



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

PLAN DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTE 2020 – 2024

PREFACE

La santé, un droit inaliénable pour chaque citoyen, constitue un fondement de tout développement d'un pays à travers le monde. Afin d'assurer le bien-être de la population, Madagascar a souscrit aux ODD et y a fait figurer la santé parmi les priorités dans la politique publique.

L'analyse approfondie de la situation sanitaire actuelle de Madagascar a permis de découvrir des problèmes, des enjeux et défis auxquels le système de santé est confronté, et pour lesquels le gouvernement malagasy à travers le Ministère en charge de la Santé adoptera un nouveau plan de développement du secteur santé.

Ce document représente la référence nationale pour toute planification en matière des programmes de santé, mobilisation et allocations des ressources, plaidoyer, recherche et suivi-évaluation des interventions dans le secteur santé.

Ce plan est une traduction sectorielle des orientations stratégiques définies dans le Plan Emergence Madagascar conçu par le gouvernement, lequel détermine les réformes et les principales interventions pour le développement du secteur santé. Il vise à améliorer le bien-être des populations Malagasy à travers la mise en place d'un système de santé performant, fort et résilient, répondant aux besoins de la population en particulier les personnes les plus vulnérables et concourt à la réalisation de la vision suivante : « ***Une population Malagasy en parfaite état de santé contribuant à la construction d'une nation moderne et prospère*** ».

Huit axes stratégiques sont définis pour les futures interventions. Il s'agit de :

- (i) Renforcement du cadre institutionnel, de la gouvernance, de la coordination du système de santé
- (ii) Bonne gestion et utilisation rationnelle des ressources disponibles orientée vers les résultats et de l'efficacité (*matériels*),
- (iii) Renforcement du capital humain,
- (iv) Amélioration de l'accès aux soins équitables de la population aux offres de services et soins essentiels intégrés de qualité à tous y compris les reculés/indigents et stimulation de la demande effective des services essentiels appropriés par la communauté
- (v) Renforcement de la Médecine Préventive, de la Promotion de la Santé, des comportements sains ciblant les déterminants de la santé, de la gestion des urgences sanitaires y compris épidémies et catastrophes
- (vi) Développement du financement de la santé adéquat et équitables pour la protection de la population contre les difficultés financières pour accéder aux soins
- (vii) Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé pour une planification efficiente
- (viii) Renforcement de la santé communautaire

La mise en œuvre effective des interventions afférentes à ces axes contribuera à la mise en place de la Couverture Santé Universelle en vue d'un meilleur état de santé de la population et sa protection face aux éventuelles situations d'urgence sanitaire.

J'exhorte toutes les parties prenantes, à s'engager, à s'approprier chaque élément de ce plan, à s'impliquer activement dans sa mise en œuvre, pour que nos actions menées à tous les niveaux aient un impact réel sur le bien-être de la population.

Enfin, je tiens à remercier et à féliciter tous ceux qui, de loin ou de près, ont apporté leurs concours à l'élaboration de ce document, notamment les techniciens du Ministère de la Santé Publique, ceux d'autres secteurs et les Partenaires Techniques et Financiers.

Le Ministre de la Santé Publique

Professeur Julio RAKOTONIRINA

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMM	: Agence du Médicament de Madagascar
AC	: Agent Communautaire
ACC	: Approche Atteindre chaque Cible
ACCESS	: Accessible Continuum of Care and Essential Services Sustained
ACF	: Action Contre la Faim
ACN	: Agent Communautaire Nutrition
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
APART	: Autorités Politiques, Administratives, Religieuses et Traditionnelles
APMF	: Agence Portuaire, Maritime et Fluviale
AS	: Agent de Santé
ASOS	: Action Socio-sanitaire Organisation Secours
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
AVS	: Activité de vaccination Supplémentaire
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	: Banque Mondiale
BNGRC	: Bureau National de Gestion des Risques et des Catastrophes
CAMUM	: Centre d'Aide Médicale d'Urgence de Madagascar
CA	: Conseil d'Administration
C4D	: Communication for Development (Communication pour le Développement)
CAID	: Campagne d'Aspersion Intra Domiciliaire d'insecticides
CCACD	: Comité de Coordination des Activités Communautaires au niveau des Districts
CCACR	: Comité de Coordination des Activités Communautaires au niveau des Régions
CCDS	: Comité Communal de Développement Sanitaire
CCEOP	: Plateforme d'Optimisation des équipements de la Chaîne de froid
CCER	: Cellule Centrale d'Exécution du Recensement
CCOC	: Collectif des Citoyens et des Organisations Citoyennes
CCSC	: Communication pour le Changement Social et comportemental
CDMT	: Cadre de Dépense à Moyen Terme
CDT	: Centre de Diagnostic et de Traitement
cVDPV	: circulating Vaccine-derived poliovirus
CGL	: Comité de Gestion Logistique
CHRD	: Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHUAM	: Centre Hospitalier Universitaire d'Appareillage de Madagascar
CLAC	: Comité de Lutte Anti Corruption
CMM	: Consommation Moyenne Mensuelle
CNS	: Comptes Nationaux de Santé
CNSS	: Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé
CoGe	: Comité de Gestion
COMEDIM	: Comité des Médicaments, des Intrants Médicaux
CoSan	: Comité de Santé
CNC	: Comité National de Coordination
CNC-RAM	: Centre National de Coordination de la surveillance de la Résistance aux anti Microbiens
CPN	: Consultation Pré Natale
CRENAM	: Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire de la malnutrition aigüe Modérée
CRENAS	: Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire de la malnutrition aigüe Sévère sans complication
CRENI	: Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
CRS	: Catholic Relief Service

CRSS	: Comité de Renforcement du Système de Santé
CSAJ	: Centre de Santé Amis des Jeunes
CSB	: Centre de Santé de Base
CSEP	: Cadre de Suivi et Evaluation de la Performance
CSU	: Couverture Santé Universelle
CT	: Centre de Traitement
CTAR	: Centre de Traitement Anti Rabique
CTP	: Chimio Thérapie Préventive
CTS	: Centre de Transfusion Sanguine
CRIC	: Centre de Réflexion des Intervenants aux Catastrophes
CRTS	: Centre Régional de Transfusion Sanguine
CVSF	: Centre de vigilance Sanitaire aux Frontières
DAF	: Direction Administrative et Financière
DG	: Direction Générale
DGMP	: Direction Générale de la Médecine Préventive
DGFS	: Direction Générale de la Fourniture des Soins
DGR	: Direction Générale des Ressources
DEPSI	: Direction des Études, de la Planification et des Systèmes d'Information
DHIS2	: District Health Information Software 2
DMM	: Distribution de Masse de Médicaments
DPEV	: Direction du Programme Elargi de Vaccination
DPLMT	: Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRSP	: Direction Régionale de la Santé Publique
DTCHepB-Hib	: Vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B, la poliomyélite et les infections à Hib
DTI	: Droits et Taxes à l'Importation
DTS	: Direction de la Transfusion Sanguine
DSSB	: Direction des Soins de Santé de Base
DSFa	: Direction de la Santé Familiale
DVSSER	: Direction de la Veille Sanitaire, Surveillance Epidémiologique et Riposte
EAH	: Eau, à l'Assainissement et à l'Hygiène
ECD	: Equipe Cadre de District
ECF	: Equipment de Chaîne de Froid
EEC	: Evaluation Externe Conjointe
EMAD	: Equipe Managériale du District
EMAR:	Equipe Managériale de Région
ENAM	: École Nationale d'Administration de Madagascar
ENISM	: Enquête Nationale sur l'Iode et le Sel à Madagascar
ENSOMD	: Enquête Nationale pour le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
EPA	: Etablissement public à caractère Administratif
EPFP	: Etablissement Privé de Formation des Paramédicaux
ES	: Etablissement Spécialisé
EVASAN	: Evacuations Sanitaires
FANOME	: Fonds d'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels
FAF	: Fer Acide Folique
FDRARMN	: Feuille de Route pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale
FE	: Fonds d'Equité
FISA	: FlanakavianaSAmbatra
FP	: Family Planning
FS	: Formation sanitaire
GAVI	: Global Alliance for Vaccination and Immunization
GESIS	: Gestion de l'Information Sannitaire

GEV	: Gestion Efficace des Vaccins
GFF	: Global Financy Facility
GYTS	: Global Youth Tobacco Survey
HPLC	: High Performance LiquidChromatography
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
IEHK :	
IEM	: Initiative Emergence Madagascar
IFIRP	: Institut de Formation Inter-Régional des Paramédicaux
INFA	: Institut National de Formation Administrative
INRSP	: Institut National de recherche en Santé publique
INSPC	: Institut National de Santé Publique et Communautaire
IOSTM	: Institut d'OdontoStomatologie Tropical de Mahajanga
IPM	: Institut Pasteur de Madagascar
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
ISO	: Organisation internationale de normalisation
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
KIA	: Kit Individuel d'Accouchement
LMD	: Licence Master Doctorat
LNCQM	: Laboratoire National de Contrôle de la Qualité du Médicament
MAPI	: Manifestations Post-Vaccinales
MB	: Multibacillaire
MEF	: Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MEV	: Maladies Evitables par la Vaccination
MFB	: Ministère des Finances et du Budget
MID	: Moustiquaire Imprégnée à efficacité Durable
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MSI	: Marie Stop International
MPTDN	: Ministère de Poste, de la Télécommunication et de Développement Numérique
MSANP	: Ministère de la Santé Publique
MSR	: Maternité Sans Risque
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
NMF	: Nouveau Model de Financement
NV	: Naissance Vivante
OC	: Organe Consultatif
OC	: Opération Césarienne
ODD	: Objectifs de Développement Durable
ODK	: Open Data Kit
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
OS	: Orientation Stratégique
OSC	: Organisation des Sociétés Civiles
PAMV	: Plan d'Action Mondial pour les Vaccins
PANSS	: Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire
PAC	: Paquet d'Activités Communautaires
PARN	: Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels

PARN-APPM	: Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels utilisant l'Approche Programme à Phases Multiples
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCC	: Prise en Charge de Cas
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIMEC	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PDR	: Plan de Développement Régional
PDSS	: Plan de Développement du Secteur Santé
PDV	: Perdu De Vue
PFA	: Paralysie Flasque Aigue
PEH	: Projet d'Etablissement Hospitalier
PEM	: Plan Emergence Madagascar
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PGE	: Politique Générale de l'Etat
PGT	: Programme Général de Travail
PhaGDis	: Pharmacie de Gros du District
PhaGeCom	: Pharmacie à Gestion Communautaire
PIBG	: Possibilité d'Infection Bactérienne Grave
PIP	: Programme d'Investissement Public
PNLA	: Politique Nationale de Lutte Antitabac
PND	: Politique Nationale de Développement
PNDRHS	: Plan National de Développement des Ressources Humaines de Santé
PNEFL	: Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNSC	: Politique Nationale en Santé Communautaire
PNDRHS	: Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PoE	: Points d'Entrées
POS	: Procédures opératoires Standards
PPS	: Points de Prestation de Services
PSI	: Population Services International
PSN	: Plan Stratégique National
PSN SRAJ	: Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
PSNRSC	: Plan Stratégique National de Renforcement de la Santé Communautaire
PSNS	: Plan Stratégique National de Surveillance
PSRSIS	: Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PQS	: Performance Quality Safety
PVVIH	: Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficiência Humaine
QGO	: Quartier Général Opérationnel
RAA	: Revue Après Action
RH	: Ressources Humaines
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RDT	: Rapid Diagnostic Test
RMA	: Rapport Mensuel d'Activités
RPI	: Ressource Propre interne
RSI	: Règlement Sanitaire international
SALAMA	: Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et de Matériel Médical de Madagascar
SAJ	: Santé Amis des Jeunes
SDSP	: Service de District de la Santé Publique

SECNLS	: Secrétariat Exécutif du Centre National de Lutte contre le Sida
RSS	: Renforcement de Système de Santé
SALFA	: Sehatr'AsaLoteranamombanyFahasalamana ou Programme de l'église luthérienne Malagasy en matière de santé
SAF/FJKM	: Sehatr'AsaFampandrosoananyFiangonananyJesoaKristyeto Madagasikara ou Programme de l'église protestante de Madagascar
SEMI	: Services des Equipes Mobiles d'Intervention
SIE	: Système d'Information Electronique
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SLC	: Structure Locale de Concertation
SIG	: Système d'Information et de Gestion
SIIG-FP	: Système Intégré Informatisé de Gestion des Finances Publiques
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SIS	: Système d'Informations Sanitaires
SMAE	: Semaine Mondiale d'Action pour l'Education ????
SMIE	: Services Médicaux Inter Entreprise
SME	: Santé de la mère et de l'Enfant
SMN	: Santé Maternelle et Néonatale
SNCSU	: Stratégie Nationale de la Couverture Santé universelle
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SONUB	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SP	: SulfadoxinePyrimétamine
SSME	: Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
SR	: Santé de la Reproduction
SRMNIA-N	: Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et Nutrition
STD	: Services Techniques Déconcentrés
SURECa	: Service des Urgences et de Riposte aux Epidémies et aux Catastrophes
TDCI	: Trouble Dû à la Carence en Iode
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TDRs	: Termes de référence
TIAC	: Toxi-Infection Alimentaire Collective
TIC	: Technologie de l'Information et de la Communication
TMM	: Traitement Médicamenteux bde Masse
TNN	: Tétanos Néo Natal
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
TROD	: Test Rapide d'Orientation de Diagnostic
TVA	: Taxes sur les Valeurs Ajoutées
UASM	: Unité d'Approvisionnement en Solutés Massifs
UCP	: Unité de Coordination des Projets
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Agency for International Development
USPPI	: Urgence de Santé Publique de Portée Internationale
UTGL	: Unité Technique de Gestion Logistique
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	: Vaccin Anti Tétanique
VIH	: Virus de l'Immuno déficience Humaine
5S-Kaizen	: Séparer, Systématiser, faire Scintiller, Standardiser, Se discipliner

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 d'Alma Ata (1978), de Libreville (1997), d'Abuja (2001), d'Ouagadougou (2008), de Kampala (2008) et d'Adélaïde (2010). D'un autre côté, le Règlement Sanitaire International, qui est un instrument juridique contraignant, adopté par les 196 pays Membres de l'OMS en 2005, les exhortant à mettre en place les capacités essentielles en vue de garantir la sécurité sanitaire internationale.

En outre, les Objectifs de Développement Durables (ODD), signés le 25 septembre 2015 par 193 dirigeants mondiaux, se sont engagés à atteindre 17 objectifs mondiaux, pour réaliser trois accomplissements extraordinaires pour les 15 prochaines années dont : mettre fin à l'extrême pauvreté, lutter contre les inégalités et l'injustice, et régler le problème du changement climatique. Le secteur santé contribue surtout aux ODD 3 « **Bonne santé et bien-être** », qui vise à donner aux individus les moyens de mener une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges, et ODD 2 « **Faim zéro** » qui vise, entre-autre, à améliorer la nutrition. Le secteur santé reste donc prioritaire pour l'atteinte des ODD à l'horizon 2030¹.

De ce défi découlent les stratégies pour améliorer l'efficacité de l'aide au développement dans le cadre de la Déclaration de Paris de 2005². Au niveau global, des financements sont mis à la disposition des pays en développement pour accélérer leur progression vers une couverture sanitaire universelle et contribuer à la réalisation des cibles des ODD. Beaucoup d'initiatives mondiales comme le Partenariat international de santé pour la CSU 2030 (CSU2030), le Mécanisme de financement mondial (GFF), l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI Alliance), le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose (Fonds Mondial), Family Planning 2020 (FP2020), appuient ces pays afin de modifier la tendance en matière de mortalité maternelle, néonatale, infantile, et contribuer au renforcement du système de santé.

Par rapport à ces enjeux et défis internationaux, le Ministère de la Santé Publique (MSANP) dispose de sa Politique Nationale de la Santé (PNS), document renfermant les lignes directrices à suivre par le système de santé et tous les programmes afin d'améliorer la santé à Madagascar. De la PNS découle le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) qui est son plan stratégique et de mise en œuvre, de référence aux priorités et aux actions à mener au niveau du secteur, d'un document de plaidoyer, réactualisé tous les cinq ans. L'actuel PDSS (2015-2019) arrive à son terme et une revue a été faite en avril 2019 en vue de suivre la réalisation des interventions planifiées et d'évaluer l'atteinte des objectifs. Selon les résultats de cette revue du PDSS 2015 – 2019, seulement 17,8% des indicateurs sont performants et 27,06% des interventions sont réalisées. Cette situation est due à des problèmes techniques (formulation des indicateurs non claire et non précise, interventions trop vagues), et organisationnels (rapports non parvenus, difficulté de suivi technique et financier,

La nouvelle vision de l'Initiative Emergence Madagascar (IEM), de la Politique Générale de l'Etat (PGE) et le Plan Emergence de Madagascar (PEM) du secteur santé vont guider à la réactualisation et l'amélioration du PDSS 2020-2024.

Pour le MSANP, les principaux défis consistent à rendre plus accessibles les structures sanitaires de bases sur le plan géographique par l'offre de soins de proximité, sur le plan financier par la mise en œuvre de la CSU, sur le plan social par la prise en charge des groupes vulnérables (0 à 5 ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes), sur le plan technique par l'amélioration des structures d'accueil, des équipements et la mise à disposition de personnels qualifiés, et enfin le système de suivi-évaluation opérationnel et efficace à tous les niveaux du système de santé³.

Le MSANP, à travers ce PDSS2020-2024, aura comme priorités :

- la prévention et la prise en charge des maladies, la Couverture en Santé Universelle, la santé de la mère, la santé de l'enfant qui ne pourraient être effective sans l'amélioration des plateaux techniques des formations sanitaires et les soins de proximité⁴.

¹ OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE, 2015 – 2030

² <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/m/abstract/Js18744fr>

³ PLAN EMERGENCE MADAGASCAR, secteur Santé, 2019

⁴ Idem

- la promotion de la santé en agissant sur les différents déterminants
- l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire constituant un de nos principaux défis actuels.

La rédaction de ce PDSS2020-2024 découle d'un processus participatif incluant les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), la Société Civile, les Organismes non gouvernementaux (ONG) et les secteurs privés. Ce processus participatif a été effectué à tous les niveaux : central, régional, district, hôpital et communautaire.

L'analyse de la situation est cadrée à travers les six piliers du système de santé, à citer : 1) leadership et gouvernance; 2) prestations de soins; 3) infrastructures, équipements, matériels et intrants; 4) système d'information et recherche; 5) ressources humaines et formation; 6) financement. Le volet communautaire constitue un axe séparé pour refléter les besoins réels de santé de la population Malgache. Ils composent l'assise des axes prioritaires et des objectifs de ce plan en vue de tendre vers les priorités du MSANP:

Les objectifs de ce PDSS 2020-2024 seront atteints avec le leadership fort du MSANP, la mise à disposition des fonds, par le Ministère des Finances et du Budget (MFB) et des PTF, nécessaires à leur réalisation, l'adhésion des parties prenantes et l'implication effective de la communauté, de la société civile et de tous les partenaires.

Pour le MSANP, les Droits des usagers de la santé occupent une place importante à travers l'effectivité de la charte des patients, l'humanisation des soins et le respect de l'égalité des individus pour l'accès aux soins. L'étude récente menée par Transparency International Madagascar qui a révélé que 84% des usagers de la santé reconnaît que la corruption sévit dans le secteur Santé, nécessite donc le renforcement de la lutte contre la corruption au sein des services de santé⁵.

⁵ Les incidences de la corruption sur le domaine de la santé à Madagascar - Rapport de diagnostic, Transparency International - Initiative Madagascar, avril 2019

PRESENTATION DU SECTEUR SANTE

1. SITUATION ENVIRONNEMENTALE/GEOGRAPHIQUE

a) Géographie

Madagascar est une île du continent africain, située entre le Canal de Mozambique et l'Océan Indien. Elle est la cinquième plus grande île du monde, avec une superficie de 587 047 km² ⁶et 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. Les hautes terres centrales représentent 70% de la superficie du pays et comptent trois massifs montagneux :

Elle possède plus de 5 000 kilomètres de côtes maritimes et une quarantaine de fleuves et rivières sans oublier sa richesse en faune et flore. Les régions du Sud de Madagascar ont la plus faible couverture en eau du pays et subissent les impacts majeurs du changement climatique notamment la sécheresse⁷ L'augmentation de la fréquence et de l'intensité des sécheresses en est une conséquence importante⁸.

b) Climat

Madagascar est traversée par le Tropique du Capricorne et comporte deux saisons tropicales dont la saison sèche, qui est froide et sèche, s'étendant d'avril à octobre et la saison de pluie, de novembre à mars, qui est chaude et humide. A noter qu'il fait plus chaud sur les côtes qu'au niveau des hautes terres centrales⁹. L'île est régulièrement exposée à des risques cycloniques surtout le mois de janvier à mars dont les territoires du Nord-Est, du Nord-Ouest et au Sud-Ouest sont les plus vulnérables. L'extrême sud de la Grande île est confronté à un climat subdésertique où les précipitations sont faibles.

Madagascar n'échappe pas aux dégradations environnementales et au réchauffement climatique. La pollution de l'air et de l'eau en sont les principales causes qui sont liées essentiellement au secteur transport, industries, déchets urbains, déforestation et les feux de brousse¹⁰.

2. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

Le nombre de population totale à Madagascar est passé de 12 238 914¹¹ en 1993 à 25 680 342 en 2018¹² dont 19,5 % se trouve en milieu urbain et 80,5% en milieu rural. Il est constaté un dédoublement du nombre de population en moins de 30 ans, avec un taux de croissance de 3,01%. La densité de la population à Madagascar est de 43,7 habitants/km² avec une prédominance de 210 habitants/km² dans la région Analamanga contre 7,6 habitants /km² à Melaky. Un recensement général de la population (RGPH 3) a été réalisé en 2018, dont le Résultat provisoire est de 25 680 342 hab. Suivant la projection de ce nombre de population en 2018, la population en 2020 est estimée à 27 301 000 hab.

⁶Rapport sur le profil du dividende démographique de Madagascar, 24 décembre 2018

⁷ MSANP, Plannational de développement des ressources humaines en santé à Madagascar (PNDRHS), 2015

⁸ *Situation de la situation de la sécheresse dans le grand Sud de Madagascar, Unicef : 1^{er} octobre 2019*

⁹ APMF Agence portuaire et fluvial, 14 juin 2018

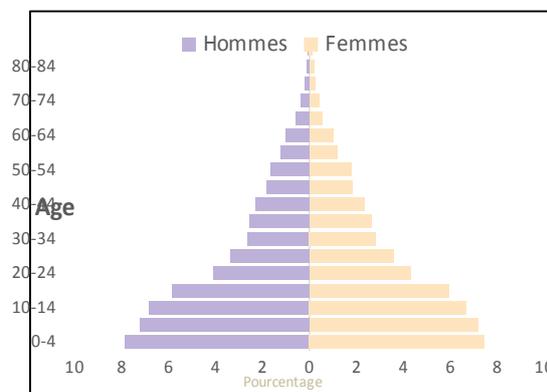
¹⁰ « Rapport sur l'état de l'environnement-Situation des principaux indicateurs environnementaux à Madagascar », janvier 2007

¹¹ RGPH-3 (Recensement Général de la Population et de l'Habitation), 1993

¹² Résultats provisoires RGPH-3 CCER (Cellule Centrale d'Exécution du Recensement), 2018

Le profil démographique de Madagascar est caractérisé par une pyramide à base très large marquant une population jeune (moins de 19 ans) avec une légère prédominance du genre féminin (50,6 % Femme ; 49,3% Homme).

Ce graphe montre que la population dépendante est encore plus grande par rapport à la population active.



Répartition population par tranche d'âge et par sexe ¹³(source enquête MICS 2018)

Quant à la taille moyenne du ménage à Madagascar, elle est de 4,2 avec un maximum de 5,2 dans la région Atsimo Atsinanana contre 3,1 à Diana. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est actuellement de 4,6. Selon les Régions, il varie de 3,4 pour Analamanga à 8,1 pour Androy ; Selon l'indice de bien-être économique, il varie de 2,8 pour le plus riche à 6,7 pour le plus pauvre et selon niveau d'instruction, il varie de 3,4 à partir du niveau secondaire à 6,1 pour les non instruits. Le taux de fécondité le plus élevé se trouve dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans avec 213 naissances pour 1000 femmes en milieu urbain et 231 en milieu rural. Il est remarqué une précocité de la fécondité chez les jeunes à Madagascar, 151 pour 1000 jeunes de 15 à 19 ans ont eu déjà au moins un enfant.

Le taux brut de natalité est passé de 34,9‰ en 2015 à 35,3‰ en 2018¹⁴ ; le taux brut de mortalité est de 7,0‰ à 7,2‰ en 2018. L'espérance de vie est de 66,5 ans en 2018.

