant dans la promotion de la santé (AC, AS);
- la faible coordination entre les formations sanitaires, la communauté, la société civile et les PTF dans la gestion des campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé;
- la mauvaise répartition géographique des activités de promotion;
- le cloisonnement des actions entreprises des différents acteurs en promotion de la santé.

Analyse FFOM

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - la disponibilité en centre de prise en charge des maladies négligées et maladies non transmissibles; - la disponibilité en documents de politique et de manuels de formation pour la lutte contre les maladies négligées et les MNT; - l'organisation annuelle de campagne de traitement de masse sur certaines des maladies négligées et des maladies non transmissibles; - la disponibilité au niveau central et régional de structure d'intervention en cas de catastrophes; - la forte participation des ONG, de la communauté en matière de promotion de la santé; - la disponibilité des AC ainsi que de documents et manuels de formation; - la disponibilité et la maîtrise des matériels de DEC/CCC à tous les niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> - le manque de financement pour la prise en charge et la prévention des maladies négligées et des maladies non transmissibles; - le manque de matériel de dépistage des MNT (Diabète au niveau de formations sanitaires); - le retard de dépistage des HTA et cancers; - le manque d'infrastructures aux normes pour la prise en charge des maladies négligées et des MNT; - le manque de personnels qualifiés pour les maladies négligées, MNT et la promotion de la santé; - la faible participation de la communauté à la prévention contre les maladies négligées, MNT et la promotion de la santé; - le faible financement des activités de promotion de la santé, de lutte contre les maladies négligées, des MNT et de riposte aux catastrophes.
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - l'engagement des autorités nationales pour la lutte contre les maladies négligées, MNT, PS et gestion des risques et catastrophes; - l'engagement des PTF, ONG et de la société civile dans la lutte contre les maladies négligées, MNT, promotion de la santé; - la disponibilité d'une structure de gestion des risques et de catastrophe au niveau gouvernemental; - l'engagement et la solidarité des PTF, ONG et de la société civile en cas de catastrophes. 	<ul style="list-style-type: none"> - l'insécurité; - instabilité politique; - le changement climatique; - le non alignement des PTF sur la lutte contre les maladies négligées et MNT.

Annexe 5: RÉPARTITION RÉGIONALE DU TAUX DE LÉTALITÉ DE LA TUBERCULOSE SUIVANT LA COHORTE 2012 RAPPORTÉE EN 2013



Annexe 6: TAUX DE COUVERTURE DES INTERVENTIONS POUR LES 3 SCENARI.

Couvertures en % des interventions - Scénario 1

	2015	2016	2017	2018	2019
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction					
Planification familiale					
Stérilisation féminine	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5
Stérilisation masculine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
MAMA	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3
Méthode de barrière vaginale	0	0	0	0	0
Tablettes vaginales	0	0	0	0	0
Autres contraceptifs	0	0	0	0	0
Contraception Urgence (Postinor)	0,4	0,8	1,2	1,6	2
Comprimés vaginaux (Spermicide, Mefengol)	0,4	0,8	1,2	1,6	2
Éducation sur la planification familiale et les pratiques sexuelles sûres	20	20,8	21,6	22,4	23,2
Pilule	2	2,8	3,6	4,4	5,2
Préservatif	0,4	0,8	1,2	1,6	2
Injectable	5,6	6,4	7,2	8	8,8
DIU	0,4	0,8	1,2	1,6	2
Implants	0,8	1,6	2,4	3,2	4
Gestion des complications d'avortement					
Prise en charge des cas post-avortement	8,5	7,5	6,7	5,8	4,8
Soins prénatals - CPN					
Soins prénatals de base	32	33	34	35	36
CPN4	24	26	28	30	32
Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse					
Prise en charge des cas de maladie hypertensive	100	100	100	100	100
Gestion des pré-éclampsies (sulfate de magnésium)	20	30	50	75	90
Gestion des complications de la grossesse d'autres	20	24	28	32	36
Soins à l'accouchement - installations de naissances					
Prise en charge de travail et de l'accouchement	55	66	78	89	100
Prise en charge de la troisième étape de travail	28	37	47	56	65
Gestion de l'éclampsie (sulfate de magnésium)	28	37	47	56	65
Réanimation néonatale (dans un établissement de santé)	12	16	21	26	31
Conseil pour l'alimentation et soutien pour nourrissons de faible poids de naissance	43,9	55,1	66,3	77,6	88,8
Soins à l'accouchement - accouchements à la maison					
Pratiques propres et immédiates de soins néonataux essentiels (à domicile)	43	57	70	85	100
Soins à l'accouchement - Autres					
Corticostéroïdes prénatals pour travail avant	28	37	47	56	65

	2015	2016	2017	2018	2019
terme					
Antibiotiques pour RPM avant terme	28	37	47	56	65
Déclenchement du travail (après 41 semaines)	3	4	5	6	7
Soins post-accouchement - Traitement de l'état septique					
Prise en charge des cas septicémie maternelle	50	60	70	80	90
Soins post-accouchement - Traitement des états septiques chez le nouveau-né					
Septicémie néonatale - antibiotiques injectables	100	100	100	100	100
Soins post-accouchement - Autres					
Traitement de l'hémorragie post-partum	40	50	60	70	80
Pratiques post-natal propre	50	55	60	65	70
Autre					
Santé de la reproduction des adolescents	50	60	70	80	90
Réparation chirurgicale des femmes porteuses de fistule obstétricale	7,2	12,8	15,6	21,6	28,8
Santé des Enfants					
Visite médicale systématique des élevés/suivi de santé	14	28	42	56	70
Gestion de la diarrhée					
SRO	30	40	50	60	70
Zinc (traitement de la diarrhée)	30	40	50	60	70
Pneumonie					
Traitement de la pneumonie (enfants)	45	55	65	75	85
Paludisme					
Traitement du paludisme (enfants)	28	38	48	58	68
Vaccination					
Anatoxine tétanique (femmes enceintes)	67	69	70	71	72
Vaccin contre le rotavirus	92	94	94	95	95
Vaccin contre la rougeole	92	94	94	95	95
Vaccin pentavalent	92	94	94	95	95
Vaccin contre la polio	92	94	94	95	95
Vaccin BCG	92	94	94	95	95
Vaccin contre le pneumocoque	92	94	94	95	95
Vaccin contre le VPH	65	69	71	74	78
Vaccin IPV	60	92	94	95	95
Vaccin Td	0	50	60	65	70
Surveillance des cas de PFA	0	0	0	0	0
Surveillance des cas de rougeole	0	0	0	0	0
Surveillance des cas de Tétanos néonatal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Paludisme					
Matériaux traités aux insecticides	80	80	80	80	80
Aspersion résiduelle intérieure	96	96	96	96	96
TPI (femmes enceintes)	30	40	50	60	70
Traitement du paludisme (adultes)	100	100	100	100	100
Diagnostic de la malaria	100	100	100	100	100
Tuberculose					
Diagnosis: Microscopy					
Microscopie : test de diagnostic pour le dépistage passif de TB	40	40	41	42	43

	2015	2016	2017	2018	2019
Microscopie : test pour surveiller le traitement des cas de TB pulmonaire	85	85	85	85	85
Diagnosis: Culture					
Culture : surveiller le traitement de la TB multi résistante ou résistante à la rifampicine	100	100	100	100	100
Culture: diagnosis of MDR	100	100	100	100	100
Diagnosis: DST					
Test de sensibilité aux médicaments pour les médicaments de première intention : cas de TB précédemment traités	100	100	100	100	100
Diagnosis: Molecular					
Test moléculaire Xpert : cas présumés de TB	3	3	4	4	5
Test moléculaire Xpert : cas de retraitement	25	27	29	32	35
Diagnosis: X-rays					
Rayons X pour l'identification de la TB	29	27	26	25	24
First-line treatment					
Médicaments anti TB de première intention pour les patients des Catégories I et III (adultes)	100	100	100	100	100
Traitement de première intention de la TB pour les enfants	100	100	100	100	100
Médicaments anti TB de première intention pour les patients de la Catégorie II (adultes)	100	100	100	100	100
MDR and XDR TB					
Médicaments anti TB de seconde ligne	100	100	100	100	100
Effets indésirables	100	100	100	100	100
Patient support					
Prise en charge du patient pour les nouveaux patients	39	38	36	34	32
Prise en charge du patient pour la TB multi résistante	100	100	100	100	100
Diagnosis: Tuberculin Skin Test (IDR)					
Test a la tuberculine= Intra-Dermo-Reaction	29	41	51	60	70
Diagnosis: Tubage gastrique					
Sonde nasogastrique	36	0	34	0	70
Diagnosis: Test HAIN					
Test HAIN: diagnosis of MDR	25	27	29	32	35
Diagnosis: anatomie pathologique					
Anatomie pathologique for TB identification	35	34	32	30	29
VIH/SIDA					
Prévention - selon l'établissement de Coûts du Programme					
Interventions focalisées par jeunesse - Dans-école	51	66	81	95	100
Sécurité du sang	100	100	100	100	100
Appui au secteur privé	100	100	100	100	100
Sécurité transfusionnelle	100	100	100	100	100
Prévention - Autres					
Interventions centrées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	52	66	80	80	80

	2015	2016	2017	2018	2019
Conseils et dépistage volontaires	64,5	72,5	80	80	80
Préservatifs	79	80	80	80	80
PTME	8,1	17,3	37,9	56,4	61,4
Prophylaxie post-exposition	100	100	100	100	100
Prévention PS	59	70	80	80	80
CDV Femmes enceintes	60	70	80	93	100
Préservatifs féminins	100	100	100	100	100
PF pour les Femmes vivant avec le VIH (PVVIH)	53	67	80	80	80
Prévention: ligne verte	100	100	100	100	100
Prévention IDU	51	66	80	80	80
Contrôle qualité du dépistage de l'infection à VIH (pour les 1/10 des séronégatifs, indéterminés et séropositifs)	75	75	75	75	75
Post-exposure prophylaxis (PEP) chez les victimes des violences sexuelles	57	69	80	80	80
Interventions pour les jeunes non scolarisés et déscolarisés couverts par le service VIH/SIDA	50	65	84	98	100
Interventions pour les personnes détenues couvertes par le service VIH/SIDA	52	68	80	80	80
Interventions pour les jeunes scolarisés couverts par le service IEC VIH/SIDA	51	66	81	95	100
Prise en charge des PVVIH					
Proportion of adults on ART using Second-Line ART	1,3	1,9	2,8	4,8	5
TAR hommes	4,9	7,6	10,3	13	16,4
TAR femmes	7,8	12,1	16,6	21,3	26,2
Cotrimoxazole pour enfants	3,1	4,7	6,5	8,7	11,2
TAR pédiatrique	1,2	1,8	2,8	4,7	8,4
Management of opportunistic infections associated with HIV/AIDS	100	100	100	100	100
Cotrimoxazole pour les nouveau-nés (0-18 mois)- OI Prophylaxis	43,8	60,8	80	80	80
Prise en charge psychosociale	47	63	80	80	80
Bilan initiale des PVVIH	60	70	80	80	80
Bilan de suivi trimestriel des PVVIH	60	70	80	80	80
Bilan de suivi semestriel (tous les 6 mois) des PVVIH	60	70	80	80	80
Bilan annuel des PVVIH	60	70	80	80	80
Prophylaxie au cotrimoxazole pour les adultes	52	67	80	80	80
TAR Adultes 1° Ligne	100	100	100	100	100
TAR Adultes 2° Ligne	100	100	100	100	100
Collaboration VIH/SIDA et interventions contre TB					
CDV VIH pour TB	70	75	80	90	100
Prise en charge des IST					
Détection et traitement de la syphilis (femmes enceintes)	41	48	56	64	73
Prise en charge de la syphilis	75	75	80	80	80

	2015	2016	2017	2018	2019
Prise en charge des ulcérations génitales	80	80	80	80	80
Prise en charge des écoulements génitaux	80	80	80	80	80
Dépistage de la syphilis chez les patients avec écoulements génitaux	75	75	80	80	80
Nutrition					
Suivi de l'iodation du sel	77	82	87	92	97
Pregnant and lactating women					
Supplémentation quotidienne en acide folique et fer (femmes enceintes)	57	67	77	90	100
Enfants					
Déparasitage (enfants)	60	65	70	75	80
Conseil en allaitement et soutien	65	67	70	72	75
Supplémentation en vitamine A pour nourrissons et enfants 6-59 mois	50	55	60	65	70
Supplément de fer intermittent pour les enfants	10	25	35	40	50
Fortification Alimentaire chez les enfants 6-23 mois	35	40	45	50	55
Suivi et Promotion de la croissance (SPC) des enfants de 0-59 mois	28	26	24	22	20
Prise en charge des enfants malnutris aigus au niveau creni (enfants 0-59 mois)	30	35	40	45	50
Prise en charge des enfants malnutris aigus dans crenas (enfants 6-59 mois)	30	35	40	45	50
Prise en charge des enfants malnutris aigus au niveau crenam (enfants 6-59 mois)	85	85	85	85	85
Suivi et promotion de la croissance des enfants d'âge scolaire (6-14 ans)	10	25	35	40	50
Dépistage de la malnutrition chez les enfants 6-59 mois	90	90	90	90	90
Promotion					
Promotion de l'Alimentation complémentaire chez les enfants 6-23 mois	35	40	45	50	55
Promotion de la Nutrition de la Femme des Femmes Enceintes et Femmes allaitantes	60	65	70	80	90
Eau, Assainissement et Hygiène					
Elimination améliorée des excréments (latrines / toilettes)	5	5	5	6	6
Mobilisation sociale au niveau communautaire pour la promotion des 3 messages clés WASH	25	50	75	85	100
Sensibilisation aux risques sanitaires liés à l'environnement	25	50	75	85	100
Les maladies non transmissibles					
ACV & diabète					
Dépistage du risque ACV/diabète	20	25	30	35	40
Traitement des cas avec diabète type I (avec insuline)	10	15	20	25	30
Dépistage de prévention du pied diabétique	100	100	100	100	100
Traitement de cas avec diabète type II (avec insuline)	10	15	20	25	30

	2015	2016	2017	2018	2019
Cancer du sein					
Sensibilisation de base au cancer du sein	20	25	30	35	50
Mammographie	0	0	0	0	0
Traitement du cancer du sein : étape 1	50	50	50	50	50
Traitement du cancer du sein : étape 2	30	35	45	55	65
Traitement du cancer du sein : étape 3	10	10	70	70	70
Traitement du cancer du sein : étape 4	50	50	50	70	70
Soins palliatifs de base pour le cancer du sein	50	50	40	40	40
Post-treatment surveillance for breast cancer patients	50	50	50	50	50
Cancer du col					
Traitement du cancer du col de l'utérus	0	0	0	0	0
Dépistage des lésions précancéreuses du col utérin	8	10	12	14	16
Traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus	60	60	60	60	60
Soins buccaux et cancer					
Traitement du cancer buccal	15	20	25	30	35
Sensibilisation sur la sante buccodentaire	50	50	50	50	50
Respiratory disease					
Identification et contrôle de l'asthme	100	100	100	100	100
Traitement des bronchopneumopathies obstructives	100	100	100	100	100
Prevention					
Education à la sante sur les méfaits du tabagisme et de l'alcoolisme	20	40	60	80	100
Education à la sante sur les avantages de l'exercice physique et l'alimentation équilibrée	13	26	39	52	65
L'analyse de sang occulte dans les selles pour le cancer de l'intestin	1,2	2,4	3,6	4,8	6
Other cancers					
Examen annuel du cancer digestif	15	20	25	30	35
Examen annuel du rétinoblastome	100	100	100	100	100
Examens paracliniques du cancer	50	50	60	65	70
Maladies cardiovasculaires					
Traitement de l'hypertension artérielle	10	15	20	25	30
Mesure de la pression sanguine de routine au OPD	20	25	30	35	40
Prise en charge de l'AVC en consultation externe	6	10	15	20	25
Prise en charge de l'AVC en hospitalisation	6	10	15	20	25
Prise en charge de l'AVC en réanimation	6	10	15	20	25
Infarctus du myocarde	6	10	15	20	25
Cardiopathie rhumatismale	16,5	18,5	20,5	25	30
Drepanocytose					
Dépistage de la drépanocytose	1	1	1	1	1
Prise en charge de la drépanocytose	50	50	50	50	50

	2015	2016	2017	2018	2019
Santé bucco-dentaire					
Prévention des caries dentaires	1	2	3	4	5
Soins des caries dentaires	44	50	55	60	65
Extraction dentaire	90	80	70	60	50
Autre					
Gestion des conditions d'hématologie	50	55	60	65	70
Gestion des troubles gastro-intestinaux	100	100	100	100	100
Gestion des conditions génito-urinaires	100	100	100	100	100
Gestion des conditions musculo-squelettiques	100	100	100	100	100
Gestion des maladies de la peau	100	100	100	100	100
Santé Mentale					
Dépression					
Traitement psychosocial et médicaments antidépresseurs intensifs	6	12	18	24	30
Chimiothérapie antidépresseur	10	15	20	25	30
Psychose					
Soutien psychosocial et médicaments antipsychotiques intensifs	10	15	20	25	30
Chimiothérapie antipsychotique	10	15	20	25	30
Troubles bipolaires					
Intervention psychosociale intensive pour des troubles bipolaires	10	15	20	25	30
Chimiothérapie régulateur de l'humeur	10	15	20	25	30
Epilepsie					
Soutien, conseils et suivi psychosocial de base, plus médicaments anti épilepsie	10	15	20	25	30
Chimiothérapie antiépileptique ou anti comitialité	10	15	20	25	30
Troubles Anxieux et troubles du sommeil					
Chimiothérapie anxiolytique et hypnotique (les autres médicaments pouvant être utilisés comme antidépresseur et antipsychotique déjà mentionnés auparavant)	10	15	20	25	30
Psychothérapie	10	15	20	25	30
Urgences et Maladies Transmissibles					
URGENCE/GESTION DES RISQUES ET CATASTROPHES					
Réponse aux besoins sanitaires urgents dont la SR d'urgence des personnes affectées	100	100	100	100	100
Investigations et ripostes à tous les niveaux en cas d'épidémie et/ou catastrophes	100	100	100	100	100
Continuité des soins préventifs et curatifs de santé y compris la SR en situation d'urgence des personnes dans les zones affectées	100	100	100	100	100
CYSTICERCOSE					
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire-CYSTI	85	85	85	85	85

	2015	2016	2017	2018	2019
GEOHELMINTHIASES/BILHARZIOSES					
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire/GEOHELMINTHIASE	85	85	85	85	85
Déparasitage systématique des enfants d'âge scolaire (6 à 14 ans)	20	35	50	80	90
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire/ BILHARZIOSE	85	85	85	85	85
PESTE					
Prévention et surveillance de la population murine-PESTE	100	100	100	100	100
Prise en charge des cas- PESTE	100	100	100	100	100
Contrôle de l'extension de l'épidémie- PESTE	100	100	100	100	100
Filariose lymphatique					
Traitement Médicamenteux de Masse à base communautaire- PEFL	70	71	72	73	0
Tungose					
Traitement Médicamenteux de Masse à base communautaire- TUNGOSE	85	85	85	85	85
Lèpre					
Dépistage précoce et prise en charge des cas-Lèpre	100	100	100	100	100
Prévention des invalidités et réadaptation physique-Lèpre	100	100	100	100	100
Rage					
Prise en charge des expositions à la rage par vaccination et des contacts	100	100	100	100	100
Handicap et readaptation					
Sante physique					
Paralysie cérébrale	5	10	15	20	25
Pied bot varus équin	20	40	60	80	100
Rachitisme	20	40	60	80	100
Hémiplégie	20	40	60	80	100
Paraplégie	20	40	60	80	100
Tétraplégie	20	40	60	80	100
Luxation congénitale hanche	20	40	60	80	100
Scoliose	20	40	60	80	100
Torticolis	20	40	60	80	100
Amputation du membre inférieur	2	4	6	8	10
Séquelles de fracture	8	16	24	32	40
Arthrose	20	40	60	80	100
Sante oculaire					
Dépistage et chirurgie de la cataracte	15	17	20	30	40
Sante auditive					
Prise en charge de l'otite	2	4	6	8	10
Traumatismes					
prise en charge en urgence des victimes d'accident de circulation	20	40	60	80	100

	2015	2016	2017	2018	2019
Violence					
Prise en charge des victimes de violence sexuelle	2	4	6	8	10
Prise en charge des victimes d'autolyse	20	40	60	80	100
Promotion de la Sante					
Mettre en place un Comité National de Contrôle de Déterminants Socio-économiques de la sante	20	40	60	80	100
Développer les capacités institutionnelles du Ministère chargé de la Santé et des différents acteurs en matière de promotion de la santé.	20	40	60	80	100
Assurer le leadership en fournissant les orientations et l'assistance nécessaires dans le développement et dans la mise en œuvre de la promotion de la santé, basée sur les priorités nationales.	20	40	60	80	100
Promouvoir l'utilisation des stratégies de promotion de la santé et ses 5 niveaux d'action pour le développement	20	40	60	80	100
Promouvoir les comportements sains au niveau de la communauté	20	40	60	80	100
Développer une base de données factuelles et la recherche opérationnelle en promotion de la santé	20	40	60	80	100
Totale Laboratoire Pharmacie-Salama					
Totale Salama Médicaments et consommables	100	100	100	100	100
Médico-Sociale					
Médico-Sociale Totale	100	100	100	100	100

Couvertures en % des interventions - Scénario 2

	2015	2016	2017	2018	2019
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction					
Planification familiale					
Stérilisation féminine	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5
Stérilisation masculine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
MAMA	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3
Méthode de barrière vaginale	0	0	0	0	0
Tablettes vaginales	0	0	0	0	0
Autres contraceptifs	0	0	0	0	0
Contraception Urgence (Postinor)	0,4	0,8	1,2	1,6	2
Comprimés vaginaux (Spermicide, Mefengol)	0,4	0,8	1,2	1,6	2
Éducation sur la planification familiale et les pratiques sexuelles sûres	20	20,8	21,6	22,4	23,2
Pilule	2	2,8	3,6	4,4	5,2
Préservatif	0,4	0,8	1,2	1,6	2
Injectable	5,6	6,4	7,2	8	8,8
DIU	0,4	0,8	1,2	1,6	2
Implants	0,8	1,6	2,4	3,2	4
Gestion des complications d'avortement					
Prise en charge des cas post-avortement	8,5	7,5	6,7	5,8	4,8
Soins prénatals - CPN					
Soins prénatals de base	32	33	34	35	36
CPN4	24	26	28	30	32
Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse					
Prise en charge des cas de maladie hypertensive	100	100	100	100	100
Gestion des pré-éclampsies (sulfate de magnésium)	20	30	50	75	90
Gestion des complications de la grossesse d'autres	20	24	28	32	36
Soins à l'accouchement - installations de naissances					
Prise en charge de travail et de l'accouchement	55	66	78	89	100
Prise en charge de la troisième étape de travail	28	37	47	56	65
Gestion de l'éclampsie (sulfate de magnésium)	28	37	47	56	65
Réanimation néonatale (dans un établissement de santé)	12	16	21	26	31
Conseil pour l'alimentation et soutien pour nourrissons de faible poids de naissance	43,9	55,1	66,3	77,6	88,8
Soins à l'accouchement - accouchements à la maison					
Pratiques propres et immédiates de soins néonataux essentiels (à domicile)	43	57	70	85	100
Soins à l'accouchement - Autres					
Corticostéroïdes prénatals pour travail avant terme	28	37	47	56	65
Antibiotiques pour RPM avant terme	28	37	47	56	65
Déclenchement du travail (après 41 semaines)	3	4	5	6	7