La question migratoire n'est pas citée dans la Politique Générale de l'Etat (PGE) alors que la migration engendre davantage de contraintes démographiques et sociales.

3. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTURELLE

a) Situation socio-économique

Malgré sa richesse en ressources naturelles, Madagascar figure parmi les pays pauvres du monde et se place au 161^{ème} rang sur 188 pays¹⁵ par rapport à l'Indice de Développement Humain (IDH). Plus de 92% de la population vit avec moins de 2 dollars par jour. L'instabilité politique, la faiblesse des institutions et la mauvaise gouvernance ont été des obstacles à la croissance économique du pays. Toutefois, l'activité économique s'est progressivement redressée depuis 2013 et a connu une croissance estimée à 5% en 2018, soutenue par les exportations agricoles et minières, par le tourisme et par les investissements publics dans le cadre de développement national. L'inflation a diminué à environ 7.5%. La dette publique, qui est principalement concessionnelle, était estimée à 35.1% en 2018.

Selon l'Institut National de Statistique, le taux de chômage est relativement faible à Madagascar (3,8%). Cependant, le problème se pose davantage en termes de sous-emploi qui est aggravé par la prédominance du secteur informel, impactant négativement l'économie du pays. En effet, 4% des employés ont un travail formel.

Les impacts de l'accès limité à l'eau potable, les mauvaises pratiques d'assainissement et d'hygiène sont particulièrement préoccupants, compte-tenu du lien avec la malnutrition chronique, la diarrhée qui affectent les enfants de moins de cinq ans et toutes les autres maladies liées à l'eau.

De plus, le pays reste vulnérable aux chocs climatiques (cyclones, inondations).

L'insécurité constitue un frein considérable au développement économique et à la promotion de la santé.

¹³Enquête MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) 2018

¹⁴Perspective de la population dans le monde 2019 : Nations Unies

¹⁵Banque mondiale 2018/ Madagascar vue d'ensemble

Les populations rurales éprouvent des difficultés à accéder aux soins de santé par les facteurs socio-économiques et géographiques (les zones enclavées).

b) Situation socioculturelle

Malgré l'existence des 18 ethnies à Madagascar, la langue officielle reste unique et constitue un atout majeur dans le développement socioculturel du pays. Diverses religions sont librement pratiquées dans le pays, dont les religions chrétienne (45%), musulmane (5%) ainsi que les croyances traditionnelles (50%)¹⁶.

Dans le domaine de l'éducation, les taux de fréquentation scolaire sont faibles : 76% pour le primaire, 27% pour le secondaire premier cycle et 13% pour le secondaire second cycle. Parmi ces enfants scolarisés seulement 56% ont achevés le primaire, 26% le secondaire premier cycle et 15% le secondaire second cycle¹⁷. En dépit de l'existence d'un cadre juridique et institutionnel, l'inégalité entre les sexes persiste dans le pays en raison des facteurs historiques, culturels, socio-économiques et politiques.

Environ une femme malgache sur trois subit une violence au cours de sa vie dont les formes les plus fréquentes sont la violence conjugale, le viol et l'inceste, l'exploitation sexuelle et le proxénétisme. Des pratiques néfastes envers les femmes et les filles subsistent, notamment le mariage précoce. Madagascar a l'un des taux de mariage précoce le plus élevé au niveau mondial, une fille sur deux est mariée ou en union avant l'âge de 18 ans. Le mariage précoce prive les filles de leur enfance, interrompt leur éducation, limite leurs perspectives de vie, augmente leur vulnérabilité à la violence et aux abus ainsi il met leur santé en péril¹⁸.

Le faible taux de scolarisation, les problèmes de genre, la grossesse précoce, la défécation à l'air libre accentués par les us et coutumes inappropriés et les mauvaises pratiques traditionnelles sont parmi les facteurs qui font obstacles à l'efficacité des activités de promotion de la santé tant dans le domaine préventif qu'au niveau de la stimulation de la demande d'offres. La parité et l'égalité de soins préconisées par la constitution ne sont pas encore effectives malgré la présence des mutuelles œuvrant dans le secteur santé. Face à cette situation, la population ne jouit pas de ses droits. Or les Organisation de la Société Civile, défenseurs de droit, ne sont pas considérées au même titre que les autres concepteurs dans tous les processus.

4. LE SYSTEME DE SANTE A MADAGASCAR

a) Pyramide Sanitaire

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

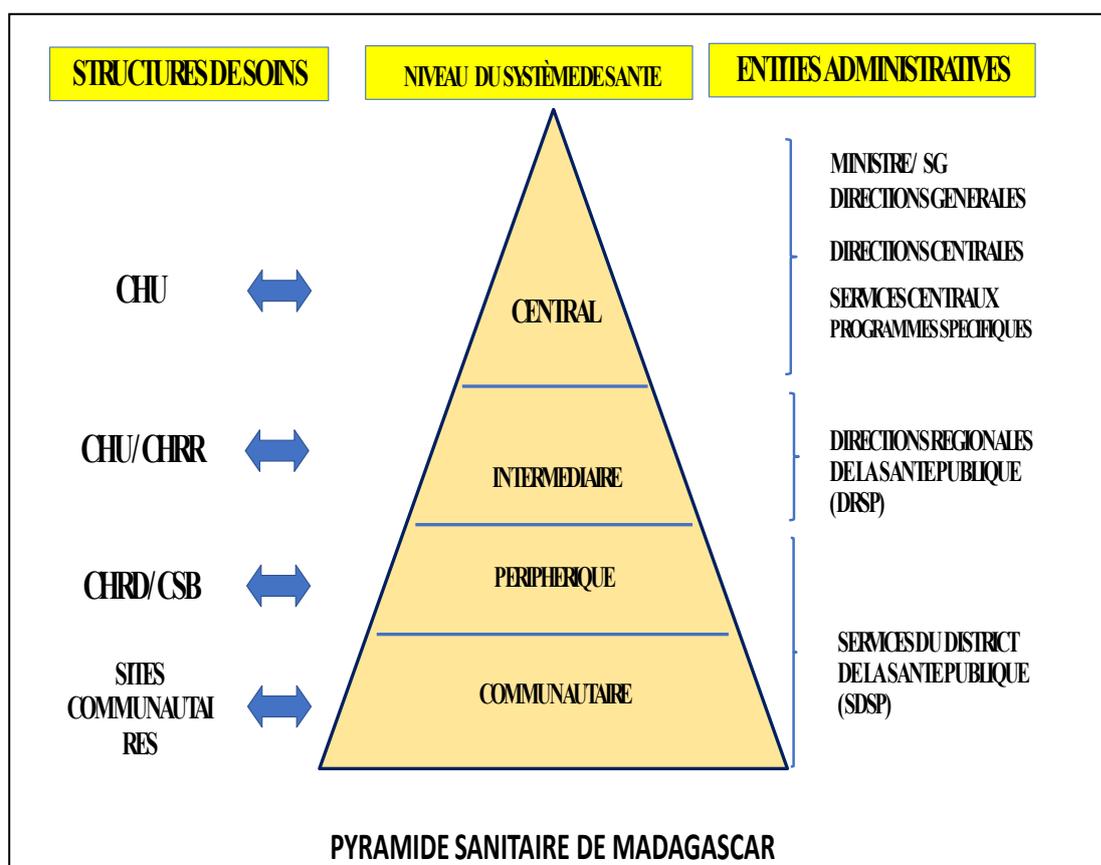
- Le niveau central en charge de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards (niveau stratégique).
- Le niveau régional, sous tutelle direct du Secrétariat Général, représenté par la Direction Régionale de la Santé Publique (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 (niveau intermédiaire).
- Le niveau périphérique ou district, représenté par le Service du District de Santé Publique (SDSP), dont la mission consiste à coordonner et à appuyer les Centres de Santé de base dans la fourniture des soins de santé primaires et les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) dans l'offre des services de santé (niveau opérationnel). Ce niveau constitue la pierre angulaire du système de santé et doit disposer d'une autonomie décisionnelle et financière.
- Le niveau communautaire participe à la promotion de la santé et intervention communautaire intégrée.

¹⁶Présentation de Madagascar/ France Diplomatie

¹⁷MICS 6 Madagascar 2018 Education

¹⁸?????(en cours de recherche)

Figure 1: Pyramide Sanitaire à Madagascar



b) Sectorisation

Le Ministère de la Santé Publique à travers la DEPSI en collaboration avec les DRSP et SDSP élabore et actualise chaque année le document relatif à la sectorisation du secteur santé. En 2019, Madagascar dispose de formations sanitaires publiques dont 22 CHU, 16 CHRR, 99 CHRD 2710 CSB, et de structures sanitaires privées dont 824 dispensaires/cabinets médicaux et 124 cliniques.

Concernant l'accessibilité géographique de la population aux CSB, environ 45,22% de la population se situent à moins de 5km du CSB le plus proche, et 25,75% habitent à plus de 10 km (cf. tableau ci-dessous). Du point de vue de la fonctionnalité des CSB en 2019, X CSB sont fonctionnels mais non opérationnels, du fait d'une part de l'insuffisance de personnels qualifiés et d'autre part de la non accessibilité géographique et l'insécurité, Seuls, 23% (8/31) des formations sanitaires publiques sont accessibles en voiture (cas de District de Mahanoro). L'éloignement des FS par rapport aux fokontany limite l'accessibilité aux soins (cas d'Ivohibe). A revoir

Tableau 1 : Accessibilité géographique de la population par rapport aux formations sanitaires

Distance par rapport au CSB de rattachement	FOKONTANY		POPULATION 2019	
	Nb	%	Nb	%
moins de 5 Km	6 864	34,2	12 258 338	45,2
5 Km à 10 Km (non inclus)	6 108	30,5	7 870 572	29,0
10 Km et Plus	7 078	35,3	6 981 003	25,8
TOTAL	20 050	100	27 109 913	100

c) Organigramme :

Selon le décret N° 2019 - 064 du 1er Février 2019 fixant les attributions du Ministre de la Santé Publique ainsi que l'organisation générale de son Ministère.

Il est créé au niveau du Ministère de la Santé Publique ; trois (3) Directions Générales pour une meilleure synergie, coordination et efficacité des interventions :

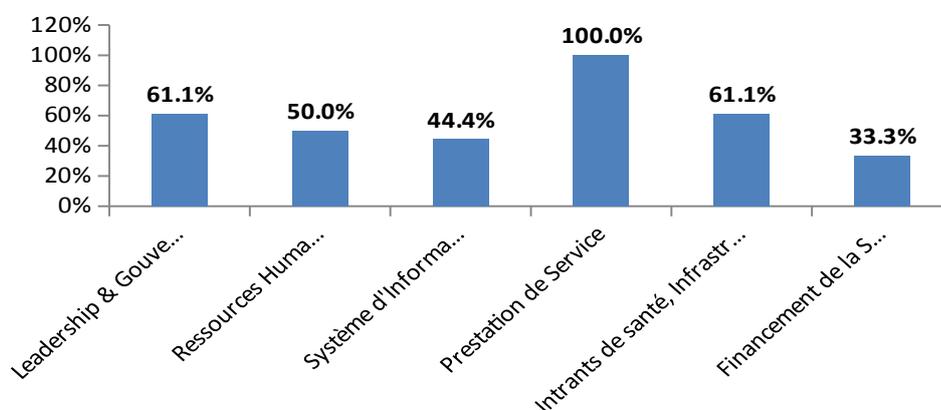
- La Direction Générale de la Médecine Préventive en charge de la coordination des interventions liées aux préventions dans le cadre des soins de santé primaire.
- La Direction Générale de la Fourniture des Soins en charge de la coordination des activités d'appui à la fourniture des soins depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau des centres hospitaliers universitaires
- La Direction Générale des Ressources en charge de la coordination de la gestion de ressources du Ministère de la Santé Publique pour une meilleure efficacité des actions de santé

Chaque direction est représentée sous forme de division aux niveaux intermédiaires et périphériques

5. MAPPING DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTFs)

La collaboration avec les PTF est effective pour tous les niveaux et presque pour tous les programmes, il y a même une certaine dépendance du système aux aides externes. Le choix des zones d'intervention et de programmes à appuyer par les PTF laissent d'autres interventions prioritaires sans soutiens.

Les PTF contribuent d'une manière continue au budget du secteur santé



Source : SARGEC/DEPSI/MSANP, Octobre 2019

➤ Domaines d'intervention des Partenaires :

○ Leadership et gouvernance :

ACF – UNFPA- MEASURE EVALUATION- UNICEF- GAVI- OMS- FONDS MONDIAL- USAID

○ Prestation de service :

Tous les PTFs y apportent leurs appuis

○ Intrants, infrastructures, matériels et équipements :

SECNLS – USAID - UNFPA- UNICEF – GAVI – ASOS –PIVOT –AC F- Water AID

○ Système d'informations :

IPM –ACCESS- GAVI- UNICEF- OMS- PIVOT- UNFPA- MEASUREEVALUATION

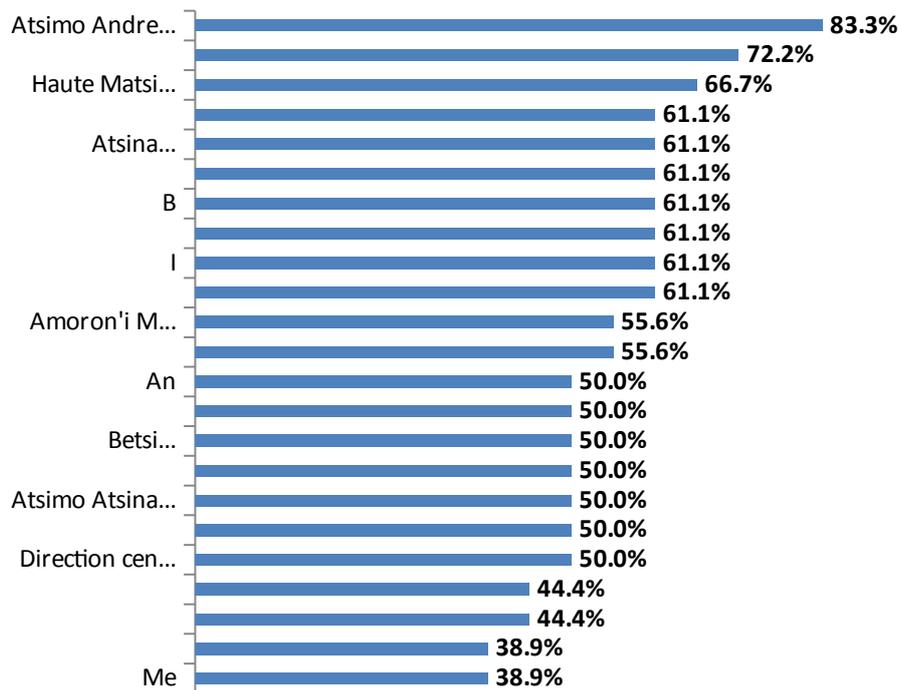
○ Ressources Humaines :

ACCESS –GAVI - Fond Mondial – ACF-OMS

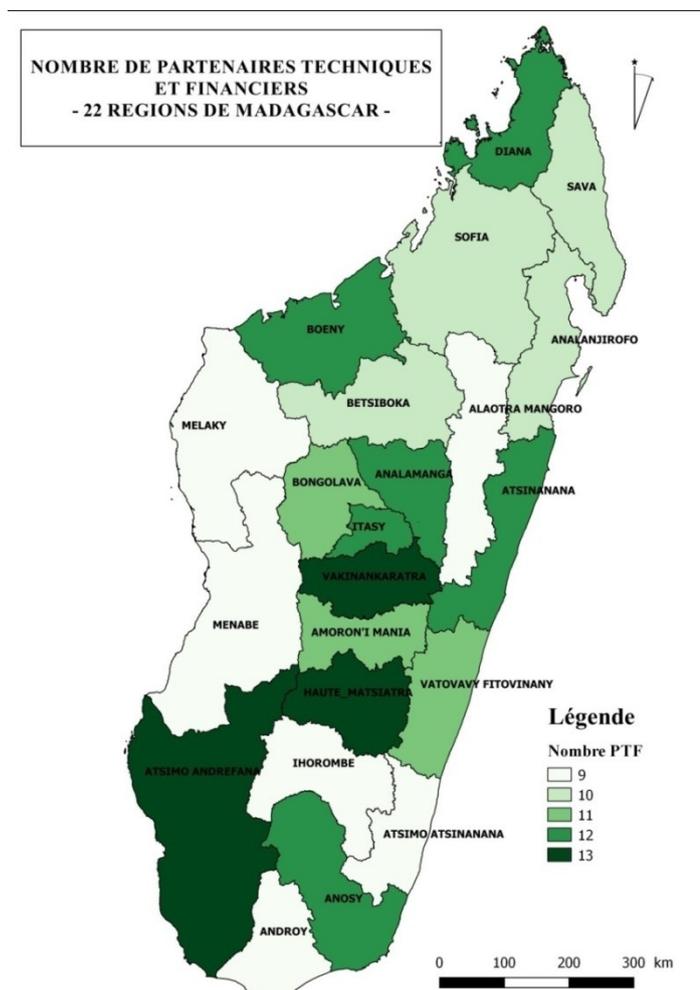
○ Financement :

Tous les PTFs y apportent leurs appuis

➤ **Intervention des Partenaires par région**



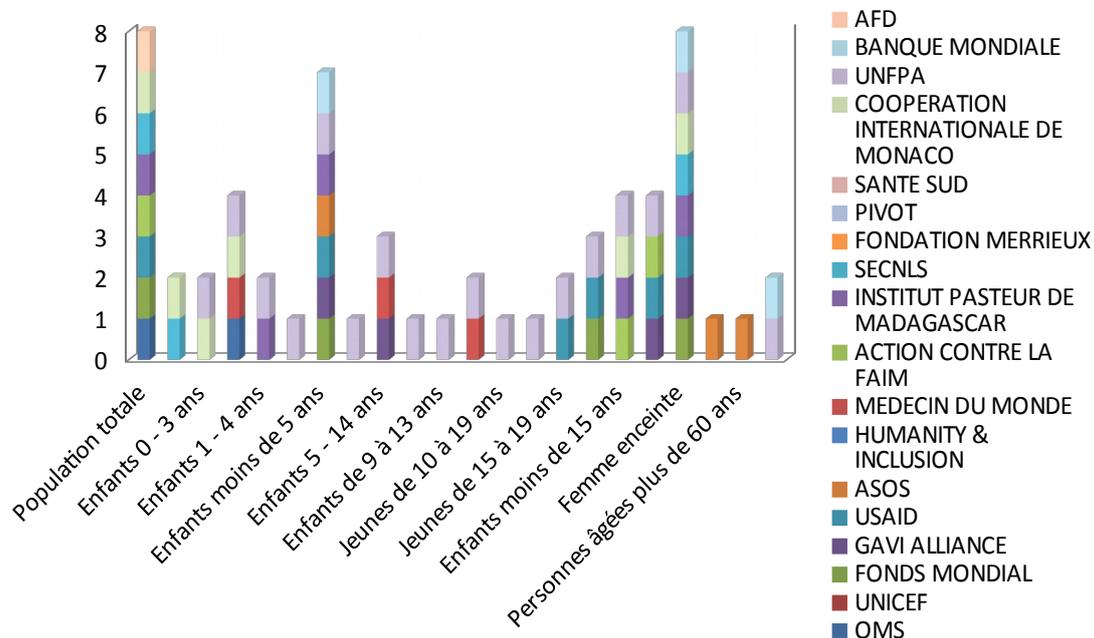
Source : SARGEC/DEPSI/MSANP, Octobre 2019



Source : SSSD/DEPSI/MSANP, Octobre 2019

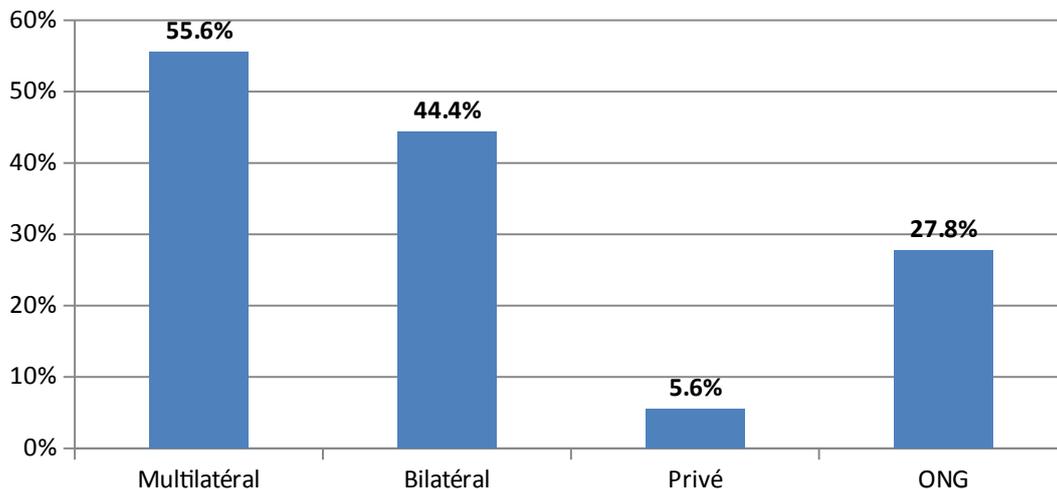
➤ **Intervention des Partenaires selon la population cible**

A noter que l’OMS intervient dans toutes les catégories de population



(Sources : SARGEC-DEPSI-Mapping des PTF 2020-2024-Cadre d’investissement SRMNI-A-N)

➤ **Proportion de financement des Partenaires selon leur type/statut**



Source : SARGEC/DEPSI/MSANP, Octobre 2019

6. LES CADRES DE REFERENCES

Parmi les 17 objectifs de développement durable (ODD), les principales actions du secteur santé sont dans l’objectif 3 dont la bonne santé et bien-être. D’ici 10 ans, cinq cibles ont été retenus pour l’évaluation à savoir : (i) Diminuer le taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100.000 naissances vivantes ; (ii) Réduire (voire éliminer) la mortalité néonatale en dessous de 12 pour

1.000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de 5 ans en dessous de 25 pour 1.000 naissances vivantes ; (iii) Mettre fin à l'épidémie de SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ; (iv) Réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles ; (v) Promouvoir la santé mentale, le bien-être et faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle (CSU). L'objectif 2 sur la nutrition ; l'objectif 5 sur l'égalité du sexe et l'objectif 6 sur eau propre et assainissement concernent en partie la santé. L'objectif 16, lutte contre la corruption concerne tous les secteurs y compris la santé.

L'Assemblée Mondiale de la santé a adopté en mai 2018 le nouveau plan stratégique quinquennal couvrant la période de 2019 à 2023 qui est le treizième Programme Général de Travail (PGT 13) de l'OMS. Ce programme est structuré de manière à contribuer aux efforts mondiaux pour atteindre les ODD avec accent un particulier sur l'ODD 3 qui est de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être à tous les âges d'ici 2030. Ce PGT 13 s'articule autour de trois priorités stratégiques interconnectées destinées à garantir cette vie en bonne santé et ce bien-être à tous les âges et qui sont les suivantes :

- L'instauration de la Couverture Sanitaire Universelle
- L'intervention dans les situations d'urgences sanitaires
- La promotion de la santé de la population

Madagascar figure parmi les 196 pays qui ont souscrit au Règlement Sanitaire international ou RSI (2005), cet instrument juridique ayant force obligatoire visant à garantir la sécurité sanitaire et qui exhorte les pays à mettre en place les capacités essentielles dans 19 domaines techniques définis et selon les trois fonctions essentielles de prévenir, de détecter et de riposter aux événements sanitaires pouvant constituer une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI).

La Politique Générale de l'Etat (PGE) donne les directives et les trajectoires pour l'atteinte des objectifs de l'émergence afin de bâtir une nation forte, prospère et solidaire pour la fierté et le bien-être des Malagasy. Les *Velirano* traduisent les axes prioritaires et les résultats attendus par la population et devront être mis en application dans les meilleurs délais.

L'engagement 5 du Plan d'Émergence de Madagascar (PEM pré validé) stipule que la santé est un droit inaliénable pour chaque citoyen. La priorité 11 insiste d'assurer un service de santé de qualité pour tous et renforcer la planification familiale dans le socle capital humain. Les réformes au sein du secteur santé en matière du service de santé de qualité contribueront également à l'avancée vers la Couverture Santé Universelle par l'amélioration de l'accès aux soins, assurance de la qualité des soins et la levée des barrières financières à l'accès aux soins. Les efforts se concentreront principalement sur l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière de la population, le renforcement des activités de promotion et de protection de la santé, l'amélioration du système d'information sanitaire, la mise en œuvre des paquets de services à haut impact, la lutte contre la malnutrition et l'augmentation du nombre de personnels du secteur santé. Concernant le planning familial, des réformes sont instaurés en particulier un cadre juridique en Planning familial (PF) (Loi fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale), la promotion des méthodes contraceptives naturelles, le renforcement des capacités du personnel de santé, en particulier les sages-femmes, à fournir des services de santé sexuelle et procréative intégrés et de qualité et la réalisation de la transition démographique et jeunesse.