	2015	2016	2017	2018	2019
Soins post-accouchement - Traitement de l'état septique					
Prise en charge des cas septicémie maternelle	50	60	70	80	90
Soins post-accouchement - Traitement des états septiques chez le nouveau-né					
Septicémie néonatale - antibiotiques injectables	100	100	100	100	100
Soins post-accouchement - Autres					
Traitement de l'hémorragie post-partum	40	50	60	70	80
Pratiques post-natal propre	50	55	60	65	70
Autre					
Santé de la reproduction des adolescents	50	60	70	80	90
Réparation chirurgicale des femmes porteuses de fistule obstétricale	7,2	12,8	15,6	21,6	28,8
Santé des Enfants					
Visite médicale systématique des élèves/suivi de santé	14	28	42	56	70
Gestion de la diarrhée					
SRO	30	40	50	60	70
Zinc (traitement de la diarrhée)	30	40	50	60	70
Pneumonie					
Traitement de la pneumonie (enfants)	45	55	65	75	85
Paludisme					
Traitement du paludisme (enfants)	28	38	48	58	68
Vaccination					
Anatoxine tétanique (femmes enceintes)	67	69	70	71	72
Vaccin contre le rotavirus	92	94	94	95	95
Vaccin contre la rougeole	92	94	94	95	95
Vaccin pentavalent	92	94	94	95	95
Vaccin contre la polio	92	94	94	95	95
Vaccin BCG	92	94	94	95	95
Vaccin contre le pneumocoque	92	94	94	95	95
Vaccin contre le VPH	65	69	71	74	78
Vaccin IPV	60	92	94	95	95
Vaccin Td	0	50	60	65	70
Surveillance des cas de PFA	0	0	0	0	0
Surveillance des cas de rougeole	0	0	0	0	0
Surveillance des cas de Tétanos néonatal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Paludisme					
Matériaux traités aux insecticides	53,3	53,3	53,3	53,3	53,3
Aspersion résiduelle intérieure	64	64	64	64	64
TPI (femmes enceintes)	30	40	50	60	70
Traitement du paludisme (adultes)	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Diagnostic de la malaria	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Tuberculose					
Diagnosis: Microscopy					
Microscopie : test de diagnostic pour le dépistage passif de TB	26,7	26,7	27,3	28	28,7
Microscopie : test pour surveiller le traitement des cas de TB pulmonaire	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7

	2015	2016	2017	2018	2019
Diagnosis: Culture					
Culture : surveiller le traitement de la TB multi résistante ou résistante à la rifampicine	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Culture: diagnosis of MDR	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Diagnosis: DST					
Test de sensibilité aux médicaments pour les médicaments de première intention : cas de TB précédemment traités	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Diagnosis: Molecular					
Test moléculaire Xpert : cas présumés de TB	2	2	2,7	2,7	3,3
Test moléculaire Xpert : cas de retraitement	16,7	18	19,3	21,3	23,3
Diagnosis: X-rays					
Rayons X pour l'identification de la TB	19,3	18	17,3	16,7	16
First-line treatment					
Médicaments anti TB de première intention pour les patients des Catégories I et III (adultes)	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Traitement de première intention de la TB pour les enfants	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Médicaments anti TB de première intention pour les patients de la Catégorie II (adultes)	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
MDR and XDR TB					
Médicaments anti TB de seconde ligne	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Effets indésirables	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Patient support					
Prise en charge du patient pour les nouveaux patients	26	25,3	24	22,7	21,3
Prise en charge du patient pour la TB multi résistante	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Diagnosis: Tuberculin Skin Test (IDR)					
Test a la tuberculine= Intra-Dermo-Reaction	19,3	27,3	34	40	46,7
Diagnosis: Tubage gastrique					
Sonde nasogastrique	24	0	22,7	0	46,7
Diagnosis: Test HAIN					
Test HAIN: diagnosis of MDR	16,7	18	19,3	21,3	23,3
Diagnosis: anatomie pathologique					
Anatomie pathologique for TB identification	23,3	22,7	21,3	20	19,3
VIH/SIDA					
Prévention - selon l'établissement de Coûts du Programme					
Interventions focalisées par jeunesse - Dans-école	34	44	54	63,3	66,7
Sécurité du sang	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Appui au secteur privé	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Sécurité transfusionnelle	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prévention - Autres					
Interventions centrées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	34,7	44	53,3	53,3	53,3
Conseils et dépistage volontaires	43	48,3	53,3	53,3	53,3
Préservatifs	52,7	53,3	53,3	53,3	53,3

	2015	2016	2017	2018	2019
PTME	8	17	38	56	61
Prophylaxie post-exposition	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prévention PS	39,3	46,7	53,3	53,3	53,3
CDV Femmes enceintes	60	70	80	93	100
Préservatifs féminins	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
PF pour les Femmes vivant avec le VIH (PVVIH)	35,3	44,7	53,3	53,3	53,3
Prévention: ligne verte	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prévention IDU	34	44	53,3	53,3	53,3
Contrôle qualité du dépistage de l'infection à VIH (pour les 1/10 des séronégatifs, indéterminés et séropositifs)	50	50	50	50	50
Post-exposure prophylaxis (PEP) chez les victimes des violences sexuelles	38	46	53,3	53,3	53,3
Interventions pour les jeunes non scolarisés et déscolarisés couverts par le service VIH/SIDA	33,3	43,3	56	65,3	66,7
Interventions pour les personnes détenues couvertes par le service VIH/SIDA	34,7	45,3	53,3	53,3	53,3
Interventions pour les jeunes scolarisés couverts par le service IEC VIH/SIDA	34	44	54	63,3	66,7
Prise en charge des PVVIH					
Proportion of adults on ART using Second-Line ART	0,9	1,3	1,9	3,2	3,3
TAR hommes	3,3	5,1	6,9	8,7	10,9
TAR femmes	5,2	8,1	11,1	14,2	17,5
Cotrimoxazole pour enfants	2,1	3,1	4,3	5,8	7,5
TAR pédiatrique	0,8	1,2	1,9	3,1	5,6
Management of opportunistic infections associated with HIV/AIDS	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Cotrimoxazole pour les nouveau-nés (0-18 mois)- OI Prophylaxis	29,2	40,5	53,3	53,3	53,3
Prise en charge psychosociale	31,3	42	53,3	53,3	53,3
Bilan initiale des PVVIH	40	46,7	53,3	53,3	53,3
Bilan de suivi trimestriel des PVVIH	40	46,7	53,3	53,3	53,3
Bilan de suivi semestriel (tous les 6 mois) des PVVIH	40	46,7	53,3	53,3	53,3
Bilan annuel des PVVIH	40	46,7	53,3	53,3	53,3
Prophylaxie au cotrimoxazole pour les adultes	34,7	44,7	53,3	53,3	53,3
TAR Adultes 1° Ligne	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
TAR Adultes 2° Ligne	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Collaboration VIH/SIDA et interventions contre TB					
CDV VIH pour TB	46,7	50	53,3	60	66,7
Prise en charge des IST					
Détection et traitement de la syphilis (femmes enceintes)	41	48	56	64	73
Prise en charge de la syphilis	50	50	53,3	53,3	53,3
Prise en charge des ulcérations génitales	53,3	53,3	53,3	53,3	53,3
Prise en charge des écoulements génitaux	53,3	53,3	53,3	53,3	53,3

	2015	2016	2017	2018	2019
Dépistage de la syphilis chez les patients avec écoulements génitaux	50	50	53,3	53,3	53,3
Nutrition					
Suivi de l'iodation du sel	77	82	87	92	97
Pregnant and lactating women					
Supplémentation quotidienne en acide folique et fer (femmes enceintes)	57	67	77	90	100
Enfants					
Déparasitage (enfants)	60	65	70	75	80
Conseil en allaitement et soutien	65	67	70	72	75
Supplémentation en vitamine A pour nourrissons et enfants 6-59 mois	50	55	60	65	70
Supplément de fer intermittent pour les enfants	10	25	35	40	50
Fortification Alimentaire chez les enfants 6-23 mois	35	40	45	50	55
Suivi et Promotion de la croissance (SPC) des enfants de 0-59 mois	28	26	24	22	20
Prise en charge des enfants malnutris aigus au niveau creni (enfants 0-59 mois)	30	35	40	45	50
Prise en charge des enfants malnutris aigus dans crenas (enfants 6-59 mois)	30	35	40	45	50
Prise en charge des enfants malnutris aigus au niveau crenam (enfants 6-59 mois)	85	85	85	85	85
Suivi et promotion de la croissance des enfants d'âge scolaire (6-14 ans)	10	25	35	40	50
Dépistage de la malnutrition chez les enfants 6-59 mois	90	90	90	90	90
Promotion					
Promotion de l'Alimentation complémentaire chez les enfants 6-23 mois	35	40	45	50	55
Promotion de la Nutrition de la Femme des Femmes Enceintes et Femmes allaitantes	60	65	70	80	90
Eau, Assainissement et Hygiène					
Elimination améliorée des excréments (latrines / toilettes)	3,3	3,3	3,3	4	4
Mobilisation sociale au niveau communautaire pour la promotion des 3 messages clés WASH	16,7	33,3	50	56,7	66,7
Sensibilisation aux risques sanitaires liés à l'environnement	16,7	33,3	50	56,7	66,7
Les maladies non transmissibles					
ACV & diabètes					
Dépistage du risque ACV/diabètes	13,3	16,7	20	23,3	26,7
Traitement des cas avec diabète type I (avec insuline)	6,7	10	13,3	16,7	20
Dépistage de prévention du pied diabétique	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Traitement de cas avec diabète type II (avec insuline)	6,7	10	13,3	16,7	20

	2015	2016	2017	2018	2019
Cancer du sein					
Sensibilisation de base au cancer du sein	13,3	16,7	20	23,3	33,3
Mammographie	0	0	0	0	0
Traitement du cancer du sein : étape 1	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
Traitement du cancer du sein : étape 2	20	23,3	30	36,7	43,3
Traitement du cancer du sein : étape 3	6,7	6,7	46,7	46,7	46,7
Traitement du cancer du sein : étape 4	33,3	33,3	33,3	46,7	46,7
Soins palliatifs de base pour le cancer du sein	33,3	33,3	26,7	26,7	26,7
Post-treatment surveillance for breast cancer patients	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
Cancer du col					
Traitement du cancer du col de l'utérus	0	0	0	0	0
Dépistage des lésions précancéreuses du col utérin	5,3	6,7	8	9,3	10,7
Traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus	40	40	40	40	40
Soins buccaux et cancer					
Traitement du cancer buccal	10	13,3	16,7	20	23,3
Sensibilisation sur la santé buccodentaire	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
Respiratory disease					
Identification et contrôle de l'asthme	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Traitement des bronchopneumopathies obstructives	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prévention					
Education à la sante sur les méfaits du tabagisme et de l'alcoolisme	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Education à la sante sur les avantages de l'exercice physique et l'alimentation équilibrée	8,7	17,3	26	34,7	43,3
L'analyse de sang occulte dans les selles pour le cancer de l'intestin	0,8	1,6	2,4	3,2	4
Autres cancers					
Examen annuel du cancer digestif	10	13,3	16,7	20	23,3
Examen annuel du rétinoblastome	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Examens paracliniques du cancer	33,3	33,3	40	43,3	46,7
Maladies cardiovasculaires					
Traitement de l'hypertension artérielle	6,7	10	13,3	16,7	20
Mesure de la pression sanguine de routine au OPD	13,3	16,7	20	23,3	26,7
Prise en charge de l'AVC en consultation externe	4	6,7	10	13,3	16,7
Prise en charge de l'AVC en hospitalisation	4	6,7	10	13,3	16,7
Prise en charge de l'AVC en réanimation	4	6,7	10	13,3	16,7
Infarctus du myocarde	4	6,7	10	13,3	16,7
Cardiopathie rhumatismale	11	12,3	13,7	16,7	20
Drépanocytose					
Dépistage de la drépanocytose	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Prise en charge de la drépanocytose	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3

	2015	2016	2017	2018	2019
Santé bucco-dentaire					
Prévention des caries dentaires	0,7	1,3	2	2,7	3,3
Soins des caries dentaires	29,3	33,3	36,7	40	43,3
Extraction dentaire	60	53,3	46,7	40	33,3
Autre					
Gestion des conditions d'hématologie	33,3	36,7	40	43,3	46,7
Gestion des troubles gastro-intestinaux	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Gestion des conditions génito-urinaires	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Gestion des conditions musculo-squelettiques	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Gestion des maladies de la peau	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Santé Mentale					
Dépression					
Traitement psychosocial et médicaments antidépresseurs intensifs	4	8	12	16	20
Chimiothérapie antidépresseur	6,7	10	13,3	16,7	20
Psychose					
Soutien psychosocial et médicaments antipsychotiques intensifs	6,7	10	13,3	16,7	20
Chimiothérapie antipsychotique	6,7	10	13,3	16,7	20
Troubles bipolaires					
Intervention psychosociale intensive pour des troubles bipolaires	6,7	10	13,3	16,7	20
Chimiothérapie régulateur de l'humeur	6,7	10	13,3	16,7	20
Epilepsie					
Soutien, conseils et suivi psychosocial de base, plus médicaments anti épilepsie	6,7	10	13,3	16,7	20
Chimiothérapie antiépileptique ou anti comitialité	6,7	10	13,3	16,7	20
Troubles Anxieux et troubles du sommeil					
Chimiothérapie anxiolytique et hypnotique (les autres médicaments pouvant être utilisés comme antidépresseur et antipsychotique déjà mentionnés auparavant)	6,7	10	13,3	16,7	20
Psychothérapie	6,7	10	13,3	16,7	20
Urgences et Maladies Transmissibles					
Urgence/GRC					
Réponse aux besoins sanitaires urgents dont la SR d'urgence des personnes affectées	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Investigations et ripostes à tous les niveaux en cas d'épidémie et/ou catastrophes	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Continuité des soins préventifs et curatifs de santé y compris la SR en situation d'urgence des personnes dans les zones affectées	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
CYSTI					
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire-CYSTI	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7

	2015	2016	2017	2018	2019
GEOH/BILH					
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire/GEOHELMINTHIASE	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7
Déparasitage systématique des enfants d'âge scolaire (6 à 14 ans)	13,3	23,3	33,3	53,3	60
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire/ BILHARZIOSE	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7
PESTE					
Prévention et surveillance de la population murine-PESTE	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prise en charge des cas- PESTE	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Contrôle de l'extension de l'épidémie- PESTE	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Filariose lymphatique					
Traitement Médicamenteux de Masse à base communautaire- PEFL	46,7	47,3	48	48,7	0
Tungose					
Traitement Médicamenteux de Masse à base communautaire- TUNGOSE	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7
Lèpre					
Dépistage précoce et prise en charge des cas-Lèpre	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prévention des invalidités et réadaptation physique-Lèpre	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Rage					
Prise en charge des expositions à la rage par vaccination et des contacts	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Handicap et réadaptation					
Santé physique					
Paralysie cérébrale	3,3	6,7	10	13,3	16,7
Pied bot varus équin	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Rachitisme	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Hémiplégie	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Paraplégie	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Tétraplégie	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Luxation congénitale hanche	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Scoliose	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Torticolis	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Amputation du membre inférieur	1,3	2,7	4	5,3	6,7
Séquelles de fracture	5,3	10,7	16	21,3	26,7
Arthrose	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Santé oculaire					
Dépistage et chirurgie de la cataracte	10	11,3	13,3	20	26,7
Santé auditive					
Prise en charge de l'otite	1,3	2,7	4	5,3	6,7
Traumatismes					
prise en charge en urgence des victimes d'accident de circulation	13,3	26,7	40	53,3	66,7

	2015	2016	2017	2018	2019
Violence					
Prise en charge des victimes de violence sexuelle	1,3	2,7	4	5,3	6,7
Prise en charge des victimes d'autolyse	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Promotion de la Sante					
Mettre en place un Comité National de Contrôle de Déterminants Socio-économiques de la sante	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Développer les capacités institutionnelles du Ministère chargé de la Santé et des différents acteurs en matière de promotion de la santé.	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Assurer le leadership en fournissant les orientations et l'assistance nécessaires dans le développement et dans la mise en œuvre de la promotion de la santé, basée sur les priorités nationales.	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Promouvoir l'utilisation des stratégies de promotion de la santé et ses 5 niveaux d'action pour le développement	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Promouvoir les comportements sains au niveau de la communauté	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Développer une base de données factuelles et la recherche opérationnelle en promotion de la santé	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Totale Laboratoire Pharmacie-Salama					
Totale Salama Médicaments et consommables	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Médico-Sociale					
Médico-Sociale Totale	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7

Couvertures en % des interventions - Scénario 3

	2015	2016	2017	2018	2019
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction					
Planification familiale					
Stérilisation féminine	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5
Stérilisation masculine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
MAMA	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3
Méthode de barrière vaginale	0	0	0	0	0
Tablettes vaginales	0	0	0	0	0
Autres contraceptifs	0	0	0	0	0
Contraception Urgence (Postinor)	0,3	0,5	0,8	1,1	1,3
Comprimés vaginaux (Spermicide, Mefengol)	0,3	0,5	0,8	1,1	1,3
Éducation sur la planification familiale et les pratiques sexuelles sûres	13,3	13,9	14,4	14,9	15,5
Pilule	1,3	1,9	2,4	2,9	3,5
Préservatif	0,3	0,5	0,8	1,1	1,3
Injectable	3,7	4,3	4,8	5,3	5,9
DIU	0,3	0,5	0,8	1,1	1,3
Implants	0,5	1,1	1,6	2,1	2,7
Gestion des complications d'avortement					
Prise en charge des cas post-avortement	5,7	5	4,5	3,9	3,2
Soins prénatals - CPN					
Soins prénatals de base	21,3	22	22,7	23,3	24
CPN4	16	17,3	18,7	20	21,3
Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse					
Prise en charge des cas de maladie hypertensive	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Gestion des pré-éclampsies (sulfate de magnésium)	13,3	20	33,3	50	60
Gestion des complications de la grossesse d'autres	13,3	16	18,7	21,3	24
Soins à l'accouchement - installations de naissances					
Prise en charge de travail et de l'accouchement	33,9	40,2	46,4	52,6	41,6
Prise en charge de la troisième étape de travail	16,2	21,1	26	30,9	17
Gestion de l'éclampsie (sulfate de magnésium)	16,2	21,1	26	30,9	17
Réanimation néonatale (dans un établissement de santé)	5,9	8,1	10,4	12,6	5,4
Conseil pour l'alimentation et soutien pour nourrissons de faible poids de naissance	29,3	36,8	44,2	51,7	59,2
Soins à l'accouchement - accouchements à la maison					
Pratiques propres et immédiates de soins néonataux essentiels (à domicile)	24,2	29,6	34,8	40,1	28,4
Soins à l'accouchement - Autres					
Corticostéroïdes prénatals pour travail avant terme	16,2	21,1	26	30,9	17
Antibiotiques pour RPM avant terme	16,2	21,1	26	30,9	17
Déclenchement du travail (après 41 semaines)	1,1	1,6	2,1	2,6	0,9

	2015	2016	2017	2018	2019
Soins post-accouchement - Traitement de l'état septique					
Prise en charge des cas septicémie maternelle	33,3	40	46,7	53,3	60
Soins post-accouchement - Traitement des états septiques chez le nouveau-né					
Septicémie néonatale - antibiotiques injectables	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Soins post-accouchement - Autres					
Traitement de l'hémorragie post-partum	26,7	33,3	40	46,7	53,3
Pratiques post-natal propre	33,3	36,7	40	43,3	46,7
Autre					
Santé de la reproduction des adolescents	33,3	40	46,7	53,3	60
Réparation chirurgicale des femmes porteuses de fistule obstétricale	4,8	8,5	10,4	14,4	19,2
Santé des Enfants					
Visite médicale systématique des élèves/suivi de santé	9,3	18,7	28	37,3	46,7
Gestion de la diarrhée					
SRO	13,3	17,8	22,2	26,7	31,1
Zinc (traitement de la diarrhée)	13,3	17,8	22,2	26,7	31,1
Pneumonie					
Traitement de la pneumonie (enfants)	20	24,4	28,9	33,3	37,8
Paludisme					
Traitement du paludisme (enfants)	12,4	16,9	21,3	25,8	30,2
Vaccination					
Anatoxine tétanique (femmes enceintes)	29,8	30,7	31,1	31,6	32
Vaccin contre le rotavirus	40,9	41,8	41,8	42,2	42,2
Vaccin contre la rougeole	40,9	41,8	41,8	42,2	42,2
Vaccin pentavalent	61,3	62,7	62,7	63,3	63,3
Vaccin contre la polio	40,9	41,8	41,8	42,2	42,2
Vaccin BCG	40,9	41,8	41,8	42,2	42,2
Vaccin contre le pneumocoque	40,9	41,8	41,8	42,2	42,2
Vaccin contre le VPH	43,3	46	47,3	49,3	52
Vaccin IPV	40	61,3	62,7	63,3	63,3
Vaccin Td	0	33,3	40	43,3	46,7
Surveillance des cas de PFA	0	0	0	0	0
Surveillance des cas de rougeole	0	0	0	0	0
Surveillance des cas de Tétanos néonatal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Paludisme					
Matériaux traités aux insecticides	35,6	35,6	35,6	35,6	35,6
Aspersion résiduelle intérieure	42,7	42,7	42,7	42,7	42,7
TPI (femmes enceintes)	20	26,7	33,3	40	46,7
Traitement du paludisme (adultes)	44,4	44,4	44,4	44,4	44,4
Diagnostic de la malaria	44,4	44,4	44,4	44,4	44,4
Tuberculose					
Diagnosis: Microscopy					
Microscopie : test de diagnostic pour le dépistage passif de TB	26,7	26,7	27,3	28	28,7
Microscopie : test pour surveiller le traitement des cas de TB pulmonaire	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7

	2015	2016	2017	2018	2019
Diagnosis: Culture					
Culture : surveiller le traitement de la TB multi résistante ou résistante à la rifampicine	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Culture: diagnosis of MDR	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Diagnosis: DST					
Test de sensibilité aux médicaments pour les médicaments de première intention : cas de TB précédemment traités	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Diagnosis: Molecular					
Test moléculaire Xpert : cas présumés de TB	2	2	2,7	2,7	3,3
Test moléculaire Xpert : cas de retraitement	16,7	18	19,3	21,3	23,3
Diagnosis: X-rays					
Rayons X pour l'identification de la TB	19,3	18	17,3	16,7	16
First-line treatment					
Médicaments anti TB de première intention pour les patients des Catégories I et III (adultes)	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Traitement de première intention de la TB pour les enfants	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Médicaments anti TB de première intention pour les patients de la Catégorie II (adultes)	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
MDR and XDR TB					
Médicaments anti TB de seconde ligne	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Effets indésirables	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Patient support					
Prise en charge du patient pour les nouveaux patients	26	25,3	24	22,7	21,3
Prise en charge du patient pour la TB multi résistante	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Diagnosis: Tuberculin Skin Test (IDR)					
Test a la tuberculine= Intra-Dermo-Reaction	19,3	27,3	34	40	46,7
Diagnosis: Tubage gastrique					
Sonde nasogastrique	24	0	22,7	0	46,7
Diagnosis: Test HAIN					
Test HAIN: diagnosis of MDR	16,7	18	19,3	21,3	23,3
Diagnosis: anatomie pathologique					
Anatomie pathologique for TB identification	23,3	22,7	21,3	20	19,3
VIH/SIDA					
Prévention - selon l'établissement de Coûts du Programme					
Interventions focalisées par jeunesse - Dans-école	34	44	54	63,3	66,7
Sécurité du sang	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Appui au secteur privé	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Sécurité transfusionnelle	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prévention - Autres					
Interventions centrées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	34,7	44	53,3	53,3	53,3
Conseils et dépistage volontaires	43	48,3	53,3	53,3	53,3
Préservatifs	52,7	53,3	53,3	53,3	53,3

	2015	2016	2017	2018	2019
PTME	5,3	11,3	25,3	37,3	40,7
Prophylaxie post-exposition	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prévention PS	39,3	46,7	53,3	53,3	53,3
CDV Femmes enceintes	40	46,7	53,3	62	66,7
Préservatifs féminins	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
PF pour les Femmes vivant avec le VIH (PVVIH)	35,3	44,7	53,3	53,3	53,3
Prévention: ligne verte	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prévention IDU	34	44	53,3	53,3	53,3
Contrôle qualité du dépistage de l'infection à VIH (pour les 1/10 des séronégatifs, indéterminés et séropositifs)	50	50	50	50	50
Post-exposure prophylaxis (PEP) chez les victimes des violences sexuelles	38	46	53,3	53,3	53,3
Interventions pour les jeunes non scolarisés et déscolarisés couverts par le service VIH/SIDA	33,3	43,3	56	65,3	66,7
Interventions pour les personnes détenues couvertes par le service VIH/SIDA	34,7	45,3	53,3	53,3	53,3
Interventions pour les jeunes scolarisés couverts par le service IEC VIH/SIDA	34	44	54	63,3	66,7
Prise en charge des PVVIH					
Proportion of adults on ART using Second-Line ART	0,9	1,3	1,9	3,2	3,3
TAR hommes	3,3	5,1	6,9	8,7	10,9
TAR femmes	5,2	8,1	11,1	14,2	17,5
Cotrimoxazole pour enfants	2,1	3,1	4,3	5,8	7,5
TAR pédiatrique	0,8	1,2	1,9	3,1	5,6
Management of opportunistic infections associated with HIV/AIDS	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Cotrimoxazole pour les nouveau-nés (0-18 mois)- OI Prophylaxis	29,2	40,5	53,3	53,3	53,3
Prise en charge psychosociale	31,3	42	53,3	53,3	53,3
Bilan initiale des PVVIH	40	46,7	53,3	53,3	53,3
Bilan de suivi trimestriel des PVVIH	40	46,7	53,3	53,3	53,3
Bilan de suivi semestriel (tous les 6 mois) des PVVIH	40	46,7	53,3	53,3	53,3
Bilan annuel des PVVIH	40	46,7	53,3	53,3	53,3
Prophylaxie au cotrimoxazole pour les adultes	34,7	44,7	53,3	53,3	53,3
TAR Adultes 1° Ligne	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
TAR Adultes 2° Ligne	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Collaboration VIH/SIDA et interventions contre TB					
CDV VIH pour TB	46,7	50	53,3	60	66,7
Prise en charge des IST					
Détection et traitement de la syphilis (femmes enceintes)	27,3	32	37,3	42,7	48,7
Prise en charge de la syphilis	50	50	53,3	53,3	53,3
Prise en charge des ulcérations génitales	53,3	53,3	53,3	53,3	53,3
Prise en charge des écoulements génitaux	53,3	53,3	53,3	53,3	53,3