L'objectif général de la Politique Nationale de Santé (PNS) consiste à harmoniser et coordonner toutes les interventions nécessaires et adaptées permettant d'améliorer l'état de santé de la population à travers un système de santé cohérent, renforcé, équitable et capable de répondre aux demandes et aux besoins sanitaires de la communauté y compris dans le cadre de la gestion des urgences et des catastrophes. Cet objectif de la PNS est conforme et s'aligne aux objectifs des ODD, PGE et PEM.

ANALYSE SITUATIONNELLE PAR PILIER DU SYSTEME DE SANTE

1. LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

1.1. Niveau central

1.1.1. Cadre de référence et institutionnel

1.1.1.1 Documents politiques, stratégiques, législatifs et réglementaires

Le Ministère de la Santé a déployé des efforts afin de disposer des documents politique, stratégique, cadres législatifs et réglementaires, normes et procédures politiques et par programme. Actuellement, le Ministère compte environ une centaine de documents Politiques et stratégies nationales. La politique nationale de Santé établi en 2016 constitue le document politique de référence national à Madagascar en matière de Santé. Les Directions et programmes assurent l'élaboration des cadres de politique et stratégique à leurs niveaux tenant compte des Politiques de l'Etat : PND, PEM, PGE. Concernant les documents de planification stratégique des directions centrales, le service en charge de la planification et programmation au sein de la DEPSI n'est pas impliqué dans leur élaboration en tant que premier responsable de la planification. Il y a aussi un manque de cohérences, d'articulation entre les différents domaines et/ou documents par l'insuffisance d'espace de communication et de concertation. Ainsi, un manuel d'élaboration de documents stratégiques est en cours d'élaboration pour être un document de référence de tous les programmes.

Les documents de planification et de mobilisation des ressources ainsi que les documents de politiques et de stratégies sont élaborés selon un processus inclusif, ascendants mais sont trop ambitieux (au vu des indicateurs) et difficilement réalisables.

Conformément au cadre de suivi et d'évaluation du RSI, Madagascar a conduit une Evaluation Externe Conjointe et qui a permis de conclure que la mise en œuvre du RSI n'est pas encore effective pour le pays et que des lacunes et insuffisances sont encore à adresser en vue de la mise aux normes des capacités essentielles requises. Afin de les adresser efficacement, Un Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire (PANSS) devrait être élaboré selon une approche multisectorielle.

Certains documents cadres ne sont pas appliqués à tous les niveaux du système du fait de la non disponibilité et/ou l'absence de dissémination et d'appropriation du document.

Chaque programme dispose de textes juridiques et réglementaires relatifs à leur domaine d'action respectif. Pourtant, la mise en application de ces textes rencontre des problèmes comme à titre d'exemple le retard d'adoption par le conseil du gouvernement, la lourdeur de procédure, l'insuffisance de communication aux acteurs de mise en œuvre, la loi en SR/PF est promulguée en 2018 est adopté le 29 décembre 2019.

Suite à l'abrogation du décret n° 2017-0601 du 18 juillet 2017 portant création, organisation et fonctionnement de la Caisse de Nationale de Solidarité pour la Santé (CNSS) et du décret n°2018-0473 du 25 Mai 2018 modifiant et complétant le décret n° 2017-0601 du 18 juillet 2017, les textes de bases (Décret portant création, réorganisation et fonctionnement CNSS et ses Arrêtés d'applications) sont en attente d'approbation.

L'obstacle au développement de la CSU à Vatovandri est la non finalisation des textes réglementaires notamment l'arrêté fixant les modalités de remboursement des prestations de soins par la CNSS et l'arrêté fixant la contribution des adhérents, leur modalité de perception, le panier de soins de base et le paquet minimum des soins au niveau des Centres de Santé de Base et Centres Hospitaliers de Référence de District.

Le décret d'application de la loi sur la vaccination n'est pas encore en vigueur et les normes et standards en matière vaccination ne sont pas encore disponibles pour la DPEV.

En ce qui concerne le décret n° 2014-1771 portant l'iodation et fluoration du sel à Madagascar, l'arrêté d'application n'est en vigueur qu'au mois d'Août 2019.

Les textes réglementaires régissant les différentes activités du Centre d'Aide Médicale d'Urgence de Madagascar (CAMUM), un Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) créé en 2016 selon le décret n°2016-0171 du 15 mars 2016, sont en cours d'élaboration et la lourdeur des procédures administratives et financières retardent son effectivité.

Le cadre juridique de référence est désuet pour l'INSPC, en tant qu'Etablissement Public Administratif au lieu d'Etablissement Public de Santé.

Une faible application voire une résistance dans l'application des textes et documents de référence par les hôpitaux (Instructions permanentes, Guide PEH, Tarification, Curriculum de formation) est observée, faute de l'implication des acteurs dans le processus

Certains aspects importants de la Convention-cadre de l'OMS en matière de lutte antitabac ne sont pas couverts par les textes actuellement en vigueur à Madagascar; Certaines mesures couvertes par la législation actuelle demeurent incomplètes et Madagascar ne dispose pas de code de conduite officiel ou de loi empêchant les ingérences de l'industrie du tabac dans les politiques de lutte antitabac, en relation avec l'Article 5.3 qui ne sont pas connues par les autorités. Il n'existe également aucune mesure interdisant les activités prétendument socialement responsables de la part de l'industrie du tabac et des importateurs.

L'environnement des médicaments est marqué par la non disponibilité des textes d'application du Code de la santé publique sur les essais cliniques et de plan stratégique sur la surveillance post-commercialisation des médicaments.

Le texte relatif au FANOME ne prévoit pas l'application du système de participation financière d'usagers au niveau des PhaGDis et unités de pharmacie des hôpitaux car elle est destinée seulement au CSB. Cette situation pénalise les PhaGDis et les hôpitaux car on n'a pas pu élaborer des arrêtés les concernant ce qui a bloqué nos projets d'arrêtés depuis 2015. Ainsi, l'amendement du décret n° 2003-1040 portant institution de la mise à contribution des utilisateurs dénommé FANOME dans toutes les formations sanitaires publiques du 14 Octobre 2003 s'avère nécessaire.

1.1.1.2. Administration et réglementation

Le système privé est constitué par les hôpitaux, les cliniques, les dispensaires, les centres de Santé, ainsi que les cabinets médicaux. Leur ouverture est statuée par un comité multi sectoriel dirigé par la DSSB mais spécifiquement pour les cabinets médicaux elle est pré validée par l'ordre national des médecins. Toutefois, la décision d'ouverture de ces formations sanitaires est toujours signée par le Ministre de la Santé Publique.

Les services médicaux inter entreprise (SMIA) et les Services autonomes d'entreprises, sont sous la tutelle administrative et financière du Ministère chargée du Travail.

Certains professionnels de santé ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre correspondant à leurs corps d'appartenance malgré l'existence de l'arrêté ministériel qui rend obligatoire cette inscription en application de l'article 40 du code de la Santé portant création des Ordres professionnels de Santé. Plusieurs professionnels de santé travaillent donc dans l'informel et ne rendent pas compte de leurs activités au niveau du Ministère. Par ailleurs, une partie des professionnels de santé en règles sont réticents à faire ce rapport à cause de la lourdeur administrative et le coût de cette procédure. Ce qui constitue un handicap dans les bases de données sanitaires.

1.1.2. Coordination et harmonisation du système de santé

Le Ministère organise des réunions périodiques avec les entités du MSANP, par programme et des revues périodiques nationales, régionale pour développer la collaboration des autorités sanitaires avec les PTF. Ces réunions peuvent être assistées ou non par les parties prenantes PTF, ONG, OSC... appelées aussi revue conjointe. La périodicité de la tenue de ces revues du système de Santé dépend du niveau de la pyramide sanitaire. L'objectif principal de la revue est l'évaluation de la mise en œuvre, des résultats des interventions en santé qui devront converger vers les priorités nationales afin d'atteindre le développement sanitaire. Seulement, la tenue de ces réunions n'est pas systématique, la méthodologie des revues est non systématisée et non structurée ; sa réalisation dépend de la disponibilité des fonds et l'appui des PTF.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique et riposte, une réunion de partage des informations entre les acteurs centraux en veille, surveillance et riposte se tient hebdomadairement à la DVSSER. En cas de situations d'urgence sanitaire telle qu'une épidémie ou catastrophes ayant des retombées sanitaires, la coordination de toutes les activités est assurée par le Comité National de Coordination (CNC) de Lutte contre les Urgences Sanitaires sous l'égide du Secrétariat General. Le Quartier Général Opérationnel (QGO) assure les aspects opérationnels.

La participation selon une approche multisectorielle des Directions centrales du secteur Santé est aussi instaurée pour une bonne synergie des actions. Seulement, cette implication multisectorielle n'est pas coordonnée, et parfois même freine au lieu d'aboutir à une synergie, suite à l'insuffisance de plaidoyer, comme le cas de l'approche multisectorielle dans la lutte contre les MNT.

Le Ministère de la santé, à chaque niveau du système, travaille aussi en collaboration avec les collectivités Territoriales décentralisées dont des plaidoyers sont nécessaires pour leur implication effective.

Quant à la collaboration avec les PTF, elle est effective pour tous les niveaux et presque pour tous les programmes. Il y a une certaine dépendance du système aux aides externes. Les zones d'intervention et programme à appuyer par les PTF sont inégalement réparties et ne sont pas toujours alignées aux priorités

du Ministère. L'engagement des PTF sur la mise en œuvre et l'opérationnalisation de la CNSS n'est pas effectif. La coordination des partenaires et des parties prenantes dans la réalisation des activités du programme est encore faible.

De plus, les attentes du MSANP ne sont pas partagées entièrement aux sociétés civiles qui aident le système à lever des obstacles au sein de la communauté, à identifier les déterminants de la santé.

Le système de suivi a été mis en place à différents niveaux du Ministère de la Santé Publique. Il est garant de la bonne utilisation des ressources et de l'effectivité des interventions en santé. Chaque niveau dispose de responsable de Suivi et Évaluation. Des canevas de rapports périodiques et surtout annuel existe, mais la complétude est faible. Le suivi nécessite une certaine coordination entre les services qui produisent les plans, le service qui utilise et produit les indicateurs et celui qui en fait le suivi. Mais cette coordination n'est pas vraiment effective au sein de la DEPSI ; de même qu'avec les responsables de suivis des niveaux central et périphérique.

L'évaluation du PDSS 2015-2019 a été substituée par une revue de l'atteinte des objectifs (indicateurs de produits et d'effets). Elle a permis d'avoir une base de données factuelle utilisée dans l'analyse de la situation de ce nouveau plan de développement. Cependant, il a été noté que les informations recueillies n'étaient pas de qualité (complétude, promptitude et fiabilité).

En ce qui concerne les ressources, le suivi n'est pas systématisé et les informations ne sont pas suffisantes pour leur gestion rationnelle et efficiente. En effet les informations et données portent surtout sur les activités. Les causes observées sont : cadre de suivi évaluation insuffisamment organisé, mécanismes de suivi multiples et non coordonnés développés selon besoins des Directions et Programme. La culture de suivi-évaluation n'est pas également appropriée par les responsables à différents niveaux et les responsables de suivi n'ont pas les compétences requises. Le suivi se focalise sur les actions et n'analyse pas la cohérence entre les activités réalisées et les ressources utilisées. Ainsi, la mise en place d'un cadre de suivi des performances est en cours et méritent d'être institutionnalisés.

Quant aux supervisions, elles sont effectives au sein du MSANP. En effet, chaque programme effectue des supervisions selon leurs convenances, et surtout tributaires des appuis des PTF. Ainsi, des programmes sur-appuyés réalisent périodiquement des supervisions au détriment des autres qui n'ont pas d'appuis ; les missions ne sont pas coordonnées ni intégrées et se chevauchent entraînant des pertes en ressources temporelles pour les niveaux supervisés. A cet effet, la mutualisation des ressources allouées, l'intégration des supervisions en utilisant un canevas standard, bien définis est nécessaire. Les suivis des recommandations des supervisions aussi n'est pas effectif et n'est pas suffisamment documentés nécessitant un grand effort de la part des responsables de supervision.

1.1.3. Bonne gouvernance et dispositif de contrôle

L'audit, est un élément primordial dans la gestion appropriée des ressources, afin de réduire le détournement et la corruption. Le système d'audit du Ministère de la Santé Publique s'est développé depuis la mise en place de l'entité qui en assure la charge. Un guide et une charte d'audit sont élaborés mais ne sont pas encore diffusés. Cependant des cadres règlementaires manquent encore actuellement. Un plan d'audit est également réalisé mais le manque de ressource financière limite l'effectivité. Par ailleurs, les recommandations ne sont pas suivies et les cadres pour appliquer des mesures correctrices sont insuffisantes. Une institutionnalisation des audits à chaque niveau, que ce soit organisationnel ou financier est nécessaire afin d'améliorer la gestion du système de santé. L'institutionnalisation du Comité de Renforcement du Système de Santé (CRSS) au sein du Ministère permettra aussi la coordination des interventions dans le cadre du renforcement du système de santé.

Le Ministère de la santé a effectué un grand effort en termes de de bonne gouvernance, à savoir la mise en place des standards de service à tous les niveaux du système de santé. Les badges sont actuellement standardisés et signés par le chef hiérarchique comme système d'identification de chaque personnel, de même pour les boîtes de doléances, mais l'application de ce standard n'est pas encore totalement effective dans tous les services par manque de rigueur, et par insuffisance de communication sur son utilité.

Concernant la lutte anticorruption, le Ministère a mis en place le CLAC : Comité de lutte anticorruption par direction mais il n'est pas encore opérationnel. Les TDRs sont incompris par les membres et ils ne savent pas ce qu'ils devront faire. Ainsi, des renforcements de capacités sont nécessaires dans ce sens. Au sein des Hôpitaux, le Ministère a pris l'initiative de marquer l'itinéraire des patients en créant « la fiche du Patient », limitant ainsi les risques de corruption.

1.1.4. Planification, suivi et évaluation

La planification est un outil indispensable dans la gestion des ressources, notamment dans la mobilisation et l'affectation des ressources. L'exercice de planification annuelle incluant la majorité des parties prenantes est dirigé par le MSANP.

Depuis quelques années, la planification opérationnelle (PTA) s'effectue de manière ascendante et participative et suit un calendrier bien défini selon le cycle budgétaire du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et celui des partenaires financiers. Chaque structure, à chaque niveau dispose annuellement de leur PTA à mettre en œuvre, ils sont compilés au niveau du Service Programmation de la DEPSI. Néanmoins, la réalisation des activités figurées dans les PTA rencontre des problèmes majeurs entre autres l'insuffisance de financement, la lourdeur des procédures de déblocage de fonds retardant la mise en œuvre des activités, le chevauchement des activités, l'insuffisance ou la non harmonisation des appuis des partenaires, l'absence de réalisation des formations dans les zones non appuyées notamment sur le volet communautaire. La dépendance de la mise en œuvre des activités définies dans le plan opérationnel de chaque structure du MSANP aux aides externes entraîne un faible taux de réalisation.

1.2. Niveau périphérique

1.2.1. Niveau Régional

1.2.1.1. Coordination et harmonisation du système de santé

Des réunions de coordination et de suivi des programmes entre les partenaires et EMAR existent. Néanmoins, les activités du niveau central, intermédiaire sont mal coordonnées. Des revues périodiques semestrielles au niveau régional, sont planifiées, souvent sans financement. La faible capacité managériale et de leadership des EMAR a des impacts négatifs sur la coordination des districts et les mobilisations des ressources.

La forte politisation de l'Administration (manque de soutien et d'accompagnement du niveau périphérique) et l'absence de volonté politique entravent la mise en place du mécanisme de redevabilité sociale. Le fréquent changement des responsables au niveau des institutions entraînent la non-continuité des efforts entrepris, le changement des stratégies et le retard de l'exécution budgétaire.

Quant aux interventions des PTF, elles ne conviennent pas avec les priorités locales. De plus, le financement des activités reste limité et certaines zones ne sont pas appuyées. Les procédures administratives de certains PTF sont lourdes et ont des impacts négatifs sur le taux de réalisation des activités.

1.2.1.2. Bonne gouvernance et dispositif de contrôle

La périodicité d'Audits financiers est irrégulière. La plupart des formations sanitaires ne sont pas auditées, faute de personnel formé en « audit ». Les organes et structures en charge de l'audit et du contrôle interne au niveau régional ne sont pas disponibles et affaiblit le système, d'où le risque élevé de vol et détournement.

Dans certains cas, des activités et événements imprévues, hors planification, entravent la réalisation des supervisions, de monitoring, d'audit, et de partage d'informations entre le niveau régional et district provoquant l'isolement et le manque d'orientation et/ou de soutien des districts. Chaque DRSP a mis en place un système de coaching des districts-mais l'EMAR ne possède pas la compétence requise.

1.2.1.3. Planification, suivi et évaluation

Le PTA budgétisé est disponible au niveau périphérique mais le planning des activités n'est pas respecté. Cette situation est amplifiée par la non disponibilité d'un plan opérationnel ou encore la priorisation des activités jugés « particulières ». En effet, les programmes verticaux sont soumis à des obligations de résultats et que la démarche de planification actuelle ne permet pas de résoudre ces difficultés.

Depuis l'année 2019, la cellule de suivi évaluation de performance est fonctionnelle au niveau régional ; le système de suivi et d'évaluation de la performance est établi mais les mécanismes sont mal définis, confondus avec ceux de l'audit et de la supervision. La culture de suivi-évaluation axée sur les résultats et les évidences, la culture de performance et le partage des bonnes pratiques sont insuffisants.

1.2.2. Niveau District

1.2.2.1. Coordination et harmonisation du système de santé

A cause des différentes responsabilités du président du Comité de Gestion (COGE), et la mauvaise collaboration avec les autorités locales, les suivis des activités au niveau opérationnel sont défaillants. Des revues périodiques bimensuelles ou trimestrielles pour les districts sont institutionnalisées et planifiées. L'insuffisance de formation entraîne une faible capacité de leadership et management du niveau périphérique, et cela impacte la coordination. La forte politisation de l'Administration (manque de soutien et d'accompagnement du niveau périphérique), et l'absence de volonté politique entravent également la mise en place du mécanisme de redevabilité sociale au niveau du District.

La mise en œuvre des activités planifiées dépend essentiellement des PTF qui ne sont pas suffisamment harmonisés et dont les interventions ne conviennent pas avec les priorités. Les procédures administratives de certains PTF sont lourdes et ont des impacts négatifs sur le taux de réalisation des activités. La collaboration entre les services techniques déconcentrés (STD), la communauté, les autorités locales et les leaders traditionnels reste faible.

1.2.2.2. Bonne gouvernance et dispositif de contrôle

En matière de bonne gouvernance, la corruption reste encore un problème majeur des formations sanitaires. La plupart des SDSP ont instauré un Comité de lutte contre la corruption mais la fonctionnalité reste à améliorer. Beaucoup de doléances et plaintes sont reçues au niveau de certaines FS alors que d'autres n'en reçoivent pas, du fait de la peur et de l'incompréhension des usagers, du personnel de santé sur l'utilité de l'émission des doléances. Aussi, la gestion des plaintes est ignorée par méconnaissance de l'utilité ou l'absence des boîtes à idée et aussi par l'inexistence de comité de gestion des plaintes. Toutefois, la sensibilisation sur l'importance et utilisation de la boîte de doléance est insuffisante.

1.2.2.3. Planification, suivi et évaluation

Le PTA budgétisé est disponible au niveau périphérique mais le planning des activités n'est pas respecté et amplifié par la non disponibilité d'un plan opérationnel ou encore la priorisation des activités jugés « particulières ». En effet, les programmes verticaux sont soumis à des obligations de résultats.

La cellule de suivi évaluation de performance est fonctionnelle mais dépend du nombre de personnel. Le système de suivi et d'évaluation de la performance est établi mais mal définis, confondus avec ceux de l'audit et de la supervision. Certains CSB sont inaccessibles six mois sur douze, rendant le suivi et évaluation non effectif. Aussi, le système souffre de personnel qualifié en matière de Suivi et évaluation.

Des activités et événements imprévues, hors planification, entravent la réalisation des supervisions, de monitoring, d'audit, et de partage d'informations entre le niveau district et les formations sanitaires entraînant l'isolement des CSB. La périodicité des séances d'Audits financiers est irrégulière.

La capacité de l'EMAD pour le coaching des Formations Sanitaires dans leur circonscription est insuffisante.

1.3. Niveau Hôpital universitaire

1.3.1. Cadre de référence et institutionnel

Les Centres hospitaliers Universitaires (CHU) sont régis par le Décret 2015-0667 du 29 avril 2015 fixant leur création, organisation et fonctionnement. Toutefois, l'absence de revue périodique, le non-retour des personnels formés, notamment les Internes Qualifiant et les Chef de Clinique après ces formations à l'extérieur, le manque ou l'insuffisance de connaissance ou d'information sur le cadre législatif et règlementaire et l'inexistence des termes de référence en matière de suivi évaluation constituent des problèmes majeurs entravant le bon fonctionnement des CHU à Madagascar.

1.3.2. Coordination et harmonisation du système de santé

En termes de coordination et de gestion, des réunions des membres du conseil d'administration, des comités et des staffs sont tenues périodiquement. Le non-respect des profils par rapport aux postes, des horaires de travail ainsi que le manque de rigueur et de respect dans l'application des règles et des

organisations établies sont constatés malgré la mise en place de tous les organes en charge de l'administration (CA, DIRECTION, Organes Consultatifs, COMEDIM).

La disponibilité de la Politique de développement basée sur la coopération avec les PTFs pour la mise en œuvre des projets est à noter.

La difficulté de l'application des règles en vigueur par les responsables est constatée.

L'insuffisance de communication entre les personnels au sein de l'établissement entraîne la méconnaissance des droits par les personnels, la non maîtrise des normes et procédures et la méconnaissance des attributions et des règlements intérieurs.

En outre, insuffisance voire absence de protocole de prise en charge au sein des services et la description des postes ne correspondant pas au profil requis sont aussi observés.

De plus, la souplesse de la Direction, ainsi que le renforcement de capacité des prestataires constituent des points positifs.

Il est à signaler aussi la non continuité des activités, la défaillance de l'organisation générale et l'existence des différents comités non fonctionnels qui entraînent la non satisfaction des besoins des bénéficiaires et la perte de leur confiance au système de santé.

La lourdeur de procédures dictées par MSANP entraîne le désistement de certains PTFs.

La répartition inéquitable des tâches, l'inégalité de traitement des personnels et le non-respect des droits engendrent la démotivation des personnels.

La méconnaissance des obligations, des attributions, des standards de service, du règlement intérieur, des hiérarchies et des textes en vigueur compromet la gestion des hôpitaux. L'insuffisance voire manque des communications ainsi que les problèmes de leadership en sont les causes.

Les règlements intérieurs, chartes des patients ne sont pas respectés suite à la méconnaissance des textes réglementaires et manuels et procédures les régissant, favorisant la corruption.

1.3.3. Bonne gouvernance et dispositif de contrôle

Concernant l'audit et le suivi/évaluation, à part l'unité pharmacie pour certains centres hospitalier, l'insuffisance des activités y afférentes dans tous les domaines est palpable. En effet, l'inexistence des termes de référence constitue la cause principale de cette situation.

En ce qui concerne les doléances et plaintes, des affaires y afférents sont fréquents au niveau hospitalier. De plus, l'instauration du Comité de Lutte Anti-Corruption est remarquée.

1.3.4. Planification, suivi et évaluation

Les centres hospitaliers disposent des Plan d'action annuelle budgétisé et d'un organe délibérant. Néanmoins, la mise en œuvre des activités non planifiée de façon ponctuelle et la manque de Projet d'Etablissement Hospitalier constituent des problèmes importants d'une bonne planification.

PRESTATION DE SERVICE

A. Au niveau des programmes de santé

Beaucoup d'efforts ont été fournis par le Ministère en charge de la santé en matière de prestation de service. Les différents programmes, de par leurs attributions respectives, sont les garants du développement en santé. Or, lors de la revue des indicateurs du PDSS 2015-2019, beaucoup de résultats ne sont pas atteints.

1. Consultation externe :

Le Taux de consultation externe en 2017 (37%) est similaire à celle de 2008 (37,6%). De 2009 à 2016, il est très variable allant de 30,6% à 35,7%. On constate un mauvais accueil par les agents de santé, la fermeture fréquente de FS durant l'absence de l'Agent de Santé seul au poste et un ordinogramme obsolète.