	2015	2016	2017	2018	2019
Dépistage de la syphilis chez les patients avec écoulements génitaux	50	50	53,3	53,3	53,3
Nutrition					
Suivi de l'iodation du sel	51,3	54,7	58	61,3	64,7
Pregnant and lactating women					
Supplémentation quotidienne en acide folique et fer (femmes enceintes)	38	44,7	51,3	60	66,7
Enfants					
Déparasitage (enfants)	40	43,3	46,7	50	53,3
Conseil en allaitement et soutien	28,9	29,8	31,1	32	33,3
Supplémentation en vitamine A pour nourrissons et enfants 6-59 mois	22,2	24,4	26,7	28,9	31,1
Supplément de fer intermittent pour les enfants	6,7	16,7	23,3	26,7	33,3
Fortification Alimentaire chez les enfants 6-23 mois	23,3	26,7	30	33,3	36,7
Suivi et Promotion de la croissance (SPC) des enfants de 0-59 mois	18,7	17,3	16	14,7	13,3
Prise en charge des enfants malnutris aigus au niveau creni (enfants 0-59 mois)	20	23,3	26,7	30	33,3
Prise en charge des enfants malnutris aigus dans crenas (enfants 6-59 mois)	20	23,3	26,7	30	33,3
Prise en charge des enfants malnutris aigus au niveau crenam (enfants 6-59 mois)	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7
Suivi et promotion de la croissance des enfants d'âge scolaire (6-14 ans)	6,7	16,7	23,3	26,7	33,3
Dépistage de la malnutrition chez les enfants 6-59 mois	60	60	60	60	60
Promotion					
Promotion de l'Alimentation complémentaire chez les enfants 6-23 mois	23,3	26,7	30	33,3	36,7
Promotion de la Nutrition de la Femme des Femmes Enceintes et Femmes allaitantes	40	43,3	46,7	53,3	60
Eau, Assainissement et Hygiène					
Elimination améliorée des excréments (latrines / toilettes)	2,2	2,2	2,2	2,7	2,7
Mobilisation sociale au niveau communautaire pour la promotion des 3 messages clés WASH	16,7	33,3	50	56,7	66,7
Sensibilisation aux risques sanitaires liés à l'environnement	16,7	33,3	50	56,7	66,7
Les maladies non transmissibles					
ACV & diabètes					
Dépistage du risque ACV/diabètes	13,3	16,7	20	23,3	26,7
Traitement des cas avec diabète type I (avec insuline)	6,7	10	13,3	16,7	20
Dépistage de prévention du pied diabétique	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Traitement de cas avec diabète type II (avec insuline)	6,7	10	13,3	16,7	20

	2015	2016	2017	2018	2019
Cancer du sein					
Sensibilisation de base au cancer du sein	13,3	16,7	20	23,3	33,3
Mammographie	0	0	0	0	0
Traitement du cancer du sein : étape 1	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
Traitement du cancer du sein : étape 2	20	23,3	30	36,7	43,3
Traitement du cancer du sein : étape 3	6,7	6,7	46,7	46,7	46,7
Traitement du cancer du sein : étape 4	33,3	33,3	33,3	46,7	46,7
Soins palliatifs de base pour le cancer du sein	33,3	33,3	26,7	26,7	26,7
Post-treatment surveillance for breast cancer patients	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
Cancer du col					
Traitement du cancer du col de l'utérus	0	0	0	0	0
Dépistage des lésions précancéreuses du col utérin	5,3	6,7	8	9,3	10,7
Traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus	40	40	40	40	40
Soins buccaux et cancer					
Traitement du cancer buccal	10	13,3	16,7	20	23,3
Sensibilisation sur la santé buccodentaire	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
Respiratory disease					
Identification et contrôle de l'asthme	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Traitement des bronchopneumopathies obstructives	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prevention					
Education à la sante sur les méfaits du tabagisme et de l'alcoolisme	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Education à la sante sur les avantages de l'exercice physique et l'alimentation équilibrée	8,7	17,3	26	34,7	43,3
L'analyse de sang occulte dans les selles pour le cancer de l'intestin	0,8	1,6	2,4	3,2	4
Autres cancers					
Examen annuel du cancer digestif	10	13,3	16,7	20	23,3
Examen annuel du rétinoblastome	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Examens paracliniques du cancer	33,3	33,3	40	43,3	46,7
Maladies cardiovasculaires					
Traitement de l'hypertension artérielle	6,7	10	13,3	16,7	20
Mesure de la pression sanguine de routine au OPD	13,3	16,7	20	23,3	26,7
Prise en charge de l'AVC en consultation externe	4	6,7	10	13,3	16,7
Prise en charge de l'AVC en hospitalisation	4	6,7	10	13,3	16,7
Prise en charge de l'AVC en réanimation	4	6,7	10	13,3	16,7
Infarctus du myocarde	4	6,7	10	13,3	16,7
Cardiopathie rhumatismale	11	12,3	13,7	16,7	20
Drépanocytose					
Dépistage de la drépanocytose	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Prise en charge de la drépanocytose	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3

	2015	2016	2017	2018	2019
Santé bucco-dentaire					
Prévention des caries dentaires	0,7	1,3	2	2,7	3,3
Soins des caries dentaires	29,3	33,3	36,7	40	43,3
Extraction dentaire	60	53,3	46,7	40	33,3
Autre					
Gestion des conditions d'hématologie	33,3	36,7	40	43,3	46,7
Gestion des troubles gastro-intestinaux	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Gestion des conditions génito-urinaires	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Gestion des conditions musculo-squelettiques	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Gestion des maladies de la peau	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Santé Mentale					
Dépression					
Traitement psychosocial et médicaments antidépresseurs intensifs	4	8	12	16	20
Chimiothérapie antidépresseur	6,7	10	13,3	16,7	20
Psychose					
Soutien psychosocial et médicaments antipsychotiques intensifs	6,7	10	13,3	16,7	20
Chimiothérapie antipsychotique	6,7	10	13,3	16,7	20
Troubles bipolaires					
Intervention psychosociale intensive pour des troubles bipolaires	6,7	10	13,3	16,7	20
Chimiothérapie régulateur de l'humeur	6,7	10	13,3	16,7	20
Epilepsie					
Soutien, conseils et suivi psychosocial de base, plus médicaments anti épilepsie	6,7	10	13,3	16,7	20
Chimiothérapie antiépileptique ou anti comitialité	6,7	10	13,3	16,7	20
Troubles Anxieux et troubles du sommeil					
Chimiothérapie anxiolytique et hypnotique (les autres médicaments pouvant être utilisés comme antidépresseur et antipsychotique déjà mentionnés auparavant)	6,7	10	13,3	16,7	20
Psychothérapie	6,7	10	13,3	16,7	20
Urgences et Maladies Transmissibles					
Urgence/GRC					
Réponse aux besoins sanitaires urgents dont la SR d'urgence des personnes affectées	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Investigations et ripostes à tous les niveaux en cas d'épidémie et/ou catastrophes	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Continuité des soins préventifs et curatifs de santé y compris la SR en situation d'urgence des personnes dans les zones affectées	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
CYSTICERCOSE					
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire-CYSTI	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7

	2015	2016	2017	2018	2019
GEOHELMINTHIASES/BILHARZIOSES					
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire/GEOHELMINTHIASE	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7
Déparasitage systématique des enfants d'âge scolaire (6 à 14 ans)	13,3	23,3	33,3	53,3	60
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire/ BILHARZIOSE	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7
PESTE					
Prévention et surveillance de la population murine-PESTE	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prise en charge des cas- PESTE	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Contrôle de l'extension de l'épidémie- PESTE	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Filariose lymphatique					
Traitement Médicamenteux de Masse à base communautaire- PEFL	46,7	47,3	48	48,7	0
Tungose					
Traitement Médicamenteux de Masse à base communautaire- TUNGOSE	56,7	56,7	56,7	56,7	56,7
Lèpre					
Dépistage précoce et prise en charge des cas-Lèpre	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Prévention des invalidités et réadaptation physique-Lèpre	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Rage					
Prise en charge des expositions à la rage par vaccination et des contacts	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Handicap et réadaptation					
Santé physique					
Paralysie cérébrale	3,3	6,7	10	13,3	16,7
Pied bot varus équin	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Rachitisme	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Hémiplégie	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Paraplégie	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Tétraplégie	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Luxation congénitale hanche	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Scoliose	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Torticolis	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Amputation du membre inférieur	1,3	2,7	4	5,3	6,7
Séquelles de fracture	5,3	10,7	16	21,3	26,7
Arthrose	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Santé oculaire					
Dépistage et chirurgie de la cataracte	10	11,3	13,3	20	26,7
Santé auditive					
Prise en charge de l'otite	1,3	2,7	4	5,3	6,7
Traumatismes					
prise en charge en urgence des victimes d'accident de circulation	13,3	26,7	40	53,3	66,7

	2015	2016	2017	2018	2019
Violence					
Prise en charge des victimes de violence sexuelle	1,3	2,7	4	5,3	6,7
Prise en charge des victimes d'autolyse	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Promotion de la Sante					
Mettre en place un Comité National de Contrôle de Déterminants Socio-économiques de la sante	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Développer les capacités institutionnelles du Ministère chargé de la Santé et des différents acteurs en matière de promotion de la santé.	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Assurer le leadership en fournissant les orientations et l'assistance nécessaires dans le développement et dans la mise en œuvre de la promotion de la santé, basée sur les priorités nationales.	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Promouvoir l'utilisation des stratégies de promotion de la santé et ses 5 niveaux d'action pour le développement	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Promouvoir les comportements sains au niveau de la communauté	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Développer une base de données factuelles et la recherche opérationnelle en promotion de la santé	13,3	26,7	40	53,3	66,7
Totale Laboratoire Pharmacie-Salama					
Totale Salama Médicaments et consommables	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
Médico-Sociale					
Médico-Sociale Totale	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7

Annexe 7: TABLEAU DE POSITIONNEMENT DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

	Programme / Projet	Catégorie	Monnaie	Année					Total
				2015	2016	2017	2018	2019	
AFD	PACSS	Support au budget (non spécifique)	USD	600 000	0	0	0	0	600 000
		Ressources Humaines	USD	375 000	0	0	0	0	375 000
		Supervision	USD	15 000	0	0	0	0	15 000
		Autres (FBR)	USD	750 000	450 000	0	0	0	1 200 000
		Autres (audit)	USD	18 000	18 000	0	0	0	36 000
		Autres (suivi -évaluation)	USD	130 500	0	0	0	0	130 500
		Total PACSS		1 888 500	468 000	-	-	-	2 356 500
	PASMI	Kits, fournitures sante maternelle/néonatal/infantile)	USD	2 995 032	2 647 168	0	0	0	5 642 200
		Autres (renforcement capacité)	USD	867 000	745 500	0	0	0	1 612 500
		Autres (mobilisation communautaire)	USD	685 500	577 500	0	0	0	1 263 000
		Infrastructure	USD	151 050	135 300	0	0	0	286 350
		Autres (suivi évaluation audit)	USD	87 750	76 800	0	0	0	164 550
		Total PASMI		4 786 332	4 182 268	-	-	-	8 968 600
	NUTRIZAZA	Autres (nutrition - complément alimentaire 6 à 24 mois)	USD	519 000	346 500	94 500	72 000	0	1 032 000
		Total NUTRIZAZA		519 000	346 500	94 500	72 000	-	1 032 000
	Assistance Technique	Autres (expertises techniques)	USD	147 000	0	0	0	0	147 000
		Total Assistance Technique		147 000	-	-	-	-	147 000
	TOTAL AFD	USD	7 340 832	4 996 768	94 500	72 000	0	12 504 100	

	Programme / Projet	Catégorie	Monnaie	Année					Total
				2015	2016	2017	2018	2019	
Gavi, L'alliance du vaccin	SNV (Soutien aux nouveaux vaccins et achat vaccins PCV10, Penta, Rota, HPV, IPV):								
	- IPV		USD	1 537 000	1 803 500	1 803 500	1 803 500		6 947 500
	- PCV10		USD	11 137 000	10 761 000	9 185 000	8 209 000		39 292 000
	- Pentavalent Budget Programme)		USD	1 765 500	1 500 675	1 235 850	971 025		5 473 050
	- Antirovirus		USD	2 586 500	4 315 000	3 667 750	3 020 500		13 589 750
	- Anti-HPV		USD	130 500	128 500				259 000
	Total SNV				17 156 500	18 508 675	15 892 100	14 004 025	-
RSS (Renforcement du système de santé)			USD	3 549 250	6 400 000	5 120 000	5 120 000		20 189 250
	Total RSS			3 549 250	6 400 000	5 120 000	5 120 000	-	20 189 250
	TOTAL GAVI		USD	20 705 750	24 908 675	21 012 100	19 124 025	0	85 750 550
UNFPA	PTA SR Mini SAN/Activités		USD	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	7 500 000
	Contraceptifs et associés/Produits SR		USD	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
	PTA/ONGs		USD	1 000 000					1 000 000
	TOTAL UNFPA		USD	7 500 000	6 500 000	6 500 000	6 500 000	6 500 000	33 500 000
Banque mondiale	Projet d'Appui d'Urgence aux Services Essentiels de l'Education, de la Santé et de la Nutrition (PAUSENS)		USD	14 205 046	3 015 559				17 220 605
	TOTAL BM		USD	14 205 046	3 015 559	0	0	0	17 220 605
Fonds Mondial	Lutte contre le Paludisme		USD	24 844 763	18 031 943	28 252 733			71129439
	Lutte contre le VIH/Sida		USD	1 395 055	4 905 830	6 050 464			12351350
	Lutte contre la Tuberculose		USD	982 753	3 558 051	3 053 318			7594122
	Renforcement du Système de Santé		USD		4 419 860	2 970 704			7390564
	TOTAL Fonds Mondial		USD	27 222 571	30 915 684	40 327 219			98 465 475

	Programme / Projet	Catégorie	Monnaie	Année					Total
				2015	2016	2017	2018	2019	
OMS	Politiques et systèmes	Elaboration politique outil/guide, Formation, Supervision	USD	250 000	200 000	200 000	200 000	220 000	1 070 000
	Santé de la mère	Elaboration outil/guide, Formation, Supervision	USD	200 000	150 000	150 000	150 000	200 000	850 000
	Santé des enfants	Surveillance polio, appui à la vaccination (évaluation, enquête, suivi, supervision)	USD	310 000	400 000	450 000	450 000	450 000	2 060 000
	Lutte contre les maladies tropicales négligées	Autres médicaments/produits	USD	350 000	200 000	200 000	200 000	250 000	1 200 000
		Formation, Supervision, évaluation	USD	50 000	20 000	20 000	20 000	50 000	160 000
	Lutte contre les autres maladies transmissibles	Elaboration outil/guide, Formation, Supervision	USD	112 000	200 000	250 000	275 000	300 000	1 137 000
	Urgences sanitaires	Surveillance épidémiologique	USD	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	150 000
Kits médicaments - riposte		USD	75 000	75 000	100 000	100 000	100 000	450 000	
TOTAL OMS			USD	1 377 000	1 275 000	1 400 000	1 425 000	1 600 000	7 077 000

USAID	Administration and oversight	Autres: Administration et supervision des programmes	USD	1 841 600	1 950 000	1 950 000	2 014 000		7 755 600
	Centers for Disease Control and Prevention	Supervision	USD	76 000	76 000	76 000	76 000		304 000
	Child Survival Commodity Supply	Kits, fournitures sante maternelle/néonatal/infantile	USD	250 000	250 000	250 000	250 000		1 000 000
	Contraceptive procurement	Contraceptifs et fournitures associées	USD	850 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000		6 850 000
	DELIVER Supply Chain Assessment	Autres: Analyse du système d'approvisionnement de médicaments	USD	254 291	211 219				465 510
	DELIVER and follow-on	Moustiquaires et divers médicaments/produits	USD	13 035 000	13 000 000	13 000 000	13 000 000		52 035 000
	Grant to Institut Pasteur de Madagascar	Autres: Surveillance des fièvres, Recherches Opérationnelles en nutrition et santé maternelle	USD	462 000	500 000	500 000	500 000		1 962 000

Health System Strengthening	Autres: Renforcement du système de Santé	USD	1 561 311	2 000 000	2 000 000	2 000 000		7 561 311
Indoor Residual Spraying (IRS)	Médicaments/tests/fournitures Palu	USD	5 356 000	5 500 000	5 500 000	4 000 000		20 356 000
Integrated Social Marketing	Médicaments	USD	8 700 000	8 500 000	4 956 870	4 900 000		27 056 870
Leadership, Management, and Governance	Autres: Formation et Coaching du MINSANP	USD	300 000	-	-	-		300 000
MAHEFA and follow-on	Autres: Projet communautaire intégré incluant Nutrition et Eau & Assainissement	USD	6 531 048	2 152 781	6 000 000	6 000 000		20 683 829
Malaria Care	Autres: Malaria	USD	150 000	150 000	150 000	150 000		600 000
MCSP	Autres: Santé Maternelle et Néonatale incluant malaria	USD	1 300 000	1 300 000	1 300 000	1 300 000		5 200 000
MIKOLO	Autres: Projet communautaire intégré incluant Nutrition et Eau & Assainissement	USD	3 785 093	6 000 000	6 000 000	6 000 000		21 785 093
Monitoring and Evaluation activities	Autres: Etudes, enquêtes et évaluations	USD	1 608 400	1 550 000	1 457 130	1 450 000		6 065 530
Peace Corps	Autres: sensibilisation malaria et sante maternelle et infantile	USD	62 000	60 000	60 000	60 000		242 000
SIFPO	Autres: planning familial	USD	1 775 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000		7 775 000
Supply Chain Strengthening	Autres: Appui a l'amélioration du systeme d'approvisionnement de médicaments	USD	602 257	1 300 000	1 300 000	1 300 000		4 502 257
Water, Sanitation and Hygiene (WASH)	Autres: sensibilisation en Hygiène, Eau et Assainissement	USD	500 000	500 000	500 000	500 000		2 000 000
	TOTAL USAID	USD	49 000 000	49 000 000	49 000 000	47 500 000	0	194 500 000

	Programme / Projet	Catégorie	Monnaie	Année					Total
				2015	2016	2017	2018	2019	
BAD	PURE : part de l'Aide budgétaire ciblée sur le secteur santé		USD	11 083 333	6 927 083	-	-	-	18 010 417
	AIDES D'URGENCE PESTE/EBOLA : Equipements, Médicaments, Tests		USD	852 031	-	-	-	-	852 031
	AIDES D'URGENCE CHEDZA : Constructions, Equipements, Médicaments		USD	415 625	-	-	-	-	415 625
	AIDES D'URGENCE NUTRITION : Denrées alimentaires pour CRENA/CRENI et communautaires		USD	852 031	-	-	-	-	852 031
	AIDES D'URGENCE : Constructions, Equipements, Médicaments, Tests		USD	-	1 842 604	1 842 604	1 842 604	1 842 604	7 370 417
BAD/BIsD	Pavillon International HJRB : Construction, Equipement		USD	-	4 156 250	2 770 833	-	-	6 927 083
TOTAL BAD			USD	13 203 021	12 925 938	4 613 438	1 842 604	1 842 604	34 427 604
UE	PASSOBA santé (catégorie : budget, RH, médicament, fournitures, formation, supervision)		USD	13 500 000	7 500 000	1 800 000	-	-	22 800 000
TOTAL UE			USD	13 500 000	7 500 000	1 800 000	0	0	22 800 000
CBM	Lutte contre la cécité SALFA	Support au budget	USD	101 399	96 000	96 000	-	-	293 399
	Lutte contre la surdité SALFA	Support au budget	USD	37 500	60 000	60 000	-	-	157 500
	Développement Réhabilitation CRMM/CAM	Support au budget/infrastructure	USD	225 000	225 000	225 000	-	-	675 000
TOTAL CBM				363 899	381 000	381 000	0	0	1 125 899
UNICEF	Santé de la mère et de l'enfant	Appui aux Politiques/Stratégies et Renforcement du système de santé	USD	8 608 800	6 611 900	253 700	235 700	235 800	15 945 900
	Santé de la mère et de l'enfant	Santé maternelle/néonatale et de l'enfant	USD	2 169 000	2 305 600	2 305 000	2 140 400	2 140 100	11 060 100
	Santé de la mère et de l'enfant	Vaccin	USD	2 706 500	2 876 800	2 876 200	2 670 700	2 670 900	13 801 100
	Santé de la mère et de l'enfant	Urgence	USD	159 200	169 300	169 100	157 100	157 000	811 700
	Santé de la mère et de l'enfant	Support au programme	USD	2 856 500	3 036 400	1 396 000	1 296 100	1 296 200	9 881 200
TOTAL UNICEF				16 500 000	15 000 000	7 000 000	6 500 000	6 500 000	51 500 000
	Programme / Projet	Catégorie	Monnaie	Année					Total

				2015	2016	2017	2018	2019	
AUTRES	Chine		USD	2 993 750	2 993 750	2 993 750	2 993 750	2 993 750	14 968 750
	CRS		USD	1 922 917	1 922 917	1 922 917	1 922 917	1 922 917	9 614 583
	ADRA		USD	1 825 000	1 825 000	1 825 000	1 825 000	1 825 000	9 125 000
	France/IR		USD	1 754 167	1 754 167	1 754 167	1 754 167	1 754 167	8 770 833
	OPEP		USD	1 035 417	1 035 417	1 035 417	1 035 417	1 035 417	5 177 083
	JICA		USD	906 250	906 250	906 250	906 250	906 250	4 531 250
	MSF		USD	862 500	862 500	862 500	862 500	862 500	4 312 500
	GIZ		USD	502 083	502 083	502 083	502 083	502 083	2 510 417
	Regione Terzo Mondo		USD	3 312 500	3 312 500	3 312 500	3 312 500	3 312 500	16 562 500
	Handicap International		USD	3 145 833	3 145 833	3 145 833	3 145 833	3 145 833	15 729 167
	Japon		USD	2 354 167	2 354 167	2 354 167	2 354 167	2 354 167	11 770 833
	France / Pas de Calais		USD	1 458 333	1 458 333	1 458 333	1 458 333	1 458 333	7 291 667
	France / SCAC		USD	1 354 167	1 354 167	1 354 167	1 354 167	1 354 167	6 770 833
	Norwegian Agency		USD	1 104 167	1 104 167	1 104 167	1 104 167	1 104 167	5 520 833
	Groupe Recherches/Echanges Technologiques		USD	916 667	916 667	916 667	916 667	916 667	4 583 333
	ONUSIDA		USD	791 667	791 667	791 667	791 667	791 667	3 958 333
	Norvège		USD	645 833	645 833	645 833	645 833	645 833	3 229 167
	France / Aquitaine		USD	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	2 500 000
	PNUD		USD	437 500	437 500	437 500	437 500	437 500	2 187 500
	France / Rhône-Alpes		USD	3 333 333	3 333 333	3 333 333	3 333 333	3 333 333	16 666 667
France / Meylan		USD	2 291 667	2 291 667	2 291 667	2 291 667	2 291 667	11 458 333	
France / Alsace		USD	1 666 667	1 666 667	1 666 667	1 666 667	1 666 667	8 333 333	
France / Ile de France		USD	1 458 333	1 458 333	1 458 333	1 458 333	1 458 333	7 291 667	
France / Finistère		USD	1 250 000	1 250 000	1 250 000	1 250 000	1 250 000	6 250 000	
Réunion / St Denis		USD	625 000	625 000	625 000	625 000	625 000	3 125 000	
France / Oise		USD	625 000	625 000	625 000	625 000	625 000	3 125 000	
Allemagne / KFW		USD	416 667	416 667	416 667	416 667	416 667	2 083 333	
TOTAL AUTRES			USD	39489583	39 489 583	39 489 583	39 489 583	39 489 583	197 447 917
TOTAL GENERAL			USD	210 407 702	195 908 207	171 617 840	122 453 213	55 932 188	756 319 149