Tendance des indicateurs en santé à Madagascar par programme

Annuaire statistiques : données administratives/DEPSI/SSSD

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019
Taux de couverture en consultation externe	32,6	33,8	36,7	38,9	41.5
Taux d'acceptation en PF	9,3	11,3	11,4	11,1	10.4
Taux de couverture vaccinale en DTCHepB3	77,9	77,9	70	85,4	82.3
Taux d'accouchement au centre de santé	25,9	28.5	31,1	29,9	28.5
Taux de complétude des Rapports RMA CSB	81	91,1	93,5	94,7	84
Taux de couverture CPN 1	58,5	61,6	63,3	61,0	56.7
Taux RDT(+)/RDT effectué	45.7	31.2	40.6	42.7	34.3
Taux de Malnutrition Aigue	0,8	2,1	1,6	1,3	1.4
Taux de disponibilité en Médicaments traceurs	85,4	90	90	90,7	92.4
Taux de couverture contraceptif	27,6	31,8	29	30,7	29,9

2. Santé de la mère et du nouveau-né

La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant restent une préoccupation majeure à Madagascar et posent un problème de santé publique. Malgré la disponibilité de la Feuille de Route pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, faute de mise en œuvre effective des interventions identifiées, le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale restent encore élevés et n'ont pas connu de grand changement au fil des années. Ils sont respectivement de l'ordre de 426 pour 100 000 Naissances Vivantes et de 21 pour 1000 Naissances Vivantes en 2018 (MICS 2018) contre 478 pour 100 000 Naissances Vivantes et 26 pour 1000 Naissances Vivantes en 2012 (ENSOMD 2012-3). On a enregistré quatre décès maternels en 2019 contre deux en 2018 dans certains districts sanitaires (exemple: Mahanoro). Les décès maternels et néonataux sont dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement.

D'une façon générale, les facteurs déterminants des décès maternels et néonataux sont représentés par les trois retards, notamment le retard de prise de décision par la famille, le retard de référence à rejoindre la formation sanitaire et le retard de prise en charge au niveau des formations sanitaires.

A Madagascar, deux problèmes majeurs concourent à l'avènement des décès maternels et néonataux. Le premier est la faible utilisation des services en santé maternelle et néonatale avec ses différents déterminants liés aux prestataires, à l'individu, à la Communauté et à l'environnement de mise en œuvre des interventions. Le second est en rapport avec la défaillance dans l'offre de services, notamment par insuffisance de couverture géographique et de continuité dans le temps, par insuffisance de ressources et de plateaux techniques, par défaut de cadrage et par stimulation insuffisante de la demande. Il y a aussi le problème d'accessibilité géographique et financière qui constitue des obstacles aux femmes pour bénéficier des informations et des soins de qualité.

Ces différents problèmes dans le domaine de la Santé maternelle et néonatale résultent de l'insuffisance des ressources pour rendre disponibles des plateaux techniques des Formations sanitaires respectant les normes, de la défaillance du système de référence et contre-référence. Il y a aussi l'insuffisance de la promotion de l'utilisation des services et de la communication pour le changement social et comportemental de la population ainsi que les faibles engagements et participation de la communauté.

En terme de couverture de services, seules 17,7% de l'ensemble des formations à Madagascar ont la capacité de dispenser des services de soins obstétricaux d'urgence de base, dont 3,8% au niveau CSB1, 17,2% au niveau CSB2, et 73,5% au niveau des CHR. Seuls quelques CHR (4,5%) offrent une couverture complète de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONUC) (Source : Banque Mondiale Afrique, Résultats de l'Enquête sur les indicateurs de prestation de service 2016). Par rapport à l'utilisation des services, les résultats de l'enquête MICS 2018 montrent que 46% des femmes reçoivent l'assistance d'un professionnel de santé qualifié, 39% accouchent au niveau des formations sanitaires. En ce qui concerne les soins prénatals le problème se situe à la fois au niveau de la continuité des consultations pour respecter le minimum de quatre visites durant la grossesse,

mais aussi au niveau de la qualité des services. Près de 51% des femmes enceintes effectuent au moins quatre consultations prénatales. Ces résultats sont minimes par rapport aux objectifs de la FDRARMMN (90% en 2019). Pour les autres indicateurs clés durant la période de grossesse, selon MICS 2018, 27% des femmes enceintes ont effectué une première visite prénatale avant le 4^e mois de grossesse, 61 % ont reçu deux doses ou plus de VAT, 15% ont reçu trois doses ou plus de SP pour prévenir le paludisme (TPI) et 14 % ont reçu des informations et des conseils sur le VIH et 10% ont reçu et accepté un test de dépistage de VIH pendant les soins prénatals. Selon l'annuaire statistique 2016, le déparasitage de la femme enceinte est à 39,4% et la prise de FAF à 58,9%. Le taux d'opération césarienne est de 2% en 2018 (SSS), toujours en dessous de la cible fixée par l'OMS qui est de 5%.

Le taux d'accouchement au niveau des FS est amélioré à la suite du « Dinan'ny fiterahana » au niveau de la Communauté. Dans certains districts, aucun décès maternel au niveau des FS n'est enregistré du fait de la référence systématique en cas de difficulté rencontrée (AntanambaoManampotsy). Par contre dans certains districts, le taux d'accouchement au niveau des formations sanitaires est encore faible (27,9%) comme le cas du District d'Isandra où la plupart de CSB sont tenus par un agent seul au poste et de genre masculin. L'opposition du mari et l'insuffisance de sage-femmes dans le centre sont aussi des causes de diminution du taux d'accouchement. Par ailleurs, la rupture en kit d'accouchement, en kit OC et le manque de sensibilisation de masse induisent la baisse du taux d'accouchement au centre.

La tendance du taux d'accouchement au niveau des formations sanitaires augmente de 2008 à 2017, de 24,6% à 30%.

En outre, en matière de santé de la mère et de l'enfant, d'autres activités relatives aux SONU ont été renforcées, entre autres, la détermination des réseaux SONU et la réalisation du monitoring au niveau national (2018-2019). L'introduction et la mise en œuvre de la surveillance des décès maternels et néonataux et riposte sont en cours de réalisation afin de prévenir les décès maternels et néonataux qui sont pour la plupart de causes évitables. La prise en charge des femmes victimes de fistule obstétricale a été aussi effectuée dans le but d'assurer le respect des droits de tout un chacun notamment les droits à la santé et à la dignité.

Les éditions de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant ont été réalisées deux fois par an pour offrir des services de qualité à haut impact et pour atteindre toutes les cibles en matière de supplémentation en vitamine A et déparasitage, le renforcement de la vaccination de routine, le dépistage de VIH chez les femmes enceintes. On tend vers l'institutionnalisation de cette activité.

Pour améliorer la Santé et la Nutrition de la Mère et de l'Enfant, des célébrations des journées nationales et internationales ont été réalisées en vue de renforcer la stimulation de la demande, la CCSC, entre autres la célébration de la Journée Internationale de lutte contre les fistules obstétricales, la journée nationale de contraception, journée internationale de lutte contre les TDCI, la Semaine Nationale de l'Allaitement Maternel. Actuellement, différents projets sont en cours de mise en œuvre en collaboration avec les PTF

3. Santé des adolescents et des jeunes

En ce qui concerne la Santé des Adolescents et des Jeunes, un tiers des décès maternels surviennent chez les adolescentes. En effet, selon les statistiques, la tranche d'âge de la population de 10 à 24 ans se trouve confrontée à d'importants problèmes de santé sexuelle et de la reproduction notamment la grossesse précoce et/ou non désirée, les avortements à risque, les IST/VIH, la faible utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes, le cancer du col de l'utérus, la fistule obstétricale, les problèmes de santé mentale parfois allant jusqu'au suicide, les violences basées sur le genre, la malnutrition et le mésusage des substances psychoactives (PSN SRAJ).

Ces problèmes chez les adolescents et les jeunes sont dus surtout au manque d'accès aux informations sur la santé sexuelle et reproductive, insuffisance de couverture des Services Ami des Jeunes (SAJ) incluant les Centre de Santé Amis des Jeunes(CSAJ) offrant des services de qualité adaptés à leurs besoins. En effet, 7% des formations sanitaires seulement sont labélisées CSAJ alors que l'objectif du plan stratégique est de 50% de tous les CSB seront des CSAJ d'ici 2020. La prise en charge des besoins en SAJ n'a pas été ciblée de façon adéquate. Il est constaté une augmentation du taux de grossesse précoce de l'ordre de 8% dans certains districts due à l'absence d'effectivité de l'offre de services SAJ du fait du manque de personnel formé qui devrait mettre en œuvre le programme.

En effet, bien que les services de SAJ soient le plus souvent disponibles dans les formations sanitaires, les adolescents et jeunes n'y accèdent que rarement. Les raisons de cette faible utilisation sont à la fois liées au cadrage, à l'insuffisance d'information ou d'orientation, aux compétences des prestataires en stratégie de stimulation de la demande et au manque d'appui et d'accompagnement.

Des interventions en SAJ ont été marquées par la mise en place et la redynamisation des CSAJ avec dotation en équipements et supports.

4. Planning Familial

En matière du planning familial, le taux de couverture contraceptive est de 32% (source GESIS/SSSD). L'utilisation des contraceptifs pour les adolescents âgés de 15 à 19 ans reste faible selon l'ENSOMD (13,7%). Une tendance améliorée de la prévalence contraceptive chez les femmes en union a été observée, elle est passée de 33% (ENSOMD 2012) à 41% (MICS 2018), mais l'augmentation est encore insuffisante par rapport à l'objectif FP 2020 à 50%. Les besoins non satisfaits en PF s'affichent à un niveau élevé, soit 18,4% (MICS 2018), 18% en 2012 (ENSOMD 2012) si la valeur cible en 2020 est de 9%.

Des efforts ont été entrepris, mais cette faible prévalence contraceptive résulte de plusieurs facteurs, entre autres l'insuffisance des stratégies de création de la demande, la défaillance de l'offre de service en termes de couverture et de qualité de services qui sont en rapport avec la compétence des prestataires, le plateau technique ou la disponibilité des ressources notamment la rupture fréquente de produits contraceptifs. En effet, 65% des centres de santé seulement offrent des Méthodes de Longue Durée.

La mise en œuvre de la feuille de route du dividende démographique, qui est un programme multisectoriel dirigé par le Ministère de l'Economie et des Finances pour l' relance économique avec la participation du Ministère en charge de la Santé à travers le planning familial pourra renforcer la santé de la reproduction à Madagascar. Les efforts fournis pour les interventions en vue d'augmenter le taux de couverture contraceptive seront appuyés par différents PTF et aussi l'Etat lui-même.

5. Santé de l'enfant

Quant à la santé de l'enfant, les taux de mortalité infantile et infanto juvénile ont connu une légère amélioration, mais se situent encore à un niveau élevé, respectivement de 40 pour 1000 NV et de 59 pour 1000 NV en 2018 (MICS) contre 42 pour 1000 NV et 52 pour 1000 NV en 2012 (ENSOMD). Les principales causes de mortalité des enfants sont les infections respiratoires aiguës, dont la pneumonie, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la malnutrition et la rougeole.

Beaucoup de facteurs déterminent la santé de l'enfant, à savoir : la pauvreté, le faible niveau d'instruction, l'enclavement, la malnutrition, la promiscuité, l'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement de base, la fréquence des catastrophes naturelles, favorisant le développement de trois principales maladies tueuses de l'enfant. Cette situation préoccupante est liée aux problèmes environnementaux néfastes à la santé et des comportements souvent inadaptés, influencés par les croyances, les us et coutumes locaux. Elle est due aussi au manque ou à l'insuffisance de CCSC sur la santé, la faible appropriation et engagement de la communauté sur la santé de l'enfant, la défaillance de l'offre des soins aussi bien en termes de couverture que de qualité de services, le problème d'accessibilité géographique et financière de la population pour bénéficier des informations et des soins de qualité.

En matière de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire (PCIMEc), 34% des sites communautaires seulement ont été opérationnels jusqu'en 2017 (Source: Rapports de projet Mahefa, Mikolo, Pivot, CRS). Après le renforcement des capacités des AC en PCIMEc en 2017-2018, dans le cadre du RSS financé par le Fonds Mondial NMF1, ce pourcentage est passé à 60% (Source SSE). Les documents sur la PCIME communautaire et clinique ont été mis à jour en 2018, mais faute de financement, le nombre des agents de santé et communautaires formés et le suivi formatif sont insuffisants.

En outre, 19 formations sanitaires seulement appliquent la PCIME clinique mise à jour et aucun site communautaire n'applique encore la PCIMEc avec PIBG.

De plus, les mouvements des agents de santé formés en PCIME clinique (affectation ou départ en retraite) ont eu des répercussions sur la qualité de l'offre de service.

6. Nutrition

En matière de nutrition, Madagascar figure parmi les pays à haute prévalence en malnutrition chronique, avec des grandes disparités entre les régions représentées dans la figure ci-dessous. Lors de l'enquête MICS 2018, presque la moitié des enfants de moins de 5 ans sont atteints de la malnutrition chronique (42%) qui est au-dessus des seuils « très élevé » fixés par l'OMS en 2018. Madagascar perd chaque année entre 7% (ONN et UNICEF, 2017) et 14,5% (NEPAD, ECLAC et PAM, 2017) de son Produit Intérieur Brut (PIB), ce qui équivaut de 743 millions à 1,5 milliards USD, en raison de la

malnutrition chronique et de la faim qui affecte de façon critique le développement optimal de l'enfant, et ainsi le développement du pays.

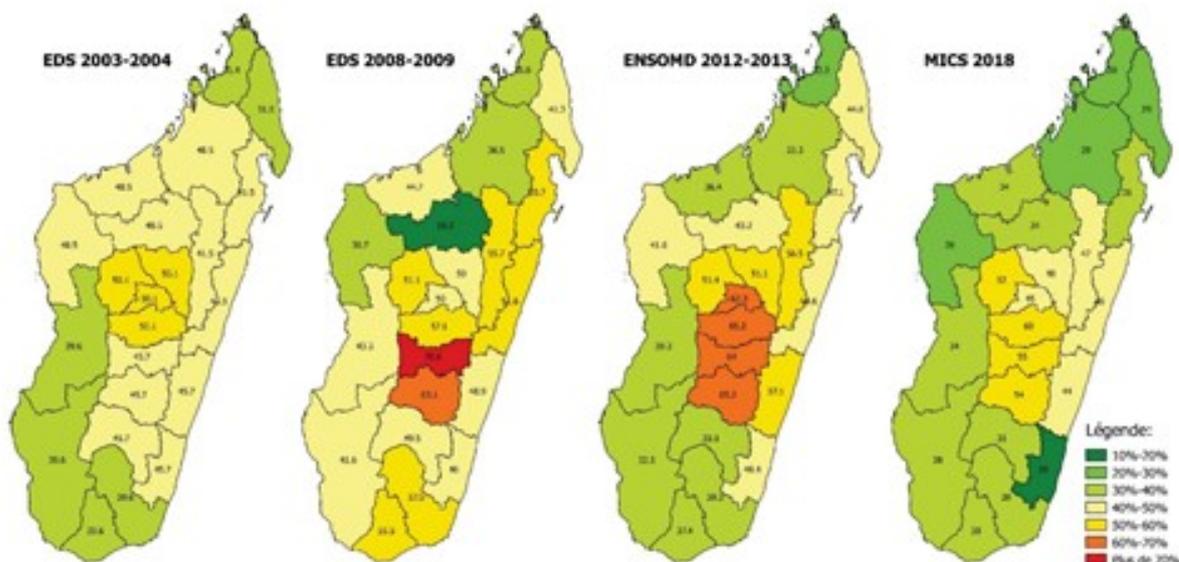


Figure XXX : Tendances dans la disparité géographique de la malnutrition chronique entre 2003 et 2018 (EDS 2003, EDS 2008, ENSOMD 2012, MICS 2018)

La malnutrition aiguë touche 6% des enfants de moins de cinq ans (MICS, 2018), contre 8,6% en 2012 (ENSOMD, 2012-3). Près de 1% sont de forme sévère. La malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans est présente dans toutes les régions du pays mais elle est plus visible dans les régions du sud en raison du risque élevé de sécheresse récurrente plus ou moins prolongée, conduisant à une insécurité alimentaire aiguë.

Le taux d'insuffisance pondérale est à 26% (MICS 2018). Pour le Taux d'insuffisance pondérale, de 2008 à 2012, il n'a cessé de diminuer, cette situation s'est renversée en 2013 avec un taux de 8,9% mais s'est régressé jusqu'en 2017 (source : consultations externes, RMA CSB, de 2008 à 2017).

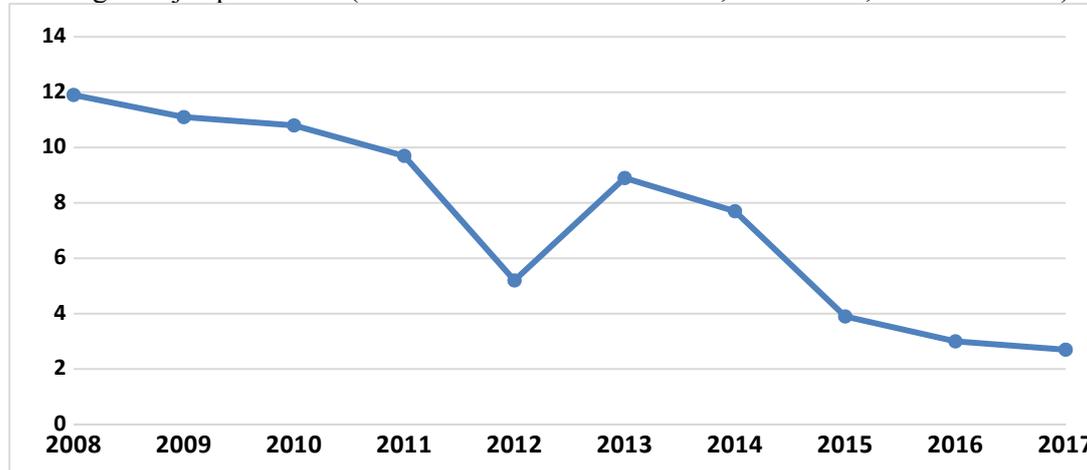


Figure: Evolution de l'insuffisance pondérale de 2008 à 2017

Sur la base des données MICS 2018, environ 3% des enfants malgaches souffrent simultanément d'un retard de croissance, d'une perte de poids et d'une insuffisance pondérale, ce qui suggère l'interaction de différents déterminants qui affectent l'état nutritionnel des enfants.

Les principales causes sont liées à l'insuffisance de couverture des services et la non-adoption des pratiques favorables à la santé et à la nutrition par la population. En effet, selon le MICS 2018, 45% des nouveau-nés seulement bénéficient d'une mise au sein immédiatement après la naissance, 51% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois (MICS 2018) contre 41% en 2012 (ENSOMD), 59% des mères continuent d'allaiter leur enfant jusqu'à deux ans (MICS, 2018).

Selon l'ENSOMD 2012-2013, 42,7% des enfants 6 à 59 mois ont reçu des suppléments en Vitamine A tandis que 52,6% des enfants de 12 à 59 mois ont été déparasités. Pour les femmes enceintes, 43% ont pris un comprimé de FAF par jour pendant au moins 60 jours ; seulement 7,1% pendant 90 jours ; et 60% ont été déparasitées. En 2008, la prévalence de l'anémie était de 50% chez les enfants de moins de cinq ans, 35% chez les femmes et 34% chez les hommes.

Le manque de disponibilité des aliments, la variation des prix sur le marché et la capacité des ménages à accéder financièrement à ces aliments limitent les possibilités de consommer une alimentation diversifiée de qualité. La supplémentation en micronutriments comble certains besoins nutritionnels mais pas tous. Selon les résultats de l'ENSOMD, 50,3% des mères ont consommé des aliments riches en fer au cours de dernières 24 heures précédant l'enquête. L'Enquête Nationale sur l'Iode et le Sel à Madagascar a mis en évidence que seulement 21,3% des ménages malagasy disposent de sels adéquats, le taux de couverture en sel iodé du pays est passé de 53% à 21% de 2008 à 2014 (ENISM 2014).

En ce qui concerne la disponibilité des services, les structures Amis des Bébé sont au nombre de 95, dont 75 hôpitaux et CSB amis des bébés et 20 lieux de travail amis des bébés. Pour la prise en charge des enfants malnutris aigus, 60 Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensif (CRENI), 851 Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire de la Malnutrition Aigüe Sévère sans complication (CRENAS) et 339 Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire de la malnutrition aigüe Modérée (CRENAM), dont 338 sites U-PNNC dans le Sud et le centre CASAN ACF, sont actuellement fonctionnels. De plus, les équipes mobiles de prise en charge améliore la couverture PECMAS et PECMAM, surtout pendant la période soudure dans le Sud. La qualité des services offerts dans ces structures est insuffisamment documentée. L'intégration effective de la nutrition dans les services de santé doit aussi être évaluée.

Ces problèmes en matière de nutrition résultent de plusieurs facteurs causals tels que la minorité des acteurs formés en ANJE/NdF/DPE, l'insuffisance des supports CCC et de l'engagement des responsables pour la mise en place des Structures Amis de Bébé, l'insuffisance du plateau technique des formations sanitaires (équipements, AS formés, intrants) pour la mise en place des CRENI et pour la mise en œuvre de Suivi et Promotion de la Croissance au niveau des formations sanitaires. Dans certaines formations sanitaires, il y a un défaut de prise en charge adéquate des enfants malnutris (CRENA/CRENI) du fait de l'indisponibilité des matériels nécessaires. Il y a aussi la défaillance du système d'analyse des sels faute de réactifs et de cadrage (suivi qualitatif et quantitatif de sels iodés) et l'insuffisance de Communication pour l'adoption des comportements sains et des pratiques nutritionnelles favorables.

7. Vaccination

La vaccination est un programme important car d'elle dépendent la santé et l'avenir des enfants. Par rapport au taux de couverture vaccinale DTCHepBHib3, la tendance est constante aux alentours de 70% pendant les dix dernières années.

Le programme élargi de vaccination (PEV) est responsable des vaccins et de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, dans le but de les contrôler, les éliminer, voire les éradiquer. La présence de systèmes de vaccination solides, aptes à apporter des vaccins à ceux qui en ont le plus besoin, joue un rôle important dans la réalisation des objectifs de santé et d'équité aussi bien des objectifs économiques de plusieurs stratégies de développement mondial.

La faible couverture vaccinale en DTC-HepB-Hib3 estimée à 59%¹⁹, inférieure à la norme du PEV fixée par le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (95% au niveau national et 90% au moins dans chaque district pour tous les antigènes), et plus récemment la résurgence de l'épidémie de la rougeole (2018 – 2019) qui a fait suite à celle des cas de cVDPV (2014 – 2015) constituent une réelle menace qui sape les efforts de l'amélioration de la santé de la population malagasy.

Le défi à relever par le pays repose sur l'immunisation complète et correcte des bénéficiaires à travers un Programme Élargi de Vaccination performant et le maintien de son statut de pays libre de la poliomyélite reçu en 2018.

Ainsi, Madagascar a initié une stratégie de renforcement du PEV dans le but de revitaliser les activités de vaccination de routine dans tous les districts. Elle vise à protéger toutes les femmes et tous les enfants contre les maladies évitables par la vaccination grâce à l'augmentation soutenue de la couverture vaccinale à travers l'approche atteindre chaque cible (ACC) et également la mise en œuvre de la vaccination au cours de la 2e année de vie (pratiques vaccinales au-delà de la petite enfance).

Bien que les services de vaccination soient fournis gratuitement dans la plupart des établissements de soins de santé primaires et par le biais de la sensibilisation, il existe des obstacles qui entraînent des différences

¹⁹ Enquête MICS 2018

d'utilisation. Les services de vaccination atteignent de nombreux ménages, mais ils sont rarement utilisés pour fournir d'autres interventions de santé maternelle et infantile de manière efficace en raison de l'intégration limitée de la prestation des services.

Idéalement, la vaccination, avec plus d'antigènes tout au long de la vie, doit être systématiquement étendue de l'enfance à l'âge scolaire, aux adolescents et aux adultes.

Le ciblage des populations urbaines de plus en plus nombreuses a été faible et inadéquat pendant longtemps en raison des obstacles sociaux et géographiques qui limitent la prestation efficace des services. L'inaccessibilité géographique et culturelle, l'insécurité, les conflits et les catastrophes naturelles, qui entraînent le déplacement des populations, n'ont rien arrangé car les populations vulnérables continuent d'avoir des difficultés à accéder à des services de santé de qualité, y compris la vaccination.

Des recrudescences des maladies évitables par la vaccination ont été observées, notamment la rougeole en 2017 et 2019 dans certains districts. En plus des notifications de cas suspect de PFA, les cas d'épidémie de VDPV ont été déclarés dans plusieurs districts. Des campagnes de vaccination antipoliomyélite ont été ainsi réalisées et Madagascar a reçu le statut de pays libre de la poliomyélite en 2018. Des efforts continus ont été engagés pour maintenir ce statut à travers le renforcement de la vaccination de routine et la réalisation d'Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS).