Annexe 8: LISTES DES PERSONNES AYANT PARTICIPES AU CHANTIER PDSS

MEMBRES DU COMITE DE COORDINATION

TAFANGY Philemon.B		Secrétariat Général
RANDRIANTSIMANIRY Damoela		OMS
ABONNEL Christian		AT/ Secrétariat Général
VOLOLONTSOA Tiana L		DEP
SAHONDRA Josée		DDS
RAPATSALAHY	Haingolalao	
Sahondranjanahary		DRH
ROBIARIVONY Josiane		CT/CECM
YEO AMELIA		MARIE STOPES MADAGASCAR
RANDRIANARIVO Hasinjaka		DULMNT
RAKOTOARIBAKO Ony		EKAR SANTE
RANDRIAMANAMPISOA Carmen		DPS
SOANARIVOLA Eléonore		FONDATION AKBARALY
RAMAMONJISOA Haja		AMADIA
RALAINIRINA Paul Richard		UNICEF
ROUGERIE Julien		ACF
Christine Bellas CABANE		COOPERATION FRANCAISE
RANDRIANTSOA Jeannot		JICA
RAMAHATANAHARISOA Aristide Williams		DSI
RAVOAVY Michel		PFNSOC
RAVELONDRAZANA Célestine		HANDICAP INTERNATIONAL
Jeannette DANHO		UNFPA
RAHERIVOLOLONA Evelyne		DGS
RASOARINIAINA Lalaso		ASOS
RAMANIVOARISOA Marie Claudine		DGS
ANDRIANTSARA Guy		OMS
MASY Harisoa		OMS
RAJOELA Voahirana		BM
Claudia ALLERGRI		Fondation AKBARALY
Agnès DUBAND		UE
RASAMIHAJAMANANA Eugénie		Secrétariat Général
Robert KOLESAR		USAID

MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE

NOMS ET PRENOMS

RASAMIHAJAMANANA Eugénie
VOLOLONTSOA Tiana Lalaoarijaona
ANDRIANIRINARISON Jean Claude
ANDRIAMIZARASOA Fidélis Adolphe
ABONNEL Christian
RALAINIRINA Paul Richard
ANDRIANTSARA Guy
RAKOTOVAO Jean Pierre
ANDRIAMIADANA Jocelyne
DANHO Jeannette
RAJOELA Voahirana

ENTITES

AT/ Secrétariat Général
DEF
SSEp/DVSSE
DULMT
AT/ Secrétariat Général
Health Specialist/UNICEF
Health Economist/OMS
MCSP
USAID
UNFPA
BM

MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL:

GRUPE 1 : LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

NOMS ET PRENOMS

ENTITES

Leader MSANP

RASAMIHAJAMANANA Eugénie Secrétariat Général

Leader PTF

ANDRIANTSARA Guy **OMS**

Membres

RAJOELA Voahirana Banque Mondiale
FIRINGA Jonhson Victorius MADAIDS,
ANDRIANIAINA Harivelo Rijaso SE/CNLS,
ANDRIANOELINA Miara Zo SE/CNLS,
ANDRIANTSARA Guy OMS
BAYANT Zohra, INSPC,
RAVAORISOA Lantonirina INSPC,
RABARISON Marie Léon Ludovic CISS
RAHERIVOLOLONA Evelyne DGS
RAMANIVOARISOA Claudine DGS
RANDRIANTSIMANIRY Damoela OMS
RALAINIRINA Paul Richard UNICEF

Claudia ALLERGRI Fondation AKBARALY
RASAMIMANANA Tiana Fondation AKBARALY
CRESPI EMANUELE Fondation AKBARALY
SANGARE ISSIAKA Fondation AKBARALY
Olivier VALLEE COOPERATION FRANCAISE
RANDRIAMANAMPISOA Carmen DPS
RAKOTOARISON Norohasina DPS
RASOAMAMPIONONA Fanja DP
RASOLONJATOVO SLRC
RANDRIAMAMPIANDRA Hasindrainy SLRC

ANDRIANIAINA Harivelo Rijaso	UGFM/SE/CNLS
RAJAONARIVONY J.Roland	DDS
MAHAVORY Jean Berthin	Chef CSB2 ANALAMAHITSY
ANDRIANARIJAONA Bakondrainy	Chef CSB2 ANDOHALO
RAKOTOARIMBOLA Harintsoa	Chef CSB2 ISOTRY CENTRAL
RAZAFINDRANAMBO Fortunat	Chef CSB2 AMPASANIMALO
RAKOTOARINALA Clémenceau	Chef CSB2 ANTANIMENA
RAKOTOMANGA Dominique	CCM
RAKOTOMALALA Benjamina H,	DRH/AT SFP
RASAMINANJA Orlando	CHUA
RAVOAVY Lyda Haja Nirina	CHUA
RAKOTOMANGA Nivoarisoa Sylviane	PRMP/UGPM
ANDRIAMIALINJATOVO Ando	PRMP/UGPM
RAZAFIMANJATO John C	DSH
VOLOLONTSOA Tiana Lalaoarijaona	DEP
RANDRIANIRINA Luc Herman	DLMN
RAVONIARISOA Marie Georgette	DSEMR
RANDRIAMANOMANA	DPLMT
RANDRIANJAVONIMPANANA Heritiana	HUME TSARALALANA
RAMIARONDRABE Hajason	Association FIMF
INJERONA Jean Eugene	WATERAID
RANDRIANARY Haja	CHU FENOARIVO
RANDRIAMBOAVONJY Kanto	CSB2 AMBOHIMANARINA
RANDRIANASOLO Sylviana	HME AMBOMIANDRA
RAKOTOARIVONY Ny AINA Doria	EUSSPA
ANDRIANARIMALALA Bakotiana	CHU JRB
RATSIMAMANGA A Sylla	CHU JRB
RAHAJANIRINA Christiane	ET/DEP
RAJAONALISON Rojomalala	SPRO/DEP

GROUPE 2: PRESTATION DE SERVICE

NOMS ET PRENOMS	ENTITES
Lead MSANP	
RAHERIVOLOLONA Evelyne	DGS
Lead PTF	
RALAINIRINA Paul Richard	UNICEF
Membres	
RANDRIAMANAMPISOA Carmen	DPS
RAHOLIARIMANANA Sahondraritera Herimamy	DPS
TATA Venance	DPS
RAONISONJARISON Mamy	DPS
RAKOTOVAO Gisele	DPS/SST
ANDRIANASOLO Eric	ONM
RATSIMBAZAFY Corinne Nadia Estelle	ONM
NASOLONIAINA Rivosoa	SALFA
RABENASOLO Lanto	SALFA

MASY Harisoa	OMS
LAMINA Arthur	OMS
ANDRIANARISOA Samuel	OMS
RAMINOSOA Malala	OMS
RAZANATSOA Angeline	OMS
RAZAIARIMANGA Marie Constance	OMS
RAVAONORO Christine	DSMER
RAMANOELINA Saholiarisoa	DSMER
RAHARINORO Claire	DSMER
RAMANANJANAHARY Haingonirina	DSMER
RAMANGAKOTO Mamy Hariné	DSMER
RAKETANDRIANA Nivohanta	DSMER
RAHERISOANJATO Annie	DSMER
RANDRIAMASIARIJAONA Hasinilina	DSMER
RAJERISON Clara Sylvie	DSMER
RAZANAMALALA Monique	DSMER
RAZARINIMANANA Jean Olivier	DSMER
RAVOAVY Lydia Haja Nirina	DGCHU
ANDRIAMANDRATO José Nirina	DGCHU
ANDRIAMIZARASOA Fidélis Adolphe	DULMN
RANDRIANASOLO Mahery Alexandre	DULMN
RAZAFINDRAKOTO Honoré	DULMN
RAZAFINDRALAHA Lava Christian	DULMN/UACMN
RAZANAKOTO Jean Christian	DULMNT
RAKOTONOMENJANAHARY Henintsoa Suzanne	DULMNT
RAMBOASALAMA Andriamanga	DSH
SAHONDRANIAINA Zafindramavo Louise	DSH
RANAIVOARIMANANA Domoina	ACSQDA
RAJEMIMIRAHO Lazaniaina	ACSQDA
ANDRIANTSILAZINA Harijaona	OFNALAT
RANDRIAMBOLOLONA Tovoniaina Patrice PIOLA	OFNALAT
Rindra Vatosoa RANDREMANANA	IPM
RAVAOALIMALALA Vololomboahangy	IPM
Jean Claude MUBALAMA	UNICEF
RASOARINIAINA Lalaso	ASOS
RAHARIMANANA Gertrude	ASOS
RAHERIMANANA Emile	ASOS
RAVELOSON Clarimond	ONUSIDA
ANDRIAMIADANA Jocelyne	USAID
RAVAOMANANA Edwige	UNFPA
RAZAFINJANAHARY Jeanne Françoise Marie	EKAR SANTE
Sò ur Anne Claire ESQUILLAN	ANYMA
RANDREMANANA Rindra Vatosoa	IPM
RAVAOALIMALALA Vololomboahangy	IPM

ANDRIAMAHENINA Herizo	MEDECIN DU MONDE
ANDRIAMAMONJY R. Vololona	DDS
ANDRIAMAHALANJA Fenosoa	DDS
HANTAMALALA Elisa	DDS
RAMBELOSON Merlyne	DDS
ANDRIANJARANASOLO Felix	SG
Karel ZELENKA	CRS
Claudia ALLERGRI	Fondation AKBARALY
RAKOTONJANAHARY Martin	PNLT
RASELANIVO RAMBELOSON Jeanne Alice	PNLT
RAKOTONDRAZANANY Harolalaina	PNLT
RAPATSALAHY Fetra	PLNS
RANDRIANTSARA Haja	PLNS
VOLOLOARINOSINJATOVO .M . Monique	PNLP
ANDRIAMANIVO Hery Mamy	PNLP
RAKOTOARY Jean	DSH
RAMIADAMPAMONJY Eveline Bakoly	
Voninirina	DSH
Jeannette DANHO	UNFPA
RAMIHANTANIARIVO	DGS
RAMANIVOARISOA Claudine	DGS
RASOLOMPIAKARANA Dolores	DGS
Paul NGAWKUM	UNICEF
RAHELIMALALA Robertine	JSI MAHEFA
RIBAIRA Yvette	JSI/MAHEFA
ANDRIAMANDAY Rivo	JSI/MAHEFA
RAKOTOARIBAKO Ony	EKAR SANTE
RAKOTONDRABE Christian	DPLMT
RASOAMANARIVO Hanitraririna	DVSSE
RASOALIMANANA Rondro Miangola Michèle	DVSSE
RAONIHARIJAONA Hasinarimino Louissette	DVSSE
RANDRIA Mamy	CHUJRB
RANDRIANASOLO Henri	CHUJRB
RAZAFIMAHANDRY Jean Claude	CHUJRA
RAHARIMANGA Mbolatian'Ny Aina	CHUJRA
RAFOLOHANITRARIVO Rio Cornel	CHUJRA
RANDRIANAROVANA Raïssa	CHUJRA
RAVAOSENDRASOA Hantanirina	CHUJRA
ANDRIANARIJAONA Liva A	REAMED CHUJRA
RASOANAMBININJANAHARY Tianarivo	ONG DSF
RAVELONDRAZANA Celestin	Handicap International
RAHARISOA Hanta	ONG L'homme et environnement
MIHARIMANANA Alexis	Marie Stopes
RALAMBOMANANA Florence	DRSP ANALAMANGA
SOLOARIVELO Andriamaro Fanekena	CAM
RASOARIMBOAHANGY Miarintsoa	Centre de cure ARO AINA/Plateforme

RAVELOMANANINDRINA ROVANTSOA	de l'OSC PLATE FORME DE LA SOCIETE CIVILE
RAVOAJA Michel Pascal	CENTRE DE STOMATOLOGIE
ANDRIANTSOAMANALINA Nicolas	CENTRE DE STOMATOLOGIE
RASOLOARINIVO Justine	CENTRE DE STOMATOLOGIE
RASOLOFOMANANA Olvia Laurence	EUSSPA
RAMANANTOANINA Nirinarilala	CHUA HOPITAL FENOARIVO
RAZANAMASY Voninavoko	SPRO/DEP
ANDRIAMORASATA Sylvie	SPRO/DEP
RASOARINORO Lalao Delphine	ET/DEP
RAZAFY Alisoa Zolinarivo	ET/DEP
MAHEFASON Maminirainy Hajanirina	ET/DEP