Beaucoup d'interventions ont été réalisées telles que la mise à disposition de chaîne du froid par un effort de dotation des CSB en équipements de chaîne de froid solaire afin de préserver la disponibilité et l'efficacité des vaccins, la mise en place de différentes stratégies (avancées, mobiles et routine) renforcée par des campagnes de vaccinations dans le cadre de la SSME.

Par ailleurs, le taux d'abandon augmente tandis que le taux de perte diminue (DTC Penta) à cause de la non-effectivité du rattrapage des enfants non vaccinés.

Ainsi, le nombre d'enfants non vaccinés reste élevé, 83 396 soit 10% en 2017 et 75 187 soit 9% en 2018. La couverture en vaccin antitétanique pour les femmes enceintes est insatisfaisante (VAT 2 et plus : 63% en 2017 et 41,9% en 2018). Toutefois, les séances de vaccination de routine et de stratégie avancée sont insuffisantes. Les goulots d'étranglement résident dans les irrégularités d'allocation du fonds pour la surveillance MEV, l'enclavement, l'absence de chaîne du froid et la mauvaise gestion des intrants.

8. Maladies transmissibles

a) Les maladies à forte charge de morbidité

Diarrhées, IRA

b) Maladies Endémiques et tropicales négligées

Puces Chiques : A Madagascar, entre 2004 et 2007, 99 Districts sur 111 sont endémiques aux Puces Chiques et la prévalence variait entre 1% et plus de 40% (Source : IPM 2015). Environ 10 333 000 personnes sont à risque d'après les enquêtes réalisées auprès de 58 districts en 2010 par le programme. En 2017, les districts endémiques ont augmenté à 66 sur 114 avec 17 099 502 citoyens exposés au risque (enquête réalisé par le programme) contre 50 Districts sur 112 en 2015, faute de moyen financier et logistique.

Mycétome : Le 28 mai 2016, la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé une résolution (WHA69.21) reconnaissant le mycétome comme étant une maladie tropicale négligée. A Madagascar, c'est une dermatose endémique (mycoses profondes) surtout dans la région Anosy (Fort-Dauphin), Boeny (Ambatoboeny), Menabe (Morondava) et Androy (AmbovombeAndroy)* (source : dermatologie clinique CHU Befelatanana). L'élaboration d'un plan stratégique nécessite de collecter des données épidémiologiques sur la charge de morbidité, le diagnostic. Le traitement précoce et la prise en charge des cas est l'approche la plus adaptée pour faire baisser la charge du mycétome.

Schistosomiase : Actuellement, 107 districts sur 114 existants sont endémiques à la schistosomiase (urinaire et intestinale). Cette prévalence varie de 1 à 89% pour ceux qui sont endémiques dont 46 districts ont une prévalence >50% (hyper-endémiques) ; 42 districts ont une prévalence $\geq 10\%$ et $\leq 50\%$ (mésio-endémiques) ; 19 districts ont une prévalence < 10% (hypo-endémiques)²⁰. Toutes les activités de lutte ou de suivi des géohelminthiases sont intégrées avec d'autres programmes nationaux (SSME-Filariose lymphatique-Bilharziose). Le maintien de la prévalence en schistosomiase est lié à la faiblesse dans la gestion du péril fécal, à l'absence de lutte contre les gîtes larvaires et mollusques, à la mauvaise condition d'hygiène de la population, à la restriction de la DMM à la population cible de 5 à 15 ans.

²⁰ Plan directeur de lutte contre les MTN 2019-2023, SMEETN, MSANP

Filariose lymphatique: En 1997, l'Assemblée mondiale de la santé (OMS) a formulé la résolution 50.29 sur l'élimination en 2020 de la filariose lymphatique. L'OMS a proposé une stratégie globale pour atteindre l'objectif d'élimination de la transmission dans les communautés endémiques par la DMM et la mise en œuvre d'interventions de prévention et de prise en charge des morbidités associées à la filariose lymphatique (lymphœdème, hydrocèle). Les résultats de la cartographie en 2015 ont montré une prévalence moyenne de 8,9% (variant de 0 à 58%) et 99 districts sur les 114 existants ont été déclarés endémiques (87%).

Téniasis: il sévit à Madagascar du fait de la persistance des facteurs déterminants la propagation de l'infection tels l'élevage traditionnel de porc en divagation, le péril fécal et le manquement aux inspections sanitaires de viande. Les enquêtes menées depuis 2011 jusqu'en 2016 ont permis d'identifier 53/114 districts endémiques en Ténia. Pour la neurocysticercose, environ 6 000 cas par an sont recensés au niveau des formations sanitaires de base²¹.

Lèpre: malgré son élimination déclarée en fin 2006, et considérant cette maladie comme n'étant plus un problème de santé publique en 2013, Madagascar reste toujours parmi les 14 pays endémiques de la lèpre et est classé dans le groupe B regroupant 11 pays qui dépistent encore plus de 1000 nouveaux cas de lèpre par an²². Cette situation persiste jusqu'à maintenant et en moyenne 1500 nouveaux cas ont été dépistés et rapportés annuellement. En outre, en fin 2018, 45 districts sanitaires n'ont pas encore atteint l'élimination et sont considérés comme districts hyper endémiques de la lèpre nécessitant par conséquent des activités de dépistage avancé pour pouvoir stopper la transmission.

Un retard du diagnostic est constaté dans la plupart des centres de santé du fait d'un faible taux d'accès aux soins limitant ainsi le dépistage passif.

En plus de la lèpre, la tungose et la rage humaine transmise par le chien qui constituent aussi des problèmes de santé publique pour le pays, se trouvent dans la liste des maladies à prise en charge des cas prioritaires par le ministère de la santé.

La lutte contre les maladies tropicales négligées se heurte à des défis que sont : la mise en veilleuse du comité de pilotage MTN et l'insuffisance de formation du personnel, conduisant à la faiblesse du système de rapportage des activités en termes de complétude et de promptitude.

Le nombre des cas d'expositions à la rage ne cesse d'augmenter ces dernières années avec aussi l'apparition de cas de rage humaine (suspects et/ou confirmés). Au cours du deuxième trimestre 2018, le système de surveillance sentinelle MADSUR a permis de détecter 13 cas de rage animale sur l'ensemble du territoire dont : 9 cas probables et 4 cas confirmés. Au cours de trois premiers trimestres de l'année 2018, huit (8) cas de rage humaine ont été rapportés dont un (1) seul confirmé biologiquement. Les cas sont souvent détectés au niveau des centres hospitaliers sous la forme d'une rage cliniquement évidente où le décès est inévitable, faute de prise en charge adéquate des morsures.

La seule prévention chez l'homme exposé est la vaccination antirabique, couplée avec l'administration d'immunoglobuline spécifique pour les morsures de troisième degré. Selon les recommandations de l'OMS, le Ministère a adopté l'utilisation de vaccin antirabique certes chers mais d'une efficacité avérée au dépens des vaccins vivants atténués « souriceau ». Le protocole actuellement utilisé est l'injection intradermique avec seulement trois rendez-vous au CTAR (J0, J3 et J7)²³. Madagascar dispose actuellement de 31 CTAR dont un basé à l'Institut Pasteur de Madagascar. Le nombre de centres antirabiques est insuffisant pour le pays, étant donné sa superficie et les problèmes d'accessibilité aux centres par la population pour de multiples raisons, y compris la pauvreté.

c) Paludisme

Selon le rapport mondial de l'OMS en 2018, plusieurs pays ont connu une augmentation estimée à plus de 20% des cas de paludisme ces dernières années dont 10 pays de la région africaine, sept pays de la région des Amériques; un pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et deux pays de la région du pacifique occidental. La région OMS des Amériques, le Venezuela, a représenté 84% de l'augmentation du nombre de cas.

En effet, à Madagascar, le paludisme constitue un problème de santé publique. Il représentait la quatrième cause de morbidité au niveau des formations sanitaires de base et la quatrième cause de mortalité au niveau des centres hospitaliers.

Suite aux recrudescences notifiées en 2015, l'évolution des indicateurs du paludisme demeure irrégulière. Bien que le nombre de cas ait diminué en 2016, l'incidence et le nombre de décès restent

²¹ Données du système d'information sanitaire, MSANP

²² OMS/ Relevé Epidémiologique Hebdomadaire (REH) No 35, 2016, 91, 405–420

²³ Note N°323 portant modification du protocole de PEP contre la rage.

au-dessus des objectifs fixés dans le PSN. En effet, l'analyse de la situation du paludisme en trois années successives, de 2016 à 2018, montre une augmentation progressive de l'incidence qui est passée de 19,53%, 32,04%, 37,83%.

Toutefois, malgré cette tendance à la hausse, la répartition de la charge du paludisme est hétérogène. L'augmentation de l'incidence moyenne au niveau national se fait de façon progressive, allant de 11,63% en 2016, 20,7% en 2017 puis 40,9% en 2018. Quelques districts supportent la plus grande partie du fardeau de cette pathologie dont 63 districts. En 2018, une incidence à plus de 200% était rencontrée dans 32 districts, localisés surtout dans le Sud-Ouest et la côte-Est de Madagascar. Par ailleurs 17 districts ont une incidence inférieure à 10% dont neuf sont en élimination. Ils sont surtout localisés au niveau des hautes terres centrales.

Concernant les décès dus au paludisme par rapport au décès toutes causes dans les centres hospitaliers, le nombre est passé de 7% en 2016, 10% en 2017 et 13% en 2018.

Plusieurs causes contribuent à cette augmentation dont :

1- L'amélioration du système de santé par l'augmentation du taux de fréquentation des formations sanitaires, l'augmentation du rapportage des cas de fièvre en parallèle avec les différentes épidémies qui ont fortement touché le pays, entre autre, celle de la peste en 2017 et la rougeole en 2018.

2- Le changement climatique, le changement de comportement des vecteurs, le changement du pic d'agressivité des moustiques Le comportement de la population restant à l'extérieur de maison très tard, mésusage des MID...

3- La rupture de stock en intrants à tous les niveaux due au faible rapportage des données de gestion des intrants venant des formations sanitaires entraînant un problème de quantification au niveau national, insuffisance des données des sites communautaires, la non-effectivité de la stratégie de la distribution jusqu'aux derniers kilomètres, la difficulté de la mise en œuvre du planning cyclique due à la distribution intégrée..

4- La persistance du retard de recherche de soin due à l'auto médication et le recours aux tradipraticiens.

Suite à l'analyse de la mise en œuvre de 2018 à 2019, des leçons ont été tirées, dont l'augmentation de l'engagement de l'Etat en priorisant la lutte contre le paludisme par l'augmentation progressive de sa participation financière. Il y avait aussi l'appui technique et financier des partenaires sur la mise en œuvre des activités telles que la distribution de plus de 13 000 000 des MID dans les 106 Districts, 94,31% de population dans 19 districts des hautes terres centrales sont protégées par la CAID. En 2018, il y a eu l'introduction de traitement préventif intermittent au niveau communautaire dans trois districts pilotes (Toliary 2, Mananjary et Vohipeno). La lutte contre le paludisme est coordonnée par le comité Roll Back Malaria, elle est renforcée par la collaboration multisectorielle.

Le Programme lance un défi à partir de l'année 2019-2020 afin de réduire l'incidence en commençant par un dialogue pays (multiples secteurs : Prestataires privés, sociétés civiles, APART...), la mise à jour du PSN et une nouvelle stratégie est prévue tels que le renforcement des investigations par les dépistages actifs dans les zones à risque et distribution de masse de médicaments dans les zones à transmission saisonnière. L'extension de la prise en charge du paludisme au niveau communautaire, de 6 à 13 ans dans les zones enclavées, et la prise en considération des populations spécifiques à statut particulier, comme les Mikea, les prisonniers et les miniers.

a) IST/VIH/SIDA

La prestation de service s'améliore de par la proximité de l'offre de service. Le personnel de santé est formé sur le dépistage, les ARV de première ligne sont prescrites au niveau de quelques CSB centres de traitement.

La proportion de personnes dépistées séropositives par rapport aux estimées a augmenté de 15,5 % de 2016 à 2018. Le taux de dépistage reste encore faible. Les principales causes sont la discrimination et stigmatisation de l'infection à VIH par la population générale à cause du type concentré de l'épidémie et de l'insuffisance de sensibilisation, le mouvement de personnel formé, mais également l'insuffisance de ciblage du dépistage. A tout cela s'ajoute la faiblesse du système GAS des intrants à tous les niveaux du système de santé.

Pour la transmission mère-enfant, en 2018, trois enfants sur 10, nés d'une mère séropositive au VIH sont encore infectés par le VIH (soit 34,3%). En plus, le taux de séropositivité de la syphilis chez les femmes enceintes vues en CPN1 est à 2,6% en 2017 et seulement 71% d'entre elles ont bénéficié d'une prise en charge.

De 2015 à 2018, le nombre de personnes séropositives nouvellement dépistées augmente de façon linéaire et le nombre de personnes vivant avec le VIH bénéficiant du traitement antirétroviral est passé de 67,05% à 77,7%.

Il existe des perdus de vue primaire et secondaire des PVVIH à cause de la démotivation du personnel de santé, mauvaise qualité de prestation de suivi et vulnérabilité et environnement des PVVIH.

b) Tuberculose

Le Taux de dépistage diminue car la couverture du pays en CDT et CT est encore insuffisante. Dans certains districts, les PDV, les décès, le refus de traitement restent encore élevés. Les problèmes résident dans le système de référence contre référence entre CDT et CT, Egalement, l'appareil GeneXpert servant au diagnostic est insuffisant (14 dans tout Madagascar).

Néanmoins, le taux de guérison de la tuberculose s'est amélioré, allant de 75% à 83%, de 2013 à 2014.

La recherche des cas de la tuberculose dans les populations confinées, notamment les détenus des établissements pénitentiaires, les miniers et les enfants malnutris, est effective, mais la rotation de personnel affaiblit le programme.

c) Maladies émergentes et ré émergentes

Madagascar a adopté la stratégie de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR) telle que recommandée par l'OMS en région africaine. L'existence d'une direction chargée de répondre aux défis liés aux crises sanitaires et aux crises de risques émergents, aussi bien au niveau national qu'international, permet d'assurer la réponse rapide et efficace en cas d'épidémie et catastrophe.

Les activités de la surveillance épidémiologique et la veille sanitaire, font référence à la Politique Nationale de Surveillance en santé publique, au Plan Stratégique Nationale de Surveillance en santé publique, à la Politique Nationale de Gestion des Risques et Catastrophes, à la Stratégie Nationale de Gestion de Risque et catastrophes 2016-2030, au Plan de Contingence des Epidémies Majeures et Pandémies, au guide de la SIMR au mini guide à l'usage des prestataires, et au plan de suivi-évaluation de préparation et riposte aux épidémies.

L'intégration de la surveillance épidémiologique des maladies reste encore non effective. La performance est faible avec une complétude à 71% de S1 à S37 2019 (CSB vers districts) et la promptitude est à 47%. La surveillance épidémiologique intégrée et électronique continue sa mise à l'échelle avec actuellement 59 districts couverts. La surveillance biologique est encore limitée à 11 sur 44 centres de surveillance biologique référents.

Le règlement sanitaire international (RSI), un instrument juridique ayant force obligatoire visant à garantir la sécurité sanitaire internationale astreint le pays à communiquer auprès de l'OMS les maladies ou événements identifiées pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Il permet d'optimiser les capacités organisationnelles et techniques en surveillance épidémiologique qui figure parmi ses 19 domaines techniques. Les points d'entrées (PoE) jouent un rôle très important dans la prévention de la propagation internationale des maladies épidémiques et pandémiques (entrée et sortie). Il existe déjà une bonne coordination entre la plupart des différentes entités aéroportuaires et portuaires. Actuellement, 8 sur 41 districts littoraux disposent de centre de vigilance sanitaire aux frontières (CVSF), soit une couverture d'environ 19,5%, dont les plateaux techniques nécessitent une mise à niveau des capacités afin de répondre aux normes minimales requises par le RSI. Nous pouvons citer entre autres les insuffisances constatées aux points d'entrée : l'absence de centre de vaccination international à leur niveau, les manques des ressources au niveau des PoE comme l'inexistence du centre d'isolement, le manque de personnel qualifié et de matériels techniques et logistiques adaptés, les Procédures Opératoires Standards (POS) des Maladies à potentiel épidémique ne sont pas encore validés par le Ministère de l'Intérieur et le Ministère du Transport pour les points d'entrées et points de contrôle sanitaire. Aussi, 17 points d'entrée dont neuf aéroports et huit ports, répartis dans huit régions, ont été identifiés. Ces derniers sont en cours d'évaluation pour être inscrits dans le répertoire international des points d'entrée désignés en vue d'une mise en place progressive des capacités requises.

Une évaluation externe conjointe de la mise en œuvre du RSI, effectuée en 2017, a montré une faible capacité au niveau des 19 domaines techniques du RSI, notamment la surveillance.

Le Centre National de Coordination de la surveillance de la Résistance aux Antimicrobiens (CNC-RAM) est fonctionnel. Les entités multisectorielles ont élaboré conjointement un Plan d'Action Nationale pour combattre la résistance aux antimicrobiens et dont le lancement officiel a été effectif le mois d'août 2018. Toutefois, la constitution d'une base de données unique nationale de la RAM n'est pas encore effective.

La réalisation efficace des investigations est rendue difficile par l'insuffisance de capacités opérationnelles formées, la non-disponibilité de procédures opératoires standards, l'insuffisance de ressources matérielles, et notamment la non disponibilité de fonds immédiatement mobilisable en vue d'un déploiement rapide. De même pour la riposte, il existe une insuffisance des moyens des Services des Equipes Mobiles d'Intervention (SEMI),

et il est à noter que la lourdeur des procédures d'engagement de budget alloué à l'intervention retarde la riposte à une urgence sanitaire.

Pour le volet recherche, il a été noté l'absence de cadre juridique sur la gestion des données et texte réglementaire sur la recherche, l'insuffisance en nombre des chercheurs, ainsi que l'inexistence de structure de coordination.

Peste : En 2017, face aux épidémies de peste qui ont sévi dans plusieurs districts sanitaires, le système de santé dispose de système de résilience qui a permis la réduction de ces épidémies, à savoir l'existence de moyens de prévention telles la campagne de dératisation, les sensibilisations et la disponibilité de personnel de santé qualifié. En moyenne, durant les cinq dernières années, 400 cas suspects de peste ont été notifiés. L'envoi des prélèvements est difficile. Les malades arrivent tardivement au centre de santé du fait de l'enclavement. (Nombre de districts foyers de peste, tendance de taux de létalité peste). Le Taux de létalité Globale par la peste pendant l'épidémie de 2017 est beaucoup plus bas (12,5%) par rapport aux années en dehors d'une situation épidémique (22,9% en 2014, 30% en 2015 et 23% en 2016). (*Source: Annuaire statistiques du secteur Santé*) La peste reste toujours endémique à Madagascar et la saison favorable à la transmission de la maladie s'étale généralement entre août et avril. Elle affecte principalement les hautes terres centrales du pays situées à plus de 700 mètres d'altitude. Entre 200 et 400 cas de peste par an sont habituellement notifiés par le Ministère de la Santé Publique, essentiellement de forme bubonique.

Toutefois, en 2017 le pays a fait face à une épidémie de peste qui a affecté aussi bien les zones endémiques que les zones non endémiques, y compris les grands centres urbains comme Antananarivo et Toamasina. Du 1er août au 27 novembre 2017, 2414 cas de peste ont été notifiés dans 58 districts sur les 114. La flambée épidémique de peste de 2017 a ainsi été particulière du fait de son ampleur, de son caractère urbain affectant les grandes villes du pays et de la prédominance de la forme pulmonaire. Cette épidémie a mis en exergue les faibles capacités de la préparation et de la riposte à une urgence sanitaire et les faibles capacités de résilience de son système de santé dans sa globalité.

Il est important de rappeler qu'au décours de l'épidémie de peste et conformément au cadre de suivi et d'évaluation du RSI, une revue après action (RAA) a été organisée pour analyser la réponse à cette épidémie afin de tirer des leçons et dégager des activités prioritaires dans le but d'améliorer la préparation et la réponse vis-à-vis des prochaines éventualités d'urgences sanitaires. Vingt-trois activités prioritaires ont été identifiées pour la phase de vigilance et celle de préparation nécessitant l'implication de toutes les parties prenantes dans le domaine de la coordination, surveillance et laboratoire, prise en charge et prévention contrôle de l'infection, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire, la lutte anti-réservoir et anti vectorielle.

Rage : Le nombre des cas d'exposition à la rage ne cesse d'augmenter ces dernières années avec un accroissement parallèle de cas de rage humaine clinique et biologique. Au cours du deuxième trimestre 2018, le système de surveillance sentinelle MADSUR a permis de détecter 13 cas de rage animale sur l'ensemble du territoire, dont 9 cas probables et 4 cas confirmés. Au cours de trois premiers trimestres de l'année 2018, huit cas de rage humaine ont été rapportés dont un cas confirmé biologiquement.

La seule prévention chez l'homme exposé est la vaccination antirabique avec administration d'immunoglobuline spécifique pour les morsures de troisième degré. Selon les recommandations de l'OMS, le Ministère de la santé a adopté l'utilisation de vaccin antirabique d'un coût élevé au dépens des vaccins vivants atténués « souriceau ». Cette situation a amené le pays à réduire le nombre des centres antirabiques (un CTAR par district auparavant contre 1 à 2 CTAR par région actuellement). Madagascar dispose actuellement de 31 CTAR dont un basé à l'Institut Pasteur de Madagascar. Le nombre de centre antirabique est insuffisant pour le pays, étant donné sa superficie et les problèmes d'accessibilité des centres par la population pour de multiples raisons, y compris la pauvreté.

Grippe : Le virus grippal circule pendant toute l'année à Madagascar avec des pics épidémiques saisonniers. Le pays a connu une épidémie de grippe H1N1 en 2009 suite à laquelle, et conformément au cadre de préparation à une pandémie de grippe du réseau mondial de la surveillance de la grippe, un dispositif de surveillance sentinelle a été mis en place dans le cadre d'un projet financé par l'OMS-CDC Atlanta. Ce dispositif est actuellement transféré au Ministère de la Santé et mis en œuvre au niveau de 11 formations sanitaires seulement pour le volet biologique pour la surveillance de la circulation des virus grippaux et éventuellement l'éclosion de nouvelles souches potentiellement dangereuses.

d) Maladies évitables par la vaccination

Madagascar met en œuvre la surveillance au cas par cas de trois (3) maladies à travers la SIMR: les PFA, la rougeole /rubéole et le Tétanos néonatal (TNN). La surveillance sentinelle des PBM/Hib et des diarrhées à rotavirus est mise en œuvre au niveau du CHU-MET à Antananarivo.

❖ Les PFA

En 2019, 607 cas ont été notifiés parmi lesquels 556 ont été prélevés avec des résultats disponibles au labo. Aucun cas n'a été confirmé positif, ni compatible. Concernant les cas de PFA suivis, deux indicateurs majeurs sont annuellement appréciés : le taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans et le pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles sont de bonne qualité et ont été collectés dans les 14 jours après le début de la paralysie.

Tableau V : Evolution des indicateurs de surveillance des PFA de 2015 à 2019

Indicateurs	Normes	Années				
		2015	2016	2017	2018	2019
Taux de PFA non polio	$\geq 4/100000$	4,5	7,1	6,5	5,3	5,0
Proportion de selles adéquates	$\geq 80\%$	63	85	93	94	92

Source DPEV

Les deux indicateurs majeurs de la surveillance polio (taux de PFA non polio et % de selles adéquates) au cours des cinq dernières années sont supérieurs aux normes nationales. Il faut noter cependant qu'une tendance à la baisse est amorcée depuis 2017. Il en est de même pour le pourcentage des régions sanitaires ayant atteint les deux indicateurs majeurs de surveillance PFA qui est en baisse depuis 2018.

D'autres actions ont contribué au renforcement de l'immunité des enfants de moins de 5 ans contre la polio, notamment la conduite des AVS (Activités de vaccination supplémentaires) dans 55 districts du pays en 2019, une campagne qui a enregistré des résultats satisfaisants. Les résultats de l'AVS polio (FAV15) ont montré que 98% et 96% des enfants ont été vaccinés respectivement selon les données administratives et celles de l'enquête par les MI.