GROUPE 3: SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

NOMS ET PRENOMS

ENTITES

Lead MSANP

RAMAHATANAHARISOA Aristide
Williams

DSI

Lead PTF

RANDRIANTSOA Jeannot

JICA

Membres

ANDRIANTSARA Guy	OMS
RAHANITRINIAINA Lantosahondra	DSI
RABEMANANJARA Rija	DEP/SSS
RADIASON Martinien Robert	DSI
RANDRIANASOLO Marie Laurence	IPM
BRICETTE Jane Léa Nirina	IPM
RANDRIAMAMPIONONA Jane Léa	IPM
RAVAOALIMALALA Vololomboahangy	IPM
RAHERIVOLOLONA Evelyne	DGS
RAMANIVOARISOA Claudine	DGS
Toshiko TAKAHASHI	UNICEF
Claire Mulanga TSHIDIBI	ONUSIDA
ANDRIANASOLO Eric	ONM
RATSIMBAZAFY Corinne Nadia Estelle	ONM
RAHANTARIVELO Veronique Rachel	RESEAU MAD'AIDS
Claudia ALLEGRI	Fondation Akbaraly
RASOALIMANANA Rondro Miangola Michèle	DVSSE
RASOAMANARIVO Hanitraririna	DVSSE
RAONIHERIJAONA Hasinarimino	DVSSE
RABENAMPOIZINA Nohisoa	UNFPA
Olivier VALLEE	COOPERATION FRANCAISE
RANDRIANASOLO Bruno	ADHP à la plate-forme de SC
RANDRIAMANANA Théodpre	CHU Befelatanana

RAKOTONDRABE Christian	DPLMT
RANDRIANARISOA Mamy	CHUJRA
RAHARIMANANJARA Zo	CHUJRA
PAZOELIARISOA Jackie	CHUJRA
ANDRIAMIARINOSY Santatra	HMEA
RABEMANANJARA Francine Aimée	HUMET
RANDRIANTSAMIAHOTRA Herizo Patrick	HUMET
RANDRIANATOANDRO M. Samuel	CHU Fenoarivo
RAHANITRANDRASANA Esther Odile	HUSMA
RAZAFINDRANOSY Olivier	HUSMA
RAKOTO RAMAMBASON Haingotiana	PNLT
RANDRIANARISON Ralijaona Dimbiniaina	SSE/DEP
RAKOTOMALALA Bien Aimé Jocelyn	ET/DEP
ANDRIANATOANDRO Maminiana T.	SARESS/DEP
RAZAFY Alisoa Zolinarivo	ET/DEP
RAZAFIARIMANANA Raholiarisoa	DRS ANALAMANGA

GROUPE 4 : RESSOURCES HUMAINES

NOMS ET PRENOMS	ENTITES
Lead MSANP	
RAPATSALAHY Haingolalao Sahondranjanahary	DRH
Lead PTF	
Agnés DUBAND	UE
RANDRIANTSIMANIRY Damoela	OMS
Membres	
ANDRIANTSARA Guy	OMS
ANDRIANASOLO Eric	ONM
RAKOTOSON Heritiana Alain	DRH
RANDRIAMANAMPISOA Hariniaina Patrick	DRH
SOBINSON Ernest	DGS
RASOLOMPIAKARANA Dolores	DGS
SOLOMANDRESY Ratsarazaka	UNFPA
RABEFITIA Ginette	UNFPA
ANDRIANARISON Joelle	UE
RABENIRINA Danielle	AFD
RAJAOARISOA Sylvie	SG
RATSIMBAZAFY Carinne Nadia	ONM
RAKOTOVAO Gisèle	ONM
RASAMOELINA Damy	RTM (Reggio Tere Mondo)
RABEMANANJARA Richard	DIFP
RAKOTOMALALA Remi	UGP
RAKOTOMANGA JDM	Conseil santé
GABORIAU Christel	Conseil santé
RAHELINIRINA Arisaina	DDS
RAKOTOARY Jean	DSH

RAMIADAMPAMONJY Eveline Bakoly Voninirina	DSH
ANDRIAMOSE Rondrotiana	HUJRA
RASENDRANOMENERIMALALA Fanja	HUJRA
RANDRIAMANANTENA Chantal	HUJRA
RAZAFINDANDY Niaina Tahinarisoa	HUJRA
RAVAKAHARISOA Domoina Sarah	HUMEA
HAJANIAINA Lea Marie Florette	HU Feniarivo
RAZAKARITOMPO Armand Fidel	Stomatologie
RAMANITRARIVO Judith	HUJRB
SOAVINA Léonie	HUSMA
NDATASON Frederic	HUSMA
ANDRIAMANDRANTO Fanja	HUMET
RAZAFIARIMBOLA Malala	HUMET
RAVELOMANANINDRINA Rovantsoa	Plateforme de l'OSC
RAHARIMANANA Justine Sylvie	Plateforme de l'OSC
RAZAKAMANANTSOA Rita	ET/DEP
RAZAFINDRAFARA A Voahangy	ET/DEP
RASOARINORO Lalao Delphine	ET/DEP
RAZAFY Alisoa Zolinarivo	ET/DEP
MAHEFASON Maminirainy Hajanirina	ET/DEP

GROUPE 5: INTRANT DE SANTE, MATERIELS, INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS

NOMS ET PRENOMS

ENTITES

Lead MSANP

SAHONDRA Josée

DDS

Lead PTF

Jeannette DANHO

UNFPA

Membres

FORTUNEE

CNTS

RANDRIANAIVO Jean Honoré

UPASM

RAKOTONIRINA Raymond

UPASM

ANDRIAMBOLOLONA Zo

DPLMT

RANDRIANTSIMANIRY Damoela

OMS

ANDRIANTSARA Guy

OMS

Christine Bellas CABANE

COOP FRANCAISE

RAMANANTSOA RANDRETH Nancy

Landy

CNTS

ANDRIANANTENAINA Eric

CNTS

HARIZO Patrick

DAMM

RABENANDRASANA Volatiana

DAMM

RAMANIVOARISOA Claudine

DGS

Benedicte CONTAMIN

Fondation Mérieux

RAKOTOARISOA Luciana

Fondation Mérieux

RIBAIRA Yvette

JSI/MAHEFA

DATIAN Wanogo Ali	UNFPA
RAKOTOZANANY Luc	SALAMA
ANDRIANJAFY Tahina	SALAMA
RASOANAIVO Johnson Jack	RESEAU MAD'AIDS
RAKOTONDRABE Christian	DPLMT
RANDRIAMANOMANA	DPLMT
RAKOTOMANANA Jone .E	PNLT
RAHELINIRINA Arisaina	DDS
ANDRIAMANANTENASOA Fidy	DDS
RAMBELOSON Vallyne	DDS
RAKOTOARY Jean	DSH
RAMIADAMPAMONJY Eveline Bakoly V.	DSH
RAMIARAMANANA Nirina	SMSR/DSEMR
RAVAOSOLO Jeannine	SMSR/DSEMR
RIVOHANTANIRINA Nicole Eveline	DSEMR
ANDRIANASOLO Sehenolalao	DSEMR
RAHARIMBOAHANGY Vola	DSEMR
RAKETANDRIANA Nivohanta	DSEMR
RANANOSON Alexandre	DRSP ANALAMANGA
RANDRIAMAVO Jean	DRSP ANALAMANGA
RAZATINAKANGA Yvon Adolphe	DRSP ANALAMANGA
RASOARIMANANA Vololona	DRSP ANALAMANGA
RAKOTOARIVONY Maminirina	SDSP TANA VILLE
RANDRIANTSARA Haja	PNLS
VOLOLONIAINA NIVOARISOA Manoela C.	DULMN
RAMAROLAHY Emérantien Benoit	DULMN
RANDRIANANDRASANA Solofohery	DULMN
ZAZOU Raharo Salohy	DULMN
RAKOTONIAINA Anne	HUFA
RAFALIMANANA Christian	CHUJRA
RANDRIANAIVO Ravelona Mamy	CHUJRA
RAKOTO ALISON Olivat	CHUJRA
RAJAONA RAZAFINDRAKETAKA	CHUJRB
VOLOLONIAINA Andrienne	CHUJRB
ANDRIANAVALONA Vola Nirina	HUSMA
RAKOTOHARISOA Nirina Farah	HUSMA
RANOSIARISOA Zoly Nantenaina	HUGOB
RASOLOFONIRINA H Mahaleo	EUSSPA
RAMAHATRA RAKOTONIAINA Harinaivo	CHU/HUMET
RATSITOHAINA Hanta	CHU/HUMET
RAZAKANTOANINA Maminirina	CHU/HMEA
RAVOAVINOMENJANAHARY Faratiana	CHUAMBOHIMIANDRA
RAKOTONIRINA Ruffin	Association de Dvpt Rural
RAZANAKOTO Jean Christian	DLMNT
RAKOTO Hariso Rodolph	WATERAID

RANDRIANALIZAKA Jacques	SSE/DEP
RANDRIANARISON Ionisoa Hantanantenaina	SPRO/DEP
RAZAFY Alisoa Zolinarivo	ET/DEP
RASOARINORO Lalao Delphine	ET/DEP
MAHEFASON Maminirainy Hajanirina	ET/DEP

GROUPE 6: FINANCEMENT DE LA SANTE

NOMS ET PRENOMS

ENTITES

Lead MSANP

RAMANIVOARISOA Marie Claudine **DGS**

Lead PTF

RAJOELA Voahirana **BM**

Membres

ANDRIANTSARA Guy	OMS
Agathe SIMONIN	AFAFI
RAZAFY Sylvain	SG
SOBINSON Ernest	DGS
RAKOTOMANGA Nivo	UGPM
RANDRIAMIHANTANIRINA S Hersel	PRMP
RAZANAMANANA Hortencia	DAAF
RAKOTONIRINA Désiré	DDS
RAHARIJAONA Herihaja	CISS
RASOLOFONDRAIBE Josefa	DPLMT
RAZANAJESY Andrianiaina Manovontsoa	DPLMT
ANDRIANARISATA John Eric	BAD
RAJAONARY Francky	FUNHECE
RASOLOMPIAKARANA Dolores	DGS
RABENIRINA Danielle	AFD
Corrado CIMINO	Fondation Akbaraly
SOANARIVOLA Eléonore	Fondation Akbaraly
Christine Bellas CABANE	COOPERATION FRANCAISE
RAHARISON Tsihory	DAAF
RASOANOMENJANAHARY Joséphine	SARESS/DEP
RAFENOMANANA	SPRO/DEP
RAMANAMIRIJA Andriamampandry	SPRO/DEP
RASOARINORO Lalao Delphine	ET/DEP
RAZAFY Alisoa Zolinarivo	ET/DEP
Emanuele CRESPI	Fondation Akbaraly
RABE ANDRIANARIVO	DDS
RAKOTONDRA SOA GEORGES	DDS
RATIANARIMALALA Chariline	CHUA
MARIE Yvonne	HUMEA
ROBISOA Aina	HUJRA
RANDRIAMBOLOLONA L .Valerie	HUJRA
RAKOTOZAFY Andriana Valoniaiaina	HUJRA

ANDRIAMADIO Zafy Rondrolalao	HUSMA
RAHARIJAONA Falihery	HUFenoarivo
ANDRIANAIVOJAONA Mamy Heriniaina	HUMET
RAZANAMAHEFA Rolland	HUJRB
RAKOTOMALALA Remi	UGP

SECRETARIAT PERMANENT ET EQUIPE TECHNIQUE DEP

NOMS ET PRENOMS	ENTITES
MAHEFASON Maminirainy Hajanirina	SARESS/DEP
RAKOTOARISOA Zoliarivelo Sehenoniaina	ET/DEP
RAHELIARIVELO R. Nivo	SARESS /DEP
RAKOTOALISINA Harilalao	SPRO/DEP
RANDRIANANTENAINA Hantarisolo Lynah	SPRO/DEP

MEMBRES DU NOYAU DUR OHT

NOMS ET PRENOMS	ENTITES
VOLOLONTSOA Tiana Lalaoarijaona	DEP
ANDRIAMIZARASOA Fidèlis Adolphe	DULMT
RAKOTOSON Heritiana Alain	SORH/DRH
RANDRIAMANAMPISOA Hariniaina Patrick	AT/DRH
RAHARISON Tsihory	AT/DAF
RANDRIAMANANA Saholy	HPP
RABEMANANJARA Rija	SSS/DEP
RAKOTONDRAVELO Holinarisanta	ET/SG
RAZANAMASY Voninavoko	Spro/DEP