Madagascar a été déclaré pays libre de la poliomyélite en juin 2018. Malgré ce résultat très prometteur, plusieurs facteurs peuvent concourir à l'émergence et/ou à l'importation de poliovirus ou de PVDVc. Il s'agit entre autres des difficultés de mise en œuvre de la vaccination de routine (insécurité, insuffisance du personnel, insuffisance de financement et de la logistique roulante pour la stratégie avancée) et de la faiblesse de la surveillance des PFA dans certaines régions (non atteinte des 2 indicateurs majeurs). Les flambées de PVDVc qui sont en train de survenir en Afrique interpellent Madagascar sur la nécessité d'élaborer un Plan de préparation et de réponse à un événement ou épidémie de poliovirus.

❖ La rougeole et la rubéole

Madagascar n'avait pas connu de flambée de rougeole depuis les flambées de 2003 et 2004, durant lesquelles respectivement 62 233 et 35 558 cas avaient été signalés. Le nombre de cas avait ensuite fortement diminué grâce à la tenue régulière de campagnes de vaccination de suivi selon une périodicité triennale, jusqu'à la flambée de 2018-2019.

Des cas de rougeole confirmés continuent d'être notifiés dans certains districts du pays de 2008 à 2017, sans toutefois prendre une allure épidémique (Figure ci-dessous).

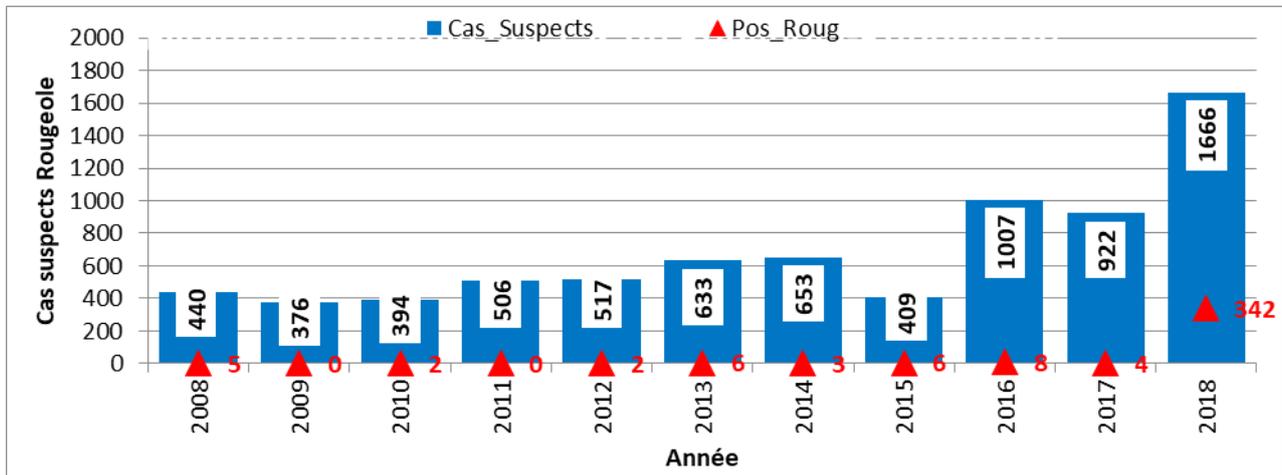


Figure: Distribution annuelle des cas IgM+ de rougeole au cours des 10 dernières années (2008-2018)

Toutefois, bien que l'incidence de la rougeole a nettement diminué de 2004 à 2016, les faibles couvertures vaccinales ainsi que les faibles performances de la surveillance dans plusieurs districts ont conduit une épidémie spectaculaire.

Entre le 3 septembre 2018 et le 29 décembre 2019, 244 650 cas confirmés par le laboratoire ou par le lien épidémiologique dont 1080 décès (Létalité à 4%). Tous les 114 districts ont été affectés

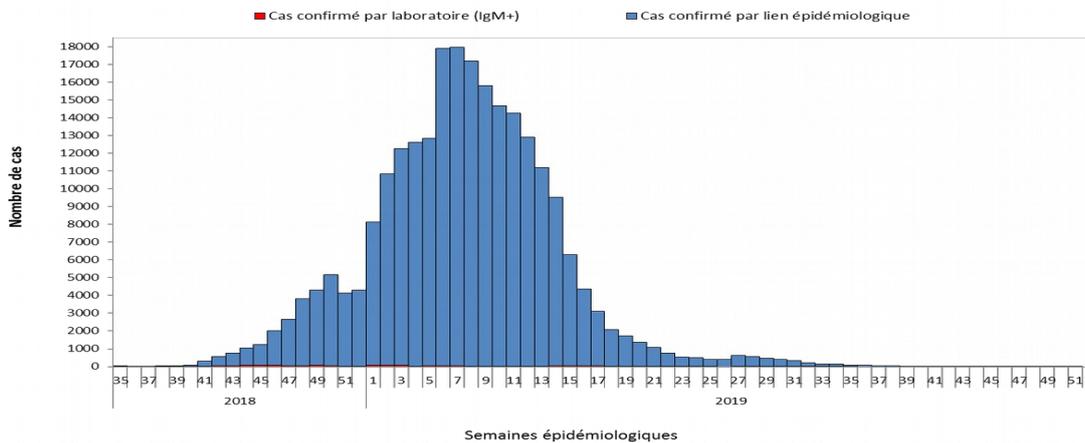
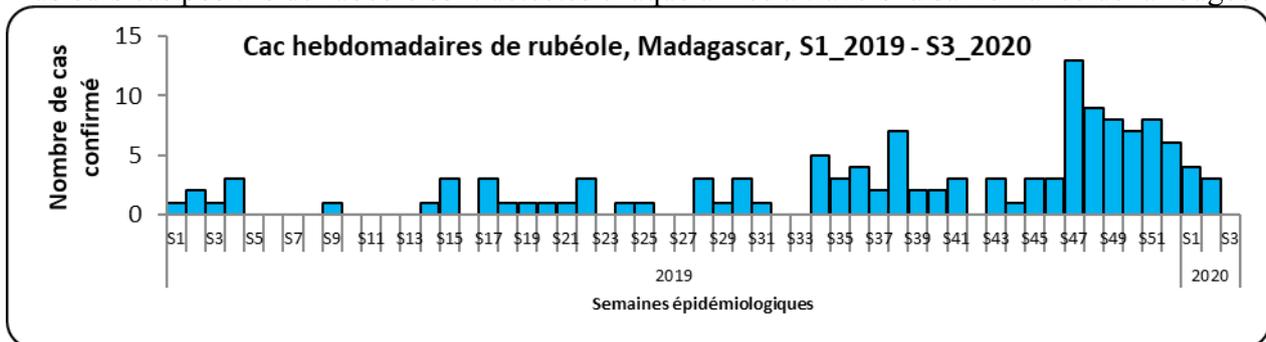


Fig: Cas hebdomadaires de rougeole, de S35_2018 à S52_2019, Madagascar

Plusieurs cas positifs de rubéole sont détectés chaque année à travers la surveillance de la rougeole.



Des stratégies devraient être définies pour combattre la rubéole.

❖ **Le TNN**

Le pays a été certifié avoir éliminé le tétanos néonatal en 2014 (<1 pour 1000 naissances vivantes). La vaccination de routine des femmes enceintes assure la protection des enfants à la naissance contre le tétanos. Toutefois à partir de 2015, l'incidence ne cesse d'augmenter pour atteindre 0,041 en 2019 avec 43 cas de TNN qui sont notifiés et investigués par 21 districts, dont 23% des mères ont un statut vaccinal à jour. Vingt-quatre décès ont été enregistrés soit une létalité de 56%. Des activités de riposte vaccinale ont été menées pour 28 cas sur les 43 (65%).

Tableau N° : Évolution des indicateurs de performance de la surveillance du Tétanos

Indicateurs	Normes	Années				
		2015	2016	2017	2018	2019
Incidence TNN pour 1000 naissances	-	0,001	0,005	0,017	0,032	0,041
Proportion des TNN investigués avec riposte	100%	100%	71%	67%	77%	77%

Source : DPEV

❖ Les maladies évitables par les nouveaux vaccins

La surveillance des maladies évitables par les nouveaux vaccins (méningites bactériennes en milieu pédiatrique, les infections à rotavirus, les infections à pneumocoque) est réalisée au niveau des sites sentinelles du CHUMET Tsaralalana.

Le nombre de cas positifs à rotavirus pendant la période post vaccinale a diminué de 17% entre 2015 et 2018 grâce à l'introduction du vaccin. On constate que les saisons de diarrhée à rotavirus se situent entre avril et juin et autour d'octobre et novembre de chaque année.

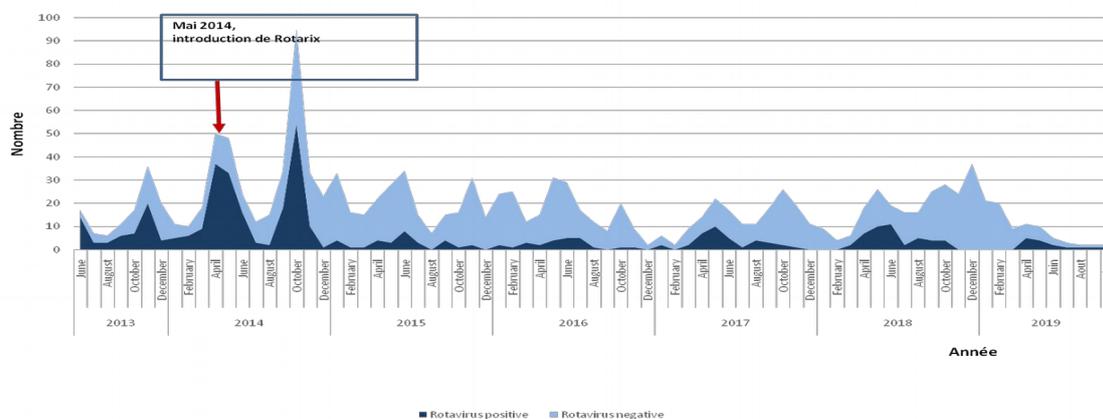


Figure ... : Evolution des cas positifs à Rotavirus détectés au laboratoire CHUMET de 2013 – 2019

Pour les méningites à pneumocoques, on a observé une augmentation des cas de méningites bactériennes entre 2017 et 2018 qui sont passés de 5 cas à 18 cas.

Un cas de Haemophilus influenzae de type B a été détecté en 2018.

La surveillance des méningites à pneumocoque en milieu pédiatrique (site sentinelle, CHUMET) est très prometteuse. Deux études sur « l'effectivité du vaccin contre les infections à rotavirus » et sur « l'impact économique du vaccin contre le rotavirus » sont en cours de réalisation. Les résultats de ces deux études seront disponibles au courant de l'année 2020.

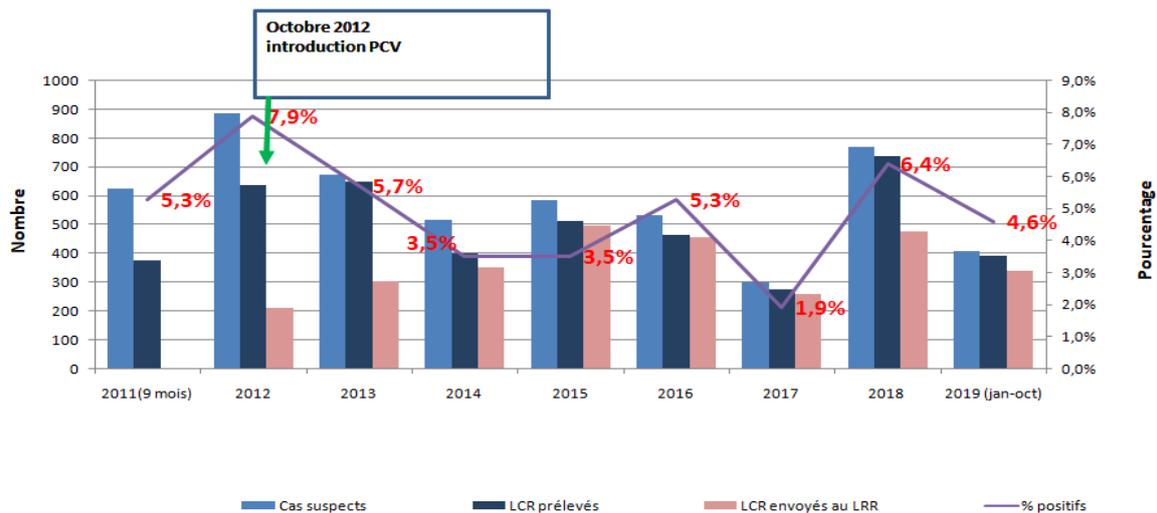


Figure ... : Evolution des cas de méningite selon les bactéries responsables du mois d'avril 2011 au mois de mai 2019 (CHUMET)

Les dénominateurs communs de l'augmentation du nombre de cas ou de l'incidence des MEV sont la faiblesse des couvertures vaccinales et la faible qualité de la surveillance.

Les interventions à mettre en œuvre pour y répondre efficacement sont consignées dans la feuille de route de la vaccination de routine et de la surveillance des MEV.

9. Maladies non transmissibles

A Madagascar, les Maladies Non Transmissibles (MNT) constituent un véritable problème de santé publique compte tenu de leur prévalence et/ou incidence élevée et de leurs conséquences socio-économiques très importantes. Elles regroupent d'abord celles qui ont des facteurs de risque communs, à savoir, les maladies cérébro-cardiovasculaires (prévalence de l'HTA à 35,8%), l'accident vasculaire cérébral (première cause de mortalité hospitalière), le diabète (prévalence à 4%), les maladies respiratoires chroniques et les cancers, entre autres les cancers gynécologiques (50% des cancers vus en milieu hospitalier) dont les cancers du col utérin, ainsi que le cancer du sein. Dans certains districts sanitaires, le taux de mortalité par AVC en milieu hospitalier est de 13,8%. De même, on note une faible utilisation de la dentisterie (0,20%) dans les districts d'Arivonimamo, de Soavinandriana et de Miarinarivo. Viennent ensuite les autres MNT prioritaires, avec les troubles neurologiques et mentaux (1/4 de la population malgache souffrent de difficulté psychologique, OMS en 2008), les affections bucco-dentaires et la drépanocytose (prévalence globale de 9% avec 18,5% dans les régions à forte endémicité). Enfin viennent la violence et les traumatismes, y compris les accidents de circulation et de travail, les incapacités physiques et motrices ainsi que les déficiences oculaires et auditives (Plan Stratégique Nationale 2018-2022).

Le fléau grandissant des MNT est alimenté par des phénomènes, tels que la mondialisation des modes de vie défavorables à la santé, au vieillissement des populations, et à l'urbanisation rapide non planifiée. Madagascar accuse la mortalité la plus élevée sur les accidents de circulation, avec 21,3 décès pour 100 000 personnes contre 18,03 pour la même population au niveau mondial (Banque mondiale 2019). La violence (toute forme confondue) concerne tous les groupes de personnes et gagne de l'ampleur car de 7810 cas en 2015, le chiffre est doublé en 2018 avec 13 210 cas au niveau des formations sanitaires de base. (Annuaire des statistiques)

Tout au long du cycle de la vie, toute personne est vulnérable aux facteurs de risque communs des MNT, qu'il s'agisse de la mauvaise alimentation, de la sédentarité, de l'exposition à la fumée du tabac ou des effets de l'usage nocif de l'alcool. Chaque individu qu'il soit travailleur ou non, qu'il soit scolarisé ou non, pourrait être ainsi affecté par les MNT qu'on associe souvent aux groupes plus âgés. Néanmoins, dans le monde, les faits montrent que 15 millions des décès attribués aux maladies non transmissibles surviennent entre 30 et 69 ans et on estime que plus de 85% de ces décès « prématurés » sont enregistrés dans des pays à faible revenu (OMS 2018) comme Madagascar. Le risque de décéder entre 30 et 70 ans de l'une de quatre principales MNT est de l'ordre de 23%, la population âgée de 30 à 70 ans étant 28% de la population totale (OMS 2014).

Malgré que la détection, le dépistage et le traitement précoces des MNT, ainsi que leurs soins palliatifs, soient les éléments essentiels et universels de la riposte contre ces maladies, ces procédés sont largement insuffisants à cause de la faible couverture des interventions au niveau décentralisé ne permettant pas au système de santé de répondre efficacement aux MNT. En effet, une infime partie des formations sanitaires de quelques districts seulement offrent les services en MNT (diabète, HTA) à cause de l'insuffisance de ressources notamment les équipements médicaux pour faire le dépistage et du problème de compétence pour la prise en charge de ces maladies.

Les centres spécialisés sont vétustes, insuffisants en nombre et sont presque implantés dans les 6 ex-provinces, et 44 centres de dentisterie sont non fonctionnels. Les lieux de travail promouvant la santé sont insuffisants, voire inexistant, pour la lutte contre les maladies non transmissibles. La promotion de la santé de la mère et de l'enfant, le vieillissement actif et la sensibilisation pour pallier les obstacles socioculturels n'est pas effective. La santé et la sécurité des travailleurs ne sont pas prises en considération dans les lieux de travail. Les infrastructures sont non conformes aux normes de la santé au travail (inexistence de salle de gymnastique pour l'exercice physique, salle de restauration et local pour l'allaitement maternel). De ce fait, elles sollicitent d'augmenter le budget alloué pour la mise en norme de ses infrastructures pour un lieu de travail prônant la promotion de la santé.

De 2016 à 2018, l'incidence de TIAC et ICAM sont respectivement de 1,54/100 000 habitants, 1,80/100 000 habitants, 1,06/100 000 habitants. Mais en 2019, elle s'est élevée à 2,30/100 000 habitants. Une recrudescence de l'incidence des TIAC et ICAM est remarquée à Madagascar. Il est observé encore une insuffisance de l'accès de la population aux denrées alimentaires saines et sûres, une faiblesse du système national de contrôle de la sécurité sanitaire et de la qualité des denrées alimentaires, ainsi que l'absence d'optimisation des interventions multisectorielles intégrées et harmonisées en faveur de la sécurité sanitaire des aliments.

10. Autres programmes

a) Pharmacovigilance

Le système d'assurance qualité des médicaments fournis à la population est basé sur l'enregistrement, l'inspection, le contrôle des importations, le contrôle de la qualité et la pharmacovigilance. En termes de prestation des services, force est de constater une disponibilité d'un plateau technique de base en contrôle de qualité des médicaments, des outils de notification tels que fiche de notification avec franchise postale, mail, facebook et des outils de formation sur YouTube (Pharmacovigilance Madagascar). Toutefois, il a été enregistré une insuffisance de médicaments enregistrés. Nous avons 2400 références enregistrées par rapport à 4000 références disponibles dans les autres pays. Cette sous notification est due à l'insuffisance de sensibilisation des professionnels de santé et du public sur la pharmacovigilance, la non obtention à temps réel de la déclaration et la rétro-information (transmission par voie postale). Une notification en ligne a été instaurée mais ceci n'est pas opérationnel par absence d'informaticien. Il existe entre autre un problème de communication entre les différents acteurs du secteur pharmaceutiques.

Comme problèmes, il a été observé une faible visibilité de la qualité des médicaments sur marché, le laboratoire de contrôle de qualité est limité à l'unité physico-chimie depuis plus de 15 ans (contrôle microbiologie, contrôle des dispositifs médicaux et produits de diagnostic non-initiés), une faiblesse des activités d'inspections pharmaceutiques, une sous notification des effets indésirables médicamenteux, des médicaments suspects de qualité, des Manifestations Post Vaccinales MAPI et le système d'information /rétro-information en matière de pharmacovigilance n'est pas suffisamment performant.

Ces différents problèmes sont dus au manque d'échanges avec les différents acteurs impliqués dans la gestion des médicaments au niveau national, à l'insuffisance de la surveillance de la qualité des médicaments en post-marketing, au manque de pharmaciens inspecteurs et d'autres scientifiques dans le domaine du médicament (médecins pharmacologues, pharmaciens, chimistes spécialisés au contrôle de qualité des médicaments ...), à la faible performance de la stratégie de surveillance de la sécurité d'utilisation des médicaments, et la non-intégration des activités de vigilance sanitaire avec d'autres outils de surveillance en santé comme les tablettes et les RMA.

b) Transfusion sanguine

Les 63 Centres de Transfusion Sanguine (CTS) sur 70 utilisent toujours du sang total des donneurs. Actuellement le plasma riche en plaquettes n'est disponible qu'au niveau des CRTS ; les concentrés plaquettaire, leucocytaire et des cellules souches ne sont pas disponibles ainsi que les produits sanguins stables (albumine, facteur de coagulation, gammaglobuline). Les CTS au niveau périphérique sont dépourvus de

matériel pour séparer le sang (séparateur de plasma, presse manuelle et réfrigérateur) c'est ainsi qu'on utilise le sang total qui est contre indiqué partiellement et l'utilisation du culot globulaire diminue les risques immunologiques de la transfusion du sang total. Le manque de plateaux techniques répondant aux normes est la principale cause de ces problèmes (séparateur de plasma, presse manuelle, réfrigérateur).

Par ailleurs, les centres de transfusion sanguine ont besoin d'environ 58 000 poches annuellement avec le même nombre de réactifs (Chaque poche est testée pour cinq infections transmissibles), alors que les produits livrés sont largement insuffisants (370 Tests de groupe reçus sur 58 000 demandes).

c) Tabagisme

A Madagascar, 491 milliards d'Ariary sont perdues chaque année à cause du tabagisme. D'après l'enquête Global Youth Tobacco Survey (GYTS) réalisée en 2018 chez les jeunes de 13 à 15 ans, la prévalence des fumeurs actuels des produits du tabac est de 11,3%. En 2004, Madagascar s'est engagé dans la lutte antitabac en ratifiant la Convention Cadre de la Lutte Antitabac suivi de celle du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac en 2017. De cela découle de nombreux textes réglementaires relatifs à la lutte antitabac. D'autres documents de références ont été élaborés, comme la Politique Nationale de Lutte Antitabac, le Plan Stratégique Nationale pour la lutte antitabac, la déclaration de non intérêt avec les industries du tabac, afin de cadrer les activités.

Pour faciliter la mise en œuvre de cette convention, un comité intersectoriel de lutte antitabac a été mis en place et est fonctionnel au niveau national et régional. Pour pérenniser cette lutte, des taxes spéciales sur le tabac, sur les boissons alcooliques et les jeux du hasard sont allouées au profit de la direction concernée auprès du MSANP.

Les problèmes de la lutte antitabac concerne les activités de communication et de mobilisation sociale autour de la lutte antitabac, qui sont mal coordonnées et insuffisantes. En outre, pour la prise en charge des fumeurs, Madagascar n'a pas de programme spécifique pour le sevrage tabagique. Les agents de santé à différents niveaux ne sont pas formés sur la lutte antitabac en général. L'industrie du tabac n'est pas responsabilisée sur les dommages causés à autrui et il n'existe pas de compensation pour les torts causés. De plus, il n'existe pas encore de banque de données sur la lutte antitabac à Madagascar.

Pour la lutte contre l'usage nocif des boissons alcooliques, Madagascar dispose de textes réglementaires relatifs à l'alcool à Madagascar. Des services de prise en charge des alcooliques existent au niveau de certaines associations et ONG. Les acquis résident sur le fait qu'il existe un comité intersectoriel et une ébauche de politique nationale de lutte contre l'usage nocif de l'alcool. Pourtant, il est à noter que les connaissances des effets de l'usage nocif de l'alcool au niveau de la population sont insuffisantes et les activités de communication sont limitées.

Le renforcement des capacités des agents de santé pour la prise en charge de l'alcoolisme est encore limité à Madagascar, notamment dans les formations sanitaires publiques. Il n'existe pas de technologie appropriée pour le contrôle qualité des boissons alcoolisées de fabrication locale. Il en est, de même pour le système de traçabilité des mêmes types de boissons alcoolisées. La collecte de données spécifiques liées à l'usage nocif de l'alcool à Madagascar est insuffisante, voire nulle. La lutte contre l'usage nocif de l'alcool n'est pas encore une priorité nationale. Les médicaments et intrants ainsi que les infrastructures pour la prise en charge des alcooliques sont coûteux alors que le financement est limité.

d) Aides Médicales_Urgences sanitaires_Gestion des risques de catastrophes (GRC) dont les épidémies

Le Centre de Réception et de Régulation des Appels du CAMUM devrait assurer la régulation médicale avec le numéro d'appel gratuit 115 et mettre ainsi à la disposition de la population malagasy une prise en charge pré hospitalière appropriée et un système d'évacuation sanitaire (intérieur et extérieur) dans les normes requises. Le CAMUM doit assurer la formation des personnels de santé pratiquant les activités liées aux urgences médicales à Madagascar alors que les modules, manuels et curricula de formation sont encore en phase d'élaboration. Les moyens mis à la disposition du CAMUM qui est un établissement nouvellement constitué ne lui permettent pas encore de fonctionner correctement.

Madagascar est en proie à la succession d'épidémies d'une assez grande ampleur et de forte gravité depuis 2014 avec les flambées de cVDPV, l'épidémie de peste pulmonaire urbaine et l'épidémie de rougeole. Le scénario habituellement constaté dans la gestion des épidémies à Madagascar est tel que l'épidémie évolue souvent en atteignant un ou des pics assez importants avant de décroître avec la mise en route des différentes interventions de riposte et avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Ces situations mettaient en exergue les faiblesses des capacités de préparation, de riposte et de résilience du système de santé en général face aux situations d'urgence sanitaires. Un plan de contingence aux pandémies et épidémies majeures est toutefois

disponible et des plans de préparation et de riposte sont dans certains cas élaborés, mais la mise en œuvre constitue toujours des défis énormes, faute de priorisation et de ressources.

De surcroît, de par son profil climatique et sa localisation géographique, le pays est confronté régulièrement à des catastrophes naturelles de tout genre (cyclones et inondations annuellement, sécheresse dans le sud ...) ainsi que des crises sociopolitiques récurrentes, lesquelles ont toutes à plus ou moins court terme un impact sur la santé publique. Pour gérer ces catastrophes à impacts socio-économiques et humanitaires multiples, Madagascar a adopté l'approche de responsabilité sectorielle depuis 2004, dans le cadre du Cercle de réflexion des intervenants aux catastrophes (CRIC), sous l'animation du Bureau National de Gestion des Risques et de Catastrophes (BNGRC).

Le Ministère de la Santé, à travers le Service des Urgences et de Riposte aux Epidémies et aux Catastrophes (SURECa) et avec l'appui de l'OMS, a la charge au sein du CRIC de diriger le groupe sectoriel santé qui regroupe toutes les entités intervenantes dans la réponse sanitaire aux catastrophes. Au niveau régional (DRSP), les services mobiles d'intervention (SEMI) représentent les structures opérationnelles du SURECa au niveau de chacune des 22 Régions du pays, pour appuyer les districts débordés par une catastrophe (dont les épidémies) d'une certaine envergure, elles sont théoriquement dotées de moyens logistiques (véhicules, outils de télécommunication ...) leur permettant d'intervenir en toute urgence dans les zones touchées.

Des exercices de simulation aux cyclones et inondations sont organisés annuellement, impliquant le secteur santé. Le plan national de contingence aux cyclones et inondations, incluant le secteur santé, est mis à jour à la suite de ces exercices de simulation.

Néanmoins, les évaluations de base du secteur santé, à travers la réalisation des cartographies des risques et des vulnérabilités, de l'index de sécurité des hôpitaux et l'évaluation et la cartographie des ressources pour la réponse sanitaire aux urgences, n'ont pas pu être complétées jusqu'ici. Le pays manque de compétence technique pour réaliser ces évaluations. De même, les activités de réponse sanitaire ne sont pas encore systématisées et organisées à travers des procédures opérationnelles standards (SOPs).

Des capacités en gestion d'urgence sont actuellement en cours d'être mises en place dont entre autres en termes de détection, la mise à l'échelle graduelle de la surveillance épidémiologique intégrée à base électronique qui couvre actuellement 63 districts sur les 114. Par rapport à la riposte, des positionnements de médicaments sont habituellement faits, une formation de formateurs d'Equipe d'Intervention Rapide (EIR) a été tenue à Madagascar du 28 octobre au 1er novembre 2019. Cette capacité est appelée à être dupliquée au niveau régional en vue d'un déploiement immédiat pour toute situation d'urgence sanitaire d'envergure. Une des principales lacunes qui devrait être adressée est la non-disponibilité de fonds d'urgence pour la riposte rapide aux situations d'urgence sanitaire. Un appui émanant des bailleurs est dans la plupart des cas sollicité, mais dont les procédures de déblocage sont souvent complexes.

Globalement, il manque un Plan Stratégique National de Gestion des Risques et Catastrophes.

Le système n'est pas encore effectif au niveau décentralisé. Les principaux défis dans le domaine sont la production des données de base du secteur, l'élaboration, tenant compte de ces données de base, d'un plan stratégique national de gestion sanitaire des risques de catastrophes, et le renforcement des capacités nationales et subnationales à la gestion réelle des risques de catastrophe.

Un des livrables qu'on attend des pays à l'issue d'une EEC est le Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire (PANSS) qui devrait être élaboré selon une approche sectorielle afin de mieux cerner les lacunes en termes de préparation et de riposte aux épidémies, et garantir la sécurité sanitaire internationale telle que préconisée par les dispositions du RSI (2005).

e) Couverture en Santé Universelle

A Madagascar, 52,8% de la population se trouve dans une situation d'extrême pauvreté. Près de 23% des personnes malades renoncent à se faire soigner pour des motifs d'ordre financier. La couverture santé universelle veille à l'accessibilité par la population aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin. Elle s'assure aussi à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficace, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Le financement alloué au secteur santé reste insuffisant pour contribuer à l'amélioration de l'offre des soins à Madagascar (7 à 8% du budget de l'Etat alors que la déclaration d'Abuja recommande d'allouer au moins 15% du budget public à la santé). Ceci entraîne une forte participation des ménages aux dépenses de santé (40,3 % en 2010, Source CNS 2010). En outre, seulement 16 % de la population bénéficie d'une protection financière liée à leur accès aux services de santé par le biais du mécanisme d'assurance santé. C'est ainsi que Madagascar, à l'instar des pays membres de l'OMS, s'est engagé, depuis 2015, vers la Couverture Santé Universelle (CSU) en adoptant la Stratégie Nationale de la Couverture Santé Universelle de Madagascar (SNCSU), et s'est donné comme priorité la mise en place d'un mécanisme de protection financière liée à l'accès aux soins. Depuis juin 2018, le district de Vatovandri a été choisi comme district pilote de la mise en œuvre de la CSU à Madagascar,

où une antenne de la Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé (CNSS) est mise en place. Le Ministère de la Santé Publique souhaite étendre la couverture géographique de la CNSS à l'échelle nationale.

L'implication et l'engagement des parties prenantes sont faibles engendrant une insuffisance de financement pour la mise en œuvre de la SN-CSU. Il y a aussi une faible utilisation des services sociaux et de santé par la population en situation d'extrême pauvreté due à des formes de discrimination et exclusion de par leur faible pouvoir d'achat.

f) Promotion de la santé

Les cinq niveaux d'action de la promotion de la santé consistent à l'élaboration de politiques publiques en faveur de la santé, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles, et la réorientation des services de santé.

La mise en œuvre de la promotion de la santé devrait aller au-delà de la seule prestation de soins médicaux. Elle doit être intersectorielle. Toutefois, la mise en place officielle de la commission nationale des déterminants sociaux de la santé (CNDSS) est en cours.

Faute de ressources, la promotion de la santé n'est pas intégrée et est non systématique. Les EMAR et EMAD ne sont pas formés en promotion de la santé. Il est également remarqué une orientation limitée pendant la mise en œuvre de la promotion de la santé et une faible connaissance et aptitude des responsables de la promotion de la santé communautaire. Il y a un manque de cadre de suivi évaluation pour analyser et mesurer les changements de comportement au niveau des communautés. La collaboration avec les médias locaux pour la promotion de la santé est renforcée, mais il n'y a pas de plan de communication.

La promotion de la sensibilisation de masse sur l'utilisation de service s'avère nécessaire, ainsi que l'appropriation des thèmes selon le cas pour la sensibilisation, de façon continue, avec la collaboration de la communauté et les autorités locales, en considérant la pratique du lieu d'intervention.

L'utilisation de ligne verte (Ligne 910) pour la gestion des épidémies et la communication avec les usagers constitue une bonne pratique pour le pays et mérite d'être capitalisée.

g) Santé environnement

La majorité des motifs de consultation dans les formations sanitaires sont des maladies liées à l'environnement, notamment les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le paludisme et la malnutrition. D'autres pathologies comme la bilharziose, la filariose et la cysticercose sont également incriminées. A Madagascar, Actuellement, la moitié des formations sanitaires ne disposent pas de source d'eau améliorée (Figure2), environ 60% ont de latrines hygiéniques (Figure3), 17% des formations publiques ont été équipées en infrastructures d'élimination des déchets, de 2004 à 2018 (Figure 4).

, les taux d'accès en eau potable et en assainissement sont encore faibles, soit respectivement de 44,9 et de 39,8% (Source: MICS 2018).. C'est la raison pour laquelle, les maladies liées à l'environnement persistent (peste, diarrhées, etc.)

Les principaux problèmes à la fourniture de services sont liés à la faible application des normes disponibles (à insuffisance des équipements de surveillance et de contrôle de la qualité de l'environnement, insuffisance des ressources humaines et financières pour la normalisation et la gestion des infrastructures en EAH et en gestion des déchets médicaux dans les formations sanitaires).

B. Au niveau des Hôpitaux

L'année 2017 a accusé un taux de décès intra hospitalier, toutes causes confondues, le plus élevé avec 5,9% alors qu'en 2012, il était à 1,83%. Pour le taux d'occupation moyenne des lits, s'il était en moyenne de 35% de 2008 à 2010, il est presque doublé pour 2016 et 2017, la moyenne étant de 66%.

Quelques centres hospitaliers ont récemment bénéficié d'un investissement pour leurs mises aux normes (ex-HopitalyManara-Penitra) leur permettant d'offrir des services de qualité répondant aux missions qui leur sont confiées.

L'accessibilité aux hôpitaux est difficile pour certaines communes pendant la saison de pluie.

A Madagascar, le taux d'accroissement démographique annuel est de 3,01% (MICS 2018). Or, la capacité d'accueil des centres hospitaliers reste limitée. A titre d'illustration, dans la ville d'Antananarivo, région d'Analamanga, les prestations de service de soins sont largement insuffisantes, car l'Hôpital (quel hôpital ?) était conçu pour 1400 000 habitants alors qu'on est actuellement face à une explosion démographique dans cette ville (7 000000 habitants). En ce qui concerne les Centres Hospitaliers Universitaires ou CHU, leur capacité de prise en charge des cas référés selon le PCA améliorée est acceptable, car les cas référés y sont

correctement pris en charge. La prestation de service est en général avancée, car le nombre total des usagers est de 12 034 (Source ??), le taux de mortalité intrahospitalière est de 9,50% (Source ??). Cette situation s'explique par la présence d'agents de santé qualifiés d'une part, et par la promotion de la santé orientée vers les stratégies qui concourent à la stimulation de la demande d'autre part. Il convient de signaler que le taux de mortalité néonatale est élevé ; (indicateurs ??+source ?).

Pour les services de dentisterie et le laboratoire en particulier, leur fréquentation est très basse (indicateurs ??+source ?). Bref, le contexte socio-économique actuel ne permet pas aux centres hospitaliers de mieux lancer ses activités de développement. Le plateau technique est insuffisant et de mauvaise qualité. En effet, les matériels et instruments sont vétustes et insuffisants et les infrastructures nécessitent des réhabilitations.

Parmi les causes profondes, il y a les problèmes en ressources humaines : l'insuffisance d'effectif et la surcharge de travail (chirurgiens, agents d'appui, paramédicaux généralistes, personnel médical spécialiste), la faiblesse de capacité technique par insuffisance de formation et remise à niveau (maintenance et réparation de Générateur de dialyse, matériels techniques, équipement et instrument de soins).

De plus, certains agents persèverent dans des pratiques de corruption et de concussion. Malgré le bon accueil remarqué au niveau de certains Centres Hospitaliers, certains patients se plaignent du mauvais accueil et de traitement au cas où ils ne donnent pas une contrepartie du service fait. En outre, l'insuffisance de capacité d'accueil est souvent rapportée. La pratique du clientélisme entretient des conflits d'intérêts dans les services entravant l'humanisme dans l'exercice de la profession. Selon les résultats d'une récente étude conduite par Transparency International, différentes formes de corruption sont pratiquées au niveau des hôpitaux : la surfacturation des médicaments, l'imposition de prestataires payants ou plus onéreux aux usagers, le surenchérissement de l'accès et de la qualité des soins, les erreurs et les négligences médicales, et la contrainte exercée sur les usagers pour qu'ils fassent appel à leurs réseaux de connaissances pour accéder aux soins.

Certains personnels manifestent de la réticence aux changements et sont difficiles à conscientiser. Les formations du personnel en humanisation des soins sont en cours, mais l'application est insuffisante et pas encore à l'échelle.

Entre autres, les demandes se concentrent sur l'utilisation des radiographies numériques et le service pédiatrique. Parfois, la plupart des usagers n'arrivent qu'à des stades graves et tardifs, il y a aussi le retard de prise en charge dans le service, ce qui explique le taux de mortalité assez élevé au niveau hospitalier (cf. indicateur+source+année).

Certains services spécialisés sont peu fréquentés (Gynécologie, PF, ophtalmologie, SME, pédiatrie, ORL, cardiologie) à cause du coût élevé des consultations et des examens paracliniques qui sont parfois non disponibles.

Le fonds d'urgence des hôpitaux n'est pas suffisant pour prendre en charge tous les cas urgents (accidents de circulation, sinistre, épidémie).

Les offres des services des banques de sang des hôpitaux sont limitées par rapport aux demandes du fait de la démotivation et de la rareté des donateurs bénévoles, ainsi que l'insuffisance d'approvisionnement en poches de sang et réactifs.

En outre, la gamme des médicaments pour les CHRD est insuffisante. Certains services n'arrivent pas à couvrir les demandes des prescripteurs, en conséquence, certaines gammes de médicaments n'existent pas sur place.

Pour l'accueil, il n'y a pas de plan de masse et salle d'attente.

En ce qui concerne l'organisation des services de consultation, tout est bien planifié : l'attente est structurée, la consultation externe est basée sur le rendez-vous contrairement aux offres de soins spécialisés comme la gynéco-obstétrique, la chirurgie générale, l'ORL, la médecine spécialisée, les urgences et réanimation, le Centre d'Appareillage de Madagascar (CHUAM) qui sont limités. Le problème réside sur le délai d'attente en intervention chirurgicale et consultation spécialisée qui est long, et l'insuffisance des panneaux indicateurs et de service de renseignement si bien que les usagers ont des difficultés à se repérer et à trouver le service voulu dans les hôpitaux.

Par ailleurs, en matière d'eau, assainissement et hygiène, le manque d'approvisionnement en eau et l'insalubrité des centres hospitaliers persistent. Le système d'évacuation des eaux usées est en mauvais état de fonctionnement.

On constate un accroissement du nombre des évacuations sanitaires ou l'EVASAN dans le domaine de traumatologie nécessitant des prises en charge chirurgicales, des urgences ophtalmologiques, des insuffisances cardiaques et AVC. Le système d'EVASAN reste non structuré et coûteux pour les malades et les familles.

La situation actuelle montre que beaucoup de sorties sont contre avis médical, causé par l'insuffisance d'éducation des usagers, la méconnaissance des risques et des problèmes financiers. Le nombre de décès néonatal et les infections associées aux soins existent encore. (à chiffrer).

Toutefois, la défaillance de l'organisation générale et de la qualité des prestations de service subsistent au sein de l'hôpital. Les membres du personnel ne connaissent pas le règlement interne, leurs attributions et la relation soignant-soigné est insuffisante.

Le système de référence et contre référence n'est pas fonctionnel engendrant une proportion très élevée des autoréférences.

Pour les services de Pédiatrie, il y a une absence de salle de divertissement et de jeux pour le développement de la petite enfance.

L'humanisation des soins : est encore non conforme, les matériels ne sont pas adéquats.. L'application du 5S est en cours d'appropriation au niveau des hôpitaux (nb hôpitaux ayant été encadré pour le 5S)

VOLET COMMUNAUTAIRE

Actuellement, le Ministère de la Santé Publique dispose des documents de référence en matière de santé communautaire à savoir :

- Politique Nationale de la Santé Communautaire, réactualisée et vulgarisée en Juillet 2017 ;
- Plan Stratégique National de Renforcement de la Santé Communautaire 2019 à 2030 validé en Août 2019, en attente de vulgarisation ;
- Documents de renforcement de capacité des ACs :
 - Guide des Paquets d'Activités Communautaires réactualisé en 2018 en attente de vulgarisation,
 - Curricula sur la Santé Mobile Communautaire (CommCare), PCIMEc mise à jour sur la Possibilité d'Infection Bactérienne Grave (PIBG) en 2019, Peste et veille sanitaire communautaire en 2018, surveillance épidémiologique en 2019, dialogue communautaire (DialCom), communication pour le développement(C4D), TPIc (Traitement Préventif Intermittent au niveau communautaire) dans les zones d'observation(Mananjary, Tuléar II, Vohipeno), Santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ) pour la formation des agents communautaires qui n'interviennent pas dans le domaine de la santé,
 - Interventions communautaires intégrées : PCIMEc avec PIBG, PF, Santé et Nutrition, SMN communautaire (utilisation du Misoprostol pour la prévention de l'hémorragie du post partum et du chlorhexidine pour la prévention de l'infection ombilicale), la définition de cas de maladies évitables par la vaccination,
 - Pour la promotion de la santé, des supports imprimables destinés à l'usage communautaire sont disponibles.

Pour les dispositions législatives et réglementaires en santé communautaire, l'arrêté interministériel 8014/2009 sur le Comité de Santé (CoSan) est mis en vigueur.

Les AC sont liés par une lettre individuelle d'engagement au CoSan et à son CSB de rattachement sur la base d'un texte réglementaire légiférant leur statut au sein du CoSan. Ils sont alignés suivant leurs termes de référence. (Source : PSNRSC)

Les COSAN, organes opérationnels contribuent à la mise en œuvre de la PNSC dont 75% fonctionnels (source : SSC/DSSB, Rapport T3 2019). Des structures de coordination des interventions en santé communautaires ont été décrites telles que le Comité Communal de Développement Sanitaire (CCDS) dont 20 % fonctionnels, les Comités de Coordination des Activités Communautaires au niveau des Régions (CCACR) et au niveau des Districts (CCACD). Toutefois, elles ne disposent pas de cadre législatif régissant leur création et leur organisation décrivant leurs rôles (Source : PNSC).

Par ailleurs, les relations institutionnelles et fonctionnelles des structures de coordination des interventions en santé communautaires avec les structures légalement existantes comme la Structure Locale de Concertation (SLC) restent ambiguës. (Source PSNRSC)

Les Acteurs Communautaires participent aux activités de sensibilisation, de promotion et à l'utilisation des offres de services de proximité afin d'atteindre toutes les cibles.

Les Agents Communautaires fournissent divers services, parmi lesquels les domaines prioritaires de la santé dont la santé maternelle et infantile, la planification familiale et la santé reproductive, la nutrition, l'eau-assainissement-hygiène (EAH).

Pour répondre au taux élevé de mortalité infantile, en 2006, le gouvernement a introduit la stratégie de prise en charge intégrée des enfants au niveau communautaire (PCIME-C). A cet effet, une approche axée sur l'équité a été menée pour améliorer l'accès aux services de diagnostic et de traitement de la diarrhée, du paludisme et de la pneumonie. (Source : Analyse de la Santé Communautaire et Projections du coût du Paquet de Services Communautaires à Madagascar MSH Rapport Final – Septembre 2017). Par ailleurs, en matière de Prise Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) communautaire, les objectifs fixés concernant la mise en place des sites communautaires au niveau de 17485 Fokontany ont été atteints à 100% en 2012-2013. Par contre, seuls 34% ont été opérationnels jusqu'en 2017 (Source: Rapports de projet Mahefa, Mikolo, Pivot, CRS). Suite à l'appui du Fonds Mondial NMF1 dans le cadre du RSS, 60% (Source SSE) des sites communautaires **sont** opérationnels après le renforcement des capacités des AC en PCIMEc en 2018.

Un faible engagement et participation de la communauté à la promotion de la SRMNI-N, y compris la gestion des urgences ont été constatés.

Pour réduire la mortalité maternelle et améliorer l'accès aux contraceptifs au niveau communautaire, l'éducation des communautés sur les services de santé reproductive, l'assurance de la disponibilité des services de planification familiale et la référence des femmes avec complications obstétricales au CSB incombent la responsabilité des COSAN, des AC, des accoucheuses traditionnelles, et des leaders d'opinion.

Les AC contribuent à la prévention et la prise en charge du paludisme à travers la distribution de MID, l'aspersion intra domiciliaire et l'acquisition des intrants antipaludiques.

Les dépistages par Test Rapide d'Orientation de Diagnostic (TROD) du VIH chez les femmes enceintes ont été introduits au niveau communautaire mais restent encore limités au niveau de la population clé. La sensibilisation de la population est limitée, ce qui occasionne les rumeurs, la forte discrimination et la stigmatisation des PVVIH dans la société.

Les AC sensibilisent la communauté et participent à la surveillance épidémiologique au niveau communautaire. Les AC dans les districts de Vatovandri et Toamasina II sont formés en veille sanitaire et communautaire électronique en 2019, incluant la référence contre-référence entre AC et CSB.

En matière de vaccination, il a été constaté une faible implication des acteurs communautaires dans la recherche des femmes et enfants perdus de vue ou non vaccinés, et à la recherche des cas de maladies évitables par la vaccination (seulement 9% de cas PFA notifiés sont effectués par les AC). (Source DPEV)

Le nombre et la proportion d'enfants non vaccinés restent élevés : 10% en 2017 soit 83 396 contre 9% en 2018 soit 75 187. La couverture en vaccin antitétanique pour les femmes enceintes est insatisfaisante (VAT 2 et plus : 63% en 2017 et 53% en 2018, VAR : 76% en 2018) (Source : Téléconférence octobre 2019 - DPEV, OMS).

, Les acteurs communautaires formés négligent les Maladies Non Transmissibles en faveur des autres programmes pourvoyeurs de PTF. En effet, les activités communautaires en matière de MNT sont insuffisantes voire inexistantes. Par conséquent, entretenues par l'ignorance de la population d'une part et une croyance erronée vis-à-vis des MNT d'autre part, ces maladies ne cessent de prendre une large envergure au niveau communautaire. Il en est de même pour les incapacités sous toutes leurs formes, les traumatismes entre autres les accidents de circulation et la violence y compris la violence basée sur le genre. De ce fait, la contribution des départements de communication (DPS, Min Com, Dir Com) constitue une solution efficace pour pallier cette méconnaissance de la population.

Les constats/problèmes se présentent selon les sept axes stratégiques tels que définis dans la Politique Nationale de Santé Communautaire et détaillés dans le PSNRSC :

1-Intégration de la santé communautaire au système de santé

Les autorités ne s'impliquent pas activement en matière de santé communautaire.

Notons que les ressources financières pour la mise en œuvre de la PNSC demeurent insuffisantes et dépendent en grande partie des PTF. Le budget de l'Etat ne dispose pas de rubrique pour les activités communautaires. Les intrants des AC ne sont pas totalement intégrés dans le circuit d'approvisionnement des CSB. L'approche formalisant le continuum des prestations de soins et le lien de référence-contre-référence entre les agents communautaires (AC) et le centre de santé de base (CSB) n'est pas toujours établie ni clarifiée. La distribution actuelle et la couverture géographiques en services des AC ne tiennent compte ni de la superficie ni du nombre de population à servir. La substitution fréquente, l'abandon, le changement de localité des AC freinent l'évolution de la compétence.

Les rapports mensuels d'activités ou RMA communautaires restent inexploités au niveau de certains SDSP malgré leur disponibilité sauf dans les zones appuyées par les PTF. Les CSB ne détiennent pas d'archives des RMA communautaires à cause de l'insuffisance d'encadrement (feed back, soutien), de suivi, et faiblesse de l'organisation.

2-Optimisation des interventions communautaires en faveur de la promotion de la santé,

Les populations n'adoptent pas les comportements clés promus malgré un certain niveau de connaissance des messages. Les activités des AC sont limitées suite à la non effectivité de la mise en œuvre du guide PAC. Les APART s'impliquent peu dans les activités d'éducation sanitaire et à la promotion de la santé. De plus, l'insuffisance de collaboration étroite entre l'agent de santé et les acteurs communautaires (CCDS, COSAN, AC.....) accentue ce problème.

Les matériels et moyens financiers alloués à la réalisation des activités d'éducation sanitaire sont limités et ne permettent pas une couverture à large échelle.

3-Mise à l'échelle des interventions communautaires intégrées,

Dans les zones non appuyées par les PTF, la formation des AC reste insuffisante et ne couvre pas tous les domaines (à l'instar de la prévention des maladies non transmissibles), de même que la supervision par les CSB, ainsi que l'appui au fonctionnement des sites communautaires. .

Le statut basé sur le volontariat expose les AC et leurs familles aux risques économiques, et entraîne des contraintes sur leur disponibilité pour toutes les activités de façon permanente.

4-Coordination de la mise en œuvre des interventions,

Une concentration d'appui et d'activité persiste dans certaines zones, alors que d'autres sont peu ou pas appuyées par les PTF. Une absence de coordination dès la planification des interventions en est une des causes: l'élaboration des PTA ne tient pas compte des besoins à la base alors qu'il est recommandé d'établir un PTA ascendant.

Les efforts de cartographie des interventions s'avèrent un exercice très important qui nécessite plus d'implication, et d'actualisation systématique afin de refléter la vraie situation et éviter des duplications dans le pays.

5-Institutionnalisation de la santé communautaire,

La situation actuelle ne permet pas de déterminer les données exactes sur le nombre des AC, le nombre des AC formés, le nombre des sites communautaires et le nombre des Communes ayant érigé des CoSan. En effet, le statut des AC n'est pas clairement défini. De ce fait, certains AC n'acquièrent ni la considération ni la confiance de la population. Par ailleurs, les textes réglementaires sur les liens entre CSB et niveau communautaire, entre attribution AC et CoSan ne sont pas encore élaborés. La mise en place des différentes structures devrait se conformer à la PNSC mise à jour, à l'arrêté interministériel sur les CoSan, et à l'arrêté ministériel N°2015-957 du Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation paru dans le Journal Officiel du 06 août 2015 relatif à la mise en place de la Structure Locale de Concertation (SLC) au niveau des CTD.

6-Harmonisation de l'approche communautaire,

Les approches communautaires diffèrent d'un intervenant à l'autre et d'un programme à un autre. Elles ne sont ni harmonisées ni standardisées (mode de recrutement, modalités de formation, de supervision, et de suivi-évaluation des activités, système de motivation des AC, etc).

Ce manque d'harmonisation et de standardisation des motivations des AC restent toujours et encore un problème majeur dans la mise en œuvre de la Santé Communautaire.

Pour l'accès aux soins de la population au niveau communautaire, l'opérationnalisation de la Mutuelle de Santé est limitée par l'adhésion et la cotisation périodique des membres.

Sur la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle, seulement 0.08% de démunis sont affiliés à la CNSS (Source : CNSS/Vatomandry). Les problèmes résident sur la motivation des membres de COGE sur la gestion du PhaGeCom.

7-Renforcement de la recherche en santé communautaire,

La recherche en santé communautaire est encore peu développée, car elle est seulement réalisée jusqu'ici par les ONG œuvrant dans le domaine. Il n'existe pas de plateforme de partage et de capitalisation des résultats de recherche. Par ailleurs, aucun système d'évaluation des AC n'existe au niveau national et les outils d'exploitation des données communautaires demeurent aussi insuffisants.

RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines au niveau du Ministère de la Santé Publique (MSANP) sont un des piliers du système de santé pour la réalisation des grands défis dans la PGE, le PEM et la démarche de Couverture Santé Universelle.

1. Effectifs

Les ressources humaines qualifiées jouent un rôle important dans l'offre de soins et de services, le bon déroulement de la machine administrative du MSANP.

En général, Madagascar compte 1 Médecin pour 13018 habitants alors que la norme préconisée par l'OMS recommande au moins 1 médecin pour 10000 habitants. Le ratio pour paramédicaux est de 1 Infirmier pour 9497 habitants et d'1 Sage-femme pour 10200 habitants (MINSAN, DRH, SORH octobre 2018), alors que les normes exigent 1 infirmier généraliste pour 3000 habitants et 1 Sage-femme pour 5000 habitants. Notons que l'OMS considère actuellement les normes en termes de « densité d'agents de santé » et recommande au moins 23 agents, médecins et paramédicaux, pour 10000 habitants.

Actuellement, le MSANP compte 16421 agents toutes catégories confondues, fonctionnaires et contractuels des Projets, répartis comme suit : 23% de personnel médical, 41% de paramédicaux et 36% de agents administratifs et personnel d'appui.

En plus des documents cadres, dont le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), les normes en Ressources Humaines sont disponibles pour les centres hospitaliers, les CSB et les SDSP ainsi que les Etablissements de formation.

Le PNDRHS recommande la déconcentration de la gestion des ressources humaines, qui se traduit en réalité par l'institutionnalisation et la responsabilisation des commissions en gestion des ressources humaines à tous les niveaux (national, régional et district), avec des procédures bien précises notamment en matière de mutation des agents.

La Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences (GPEEC) est indispensable pour améliorer le management des ressources humaines en santé à tous les niveaux. Pour ce faire, la DRH développe actuellement les outils relatifs à la GPEEC, à savoir les référentiels emplois, la mise à jour des manuels de procédures ainsi que le l'informatisation de la GRH à travers notamment le Logiciel Application Unique de Gestion Uniforme des Ressources humaines de l'Etat (AUGURE).

Cependant, les problèmes suivants sont constatés :

Insuffisance en quantité des RH :

51% des CSB sont tenus par des agents seuls au poste, 50,3% des CSB2 ne disposent pas de médecins généralistes. Concernant les CHRR, l'effectif moyen est de 60 agents toutes catégories

confondues alors que les normes sont fixées à 156 agents, et pour les CHRD avec bloc opératoire, l'effectif moyen est de 26 agents contre 84 exigés par les normes. S'agissant des CHRD de niveau 1, l'effectif moyen est de 8 agents, alors qu'à terme ils seront tous transformés en CHRD dotés de blocs opératoires avec les effectifs requis. Au niveau de certains SDSP, il arrive que le Médecin Inspecteur est le seul médecin qui y travaille. Cette situation entraîne des surcharges de travail, de l'épuisement et des démotivations. De plus, on constate un vieillissement du personnel du MSANP, avec une moyenne d'âge de 50 ans toutes catégories confondues.

Les causes sont l'insuffisance de postes budgétaires limitant le nombre d'agents recrutés (540 postes budgétaires accordés en 2018 alors que le nombre d'agents retraités était de 610), et le nombre d'agents recrutés a diminué depuis 2016. 1000 postes budgétaires ont été accordés pour l'année 2019 mais ce nombre est insuffisant car les effectifs des paramédicaux diplômés des IFIRP non encore recrutés représentent à eux seuls 870 agents.

Recrutement au niveau du MSANP depuis 2016.

Catégorie de fonction	2016	2017	2018	2019	Total par catégorie
MEDECINS SPECIALISTES	84	99	3	0	186
MEDECINS GENERALISTES	157	216	41	1	415
DENTISTES	13	25	1	0	39
PARAMEDICAUX	482	341	483	48	1 354
ADMINISTRATIFS ET PERSONNELS D'APPUI	286	191	58	10	545
<i>Total par année</i>	1 022	872	586	59	2 539

Les recrutements réalisés en 2019, au nombre de 59 agents, ont été effectués avec les postes budgétaires accordés en 2018, mais le décalage est dû aux lourdeurs des procédures de recrutements. Les 1000 postes budgétaires octroyés au titre de l'année 2019 n'ont été accordés officiellement que le 18 décembre 2019.

Contribution des PTF en matière de recrutement (nombre d'agents de santé recrutés dans la Fonction Publique à la fin des périodes de contractualisation)

PTF / Projets	Médecins généralistes	Paramédicaux généralistes	Total par PTF / Projet	Période d'intégration
GAVI	24	298	322	2011 - 2016
PASSOBA	84	455	539	2014 - 2016
PAUSENS	2	4	6	2017
UNFPA	4	35	39	2017 - 2018
PIVOT	7	29	36	2018 - 2019
	121	821	942	

Afin d'assurer la fonctionnalité des CSB, les responsables périphériques ont recours au service des agents de santé bénévoles. Ils évitent ainsi les fermetures de CSB, causées entre autres par les départs en retraite, les affectations des agents pour diverses raisons (rapprochement conjugal, maladie, promotion...). Ces situations sont toutefois anormales car il devrait y avoir des agents fonctionnaires ou contractuels de Projets. Toutefois, le recrutement local de ces bénévoles est à prioriser afin d'assurer la continuité de leur service, garantir la fidélisation car il est difficile d'affecter du personnel surtout pour les zones éloignées et enclavées.

Notons que les agents communautaires représentent un nombre très important de personnels travaillant dans le cadre de la santé et dont le statut est basé sur le volontariat. Ils ne relèvent pas de la Direction des Ressources Humaines, leur cas est abordé dans le Volet communautaire du présent document.

Insuffisance en qualité des RH :

Outre les Facultés de Médecine et les IFIRP, le MSANP peut recourir aux Etablissements de formation (INFA, INSPC, ENAM...) pour la production de personnel spécialisé. Cependant, on constate fréquemment une inadéquation entre les profils de poste et les compétences des agents qui les occupent, une insuffisance d'agents de santé spécialistes au niveau des formations sanitaires et des bureaux de coordination. Les normes exigent au moins 6 médecins spécialistes au niveau des CHRD avec blocs opératoires, mais en réalité il y en a un tout au plus (le chirurgien, titulaire de diplôme universitaire et non un interne qualifiant).

Par ailleurs, les transferts de compétences ne sont pas effectifs suite aux affectations des agents formés. Il arrive enfin que les compétences ne sont pas valorisées, d'une part par manque de professionnalisme des agents, d'autres part par la non responsabilisation des agents formés ou compétents.

Les causes identifiées sont l'insuffisance de compétence, la non effectivité des remises à niveau des agents, le cumul de fonctions, le niveau de agents diplômés par les établissements d'enseignement et de formation, l'insuffisance de production de personnel spécialiste, les recrutements ne répondant pas aux besoins, l'affectation des agents formés/spécialisés.

Répartition inéquitable des RH :

Il est constaté une concentration du personnel en milieu urbain au détriment des zones éloignées et enclavées (situation globale : privé et public). Plus de 34% du personnel du MSANP travaille dans la Région Analamanga. Au niveau périphérique, le personnel est concentré dans les chefs-lieux de Région ou de District. Pour les hôpitaux, les spécialistes sont majoritairement affectés au niveau des CHU et on note une inégale répartition entre les différents services.

Causes : les rapprochements de ménage, les affectations pour raison de santé, les interventions politiques, parfois les mutations ne tiennent pas compte des avis des supérieurs hiérarchiques, l'enclavement, les conditions de vie et de travail ainsi que les risques liés à l'insécurité, sources de démotivation des agents qui entraînent leurs départs.

2. Gestion de carrière

Le PNDRHS stipule la nécessité de mettre en place un mécanisme de Plan de carrière, qui n'est pas encore formalisé.

Sur le plan de la gestion administrative, les procédures sont claires et informatisées mais elles ne sont pas maîtrisées ni par les responsables locaux des RH, ni par les agents concernés eux-mêmes. Les démarches apparaissent compliquées pour les intéressés qui ne sont pas suffisamment informés sur l'état de la situation de leur carrière.

Il n'y a pas de mécanisme d'évaluation de compétences du personnel. Aucun poste n'est attribué à la plupart des agents à responsabilité qui ont été abrogés. Pour le personnel restant en place trop longtemps à un même poste, leur « zone de confort », ils tombent dans la routine au détriment de la qualité de service ou de soins.

Il y a une incohérence entre le Statut général des fonctionnaires et le Code du travail, notamment entre les rapprochements de ménage et les termes du contrat et/ou de l'engagement signé par les agents nouvellement recrutés qui sont censés rester au moins quatre ans au même poste.

Causes : Les responsables en RH n'ont pas les compétences requises, et les directives sur les procédures, déjà compliquées, peuvent changer au fil du temps selon les exigences des différentes parties prenantes, par exemple en matière de décision de retraite ou de reclassement après formation.

3. Motivation et fidélisation au poste des agents de santé :

Les salaires des agents ne sont pas motivants. De plus, leurs droits, indemnités, logements ou risques, ne sont pas satisfaisants et souvent ne sont ni considérés ni appliqués. Les primes d'éloignement allouées par l'Etat sont dérisoires et n'incitent pas les agents à rejoindre leurs postes d'affectation et ne contribuent pas à leur rétention. Les mécanismes de fidélisation des agents en zones éloignées et enclavées ne sont pas pérennisés. Ils dépendent encore des financements des PTF, avec

des bénéficiaires peu nombreux et limités dans leurs zones d'intervention. En outre, le coût très onéreux de ces mécanismes ne permet pas la mise à l'échelle par le MSANP. Certains districts ont déjà expérimenté le Financement Basé sur les Performances, dans le cadre des Projets des PTF, mais la pérennisation et la mise à l'échelle restent incertaines. D'autres approches sont expérimentées et mise à l'échelle progressivement, notamment l'accompagnement à l'installation des agents nouvellement recrutés au niveau des CSB ruraux, avec des formations préalables et des stages pratiques

On note également un manque de professionnalisme se manifestant par un non-respect des horaires de travail, la corruption et l'insubordination ~~mais également~~ entraînant des impacts négatifs sur la prestation de service ou de soins.

Causes : Il n'y a pas de conformité entre les textes règlementaires et la réalité sur le terrain. Les mécanismes de fidélisation déjà mis en œuvre n'ont pas été évalués pour voir leur efficacité et déterminer le système à mettre en place, sur financement de l'Etat avec l'appui des PTF.

4. Formation

Pour le développement de la connaissance, de l'aptitude et de la pratique, le Ministère de la Santé dispose de diverses stratégies.

La mise à jour du Plan de mise en œuvre de la Politique Nationale de Formation en matière de Santé a été effectuée, les cellules de pilotage et de mise en œuvre des formations sont institutionnalisées.

En matière de formation initiale en santé, le pays dispose de six Facultés de Médecine adoptant le système Licence Master Doctorat (LMD) à Antananarivo, Mahajanga, Antsiranana, Toamasina, Fianarantsoa et de Toliara, ainsi que d'un Institut d'Odontostomatologie Tropicale de Mahajanga. A Antananarivo, le Département de Pharmacie est actuellement fonctionnel. **(à mentionner production des Agents de santé et évolution /an pendant 5ans de 2013-2018).**

Les sortants de la Faculté de Médecine ne suffisent pas à combler les besoins en ressources humaines, surtout pour les agents de santé spécialistes. De plus, certains nouveaux diplômés, suivant les filières, ne sont pas attirés par le secteur public.

En outre, une réforme de la formation initiale des médecins est initiée afin de les encourager à la pratique médicale dans les zones éloignées et particulièrement au sein du secteur public, avec des curricula adaptés aux besoins du système, notamment en matière de gestion des CSB.

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 2018, 421²⁴ paramédicaux, toutes filières confondues, sont sortis des six IFIRP.

IFIRP	2016	2017	2018	Total par IFIRP
Antananarivo	190	159	174	523
Mahajanga	0	35	81	116
Antsiranana	0	37	59	96
Toamasina	55	62	18	135
Fianarantsoa	74	60	27	161
Toliara	13	55	62	130
Total par année	332	408	421	1161

La Direction des Instituts de Formation des Paramédicaux est chargée de coordonner les activités pédagogiques, la recherche relative à la formation initiale et continue, et la formation des paramédicaux. Elle assure l'harmonisation de l'organisation administrative, financière et des outils de

²⁴Direction des Instituts de Formation des Paramédicaux, Service de Coordination des Paramédicaux, données statistiques des six IFIRP, septembre 2019.

l'ensemble des établissements de formation des paramédicaux. La qualité de la formation initiale des paramédicaux ne répond pas aux normes. Cette situation est liée au manque de matériels didactiques et d'équipements pédagogiques, à la vétusté des infrastructures existantes des IFIRP et aussi à l'insuffisance des infrastructures d'accueil pour la formation publique des paramédicaux. Par ailleurs, le passage au système LMD, avec la première année de cursus en tronc commun au niveau des Faculté de Médecine, sans périodes de stages, entraîne une diminution des enseignements pratiques.

De ce fait, la direction est à la recherche de PTF en vue de la mise aux normes des infrastructures des IFIRP et du renforcement des compétences des enseignants, des moniteurs ainsi que des encadreurs des stages.

Au cours des dix dernières années, la création et l'ouverture des Établissements Privés de Formation des Paramédicaux (EPFP) ne cessent d'augmenter. En 2018, l'effectif est de 112 EPFP répartis dans les 22 régions dont 101 habilités²⁵ par l'Etat Malagasy, et 11 non habilités, souvent des annexes des Instituts habilités. La non habilitation est due à l'absence de coordination des Ministères concernés (autorisation d'ouverture accordée par MESUPRES, mais avis défavorable du MSANP après contrôle in situ mais impossibilité d'exiger leur fermeture) et la qualité de la formation dispensée.

En ce qui concerne la formation post universitaire, l'encadrement des apprenants de toutes les catégories (Médecins, Paramédicaux, Agents Administratifs) est la principale mission de l'INSPC. Il met à leur disposition 13 formations diplômantes ou des formations continues ou modulaires en vue de répondre aux besoins du Ministère de la Santé Publique. L'insuffisance des moyens didactiques, technologiques et de mises à jour de l'information afin de répondre aux exigences du système LMD est aussi constatée.

Des formations continues sont dispensées pour le niveau des CSB selon les programmes existants, qui entraînent souvent l'absence aux postes et même la fermeture des centres. L'identification des besoins exprimés par ces agents restent insuffisantes. Les formations ne sont pas toujours adaptées aux besoins du système.

De plus, sur le terrain, les droits à la formation des agents ne sont pas toujours respectés, certains agents cumulent les formations, surtout les chefs CSB au détriment des autres agents, d'autres ne mettent pas en œuvre les acquis ou ne les transfèrent pas à leurs collègues. Les stages et formations à l'extérieur ne sont pas accessibles à tous.

Causes : Les formations ne sont pas attribuées de façon équitable, tous les agents ne sont pas informés sur les formations existantes. Rares sont les financements consacrés pour la formations des agents administratifs. Par ailleurs, les formations sont orientées selon les besoins des Programmes et non du poste, et les besoins en formation ne sont pas bien établis. Les paramédicaux sortants des EPFP non habilités par l'Etat ne sont pas acceptés par la Fonction Publique.

Concernant les établissements hospitaliers, les formations sont rares, surtout au niveau des CHR, ne permettant pas aux agents d'assurer pleinement leur rôle de référence et la qualité de l'offre de soins. Elles sont orientées le plus souvent sur la qualité de service (5S – Kaizen, gestion des déchets, lutte anti-corruption, humanisation des soins) et la prise en charge des maladies épidémiques.

L'effectif des formateurs qualifiés reste insuffisant entraînant la surcharge de travail. De plus, leurs champs d'action sont limités.

Le développement des formations modulaires de courte durée qui est une méthodologie d'enseignement pour éviter l'absence au poste des agents de santé s'avère nécessaire et est déjà initié actuellement. Il en est de même pour les formations à distance, notamment à travers les TIC.

SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

A. Niveau central

²⁵ Statistique provenant du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique in <http://www.mesupres.gov.mg/IMG/pdf/liste-des-institutions-sup-paramed-mai-2019.pdf>

Depuis ces trois dernières années, le Ministère de la Santé publique s'est engagé dans un processus de réforme de son Système d'information Sanitaire(SIS). Afin de fournir les informations nécessaires aux décideurs et acteurs des différents niveaux du système de santé, les applications mises en place devraient être en mesure de garantir la disponibilité d'informations sanitaires fiables et à jour, d'améliorer la qualité des soins et leur accessibilité, de rendre performant les structures sanitaires, et de contribuer à l'effectivité de la mise en œuvre de la Couverture de Santé Universelle (CSU).

a) Documentation

Le niveau central est en charge de concevoir les orientations stratégiques, les textes réglementaires, guides pratiques, référentiels et normes relatifs à la mise en œuvre du SIS ainsi que la définition des indicateurs selon les besoins des programmes de santé.

Des documents stratégiques et normatifs servant de référence dans la concrétisation de cette réforme ont été élaborés : le Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire (PSRSIS) 2018-2022, la feuille de route de renforcement du SIS, les Stratégies Nationales en Cybersanté, le manuel de Normes et de Procédures du SIS, le guide de supervision formative du SIS, le plan d'assurance qualité des données et les outils y afférents et le document de normes et procédures du Système d'Information Electronique (SIE), le Plan Stratégique National de Surveillance et de la Santé Publique, le Plan de Transition des sites sentinelles de surveillance des fièvres, le Plan de Suivi et Evaluation de la préparation et Riposte aux épidémies, Curriculum de formation sur la surveillance de la maladie et riposte. Principalement, deux directions sont en charge du Système d'information, à savoir la Direction des Etudes, de la Planification et du Système d'Information (DEPSI) et la Direction de la Veille Sanitaires, de la Surveillance Epidémiologique et de Riposte (DVSSER). Un Observatoire National de la Cybersanté est opérationnel. Les documents cadres pour le développement de la recherche en santé et la gestion des connaissances sont également disponibles. On constate un manque de dissémination et d'utilisation de ces documents stratégiques et normatifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

b) Application/logiciel et Matériels informatiques

* **Application/logiciel** : Le Ministère de la Santé Publique dans le PSRSIS 2018-2022 opte pour l'intégration de tous les sous-systèmes de collecte et de gestion des données dans un système unique et œuvre pour une harmonisation de toutes les interventions en matière de SIS. La plateforme DHIS2 (District Health Information Software 2) a été adoptée comme principal outil d'entreposage des données et utilisée pour la gestion intégrée des données sanitaires. Entre décembre 2018 à février 2019, un total de 325 gestionnaires des données au niveau district et région dont 19 Médecins Inspecteurs ont été formés sur l'utilisation de DHIS2 pour la saisie et la gestion des données du RMA CSB. La mise à l'échelle de DHIS2 a démarré en janvier 2019 et a été effective en juillet 2019 avec l'intégration de 385 indicateurs des programmes de santé collectés au niveau CSB. La plateforme DHIS2 sera utilisée au niveau hospitalier et communautaire à partir de janvier 2020. Le système de surveillance épidémiologique électronique intégré à tous les niveaux, est en voie de basculement vers DHIS2. Pour l'utilisation optimale du DHIS2, on note la nécessité d'augmenter la capacité du serveur et de la bande passante et de renforcer les compétences des acteurs du niveau central pour la gestion, la maintenance et l'utilisation du DHIS2. Ainsi une assistance technique en vue du renforcement du SIS sera apportée par le Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels utilisant l'Approche Programme à Phases Multiples (PARN-APPM) de 2020-2022.

A part cette application officielle, d'autres outils de gestion des données existent: l' AUGURE (Application Unique de Gestion Uniforme des Ressources humaines de l'Etat) utilisée pour la gestion des ressources humaines, le CSEP (Cadre de Suivi et Evaluation de la Performance) pour le suivi et évaluation des activités à tous les niveaux, le CHANNEL pour la gestion des intrants de santé, le SIIG FP (Système Intégré Informatisé de Gestion des Finances Publiques) pour la gestion des finances publiques. Un web based system pour la gestion du parc informatique et électronique est en cours de développement. Un tableau de bord est disponible pour la gestion des activités de campagnes PEV et des surveillances électroniques. Les systèmes électroniques du MSANP sont déployés également au niveau du secteur privé et un groupe de soutien pour le SIS pour ce secteur a été créé.

***Matériels informatiques**

Presque tous les ans, l'Etat octroie une ligne budgétaire pour l'achat de matériels informatiques pour le niveau central uniquement. Tandis que les niveaux périphériques bénéficient de ces matériels au cours de la mise en œuvre de la plupart des différents Projets œuvrant dans le cadre du RSS ; citons, par exemple, les projets de JICA, de PASSOBA, Mahefa Miaraka, Mikolo, GAVI, Fonds Mondial, et la Banque Mondiale. Selon les résultats de l'inventaire réalisé en 2019 (source DEPSI_CSM) :

- Au niveau des 95 districts sanitaires répondants: 662 ordinateurs de bureau sont répertoriés, dont presque la moitié (48,9%) sont en bon état et le quart (26,1%) en mauvais état ; de même pour les 358 ordinateurs portables, plus de la moitié (55,8%) sont en bon état et le quart (26,8%) en mauvais état. Il y a en moyenne par district 3 ou 4 ordinateurs de bureau et 2 ordinateurs portables, qui sont largement insuffisants.
- Au niveau des 17 régions répondants : 310 ordinateurs de bureau sont inventoriés, dont plus de la moitié (57,7%) sont en bon état contre 19,7% en mauvais état; 229 ordinateurs portables dont les 75,5% en bon état. En moyenne, une région possède 10 ordinateurs de bureau que de portables.

Ces dotations permettent de faciliter la gestion des programmes et améliorent la performance en matière de partage des informations. Toutefois, la disponibilité de ces matériels informatiques n'est pas équitable à tous les niveaux, le niveau district en souffre par rapport au niveau régional et central.

c) Outils de gestion

Le niveau central assure la disponibilité des outils de gestion auprès des utilisateurs (Outil de gestion papier, outil électronique). Les besoins en outils de gestion (Registres, RMA CSB et Com., ...) sont émis soit par les structures sanitaires à travers leur plan de travail annuel respectif, soit à partir des calculs effectués par le niveau central. Ainsi, les besoins sont calculés annuellement mais il n'y a pas de plan pluriannuel disponible. En 2020, les besoins estimés sont de 139 640 outils de gestion tout registre confondus en 2020. Mais vu le budget de l'Etat y afférent qui varie de 95 559 383MGA en 2017 à 52 695 048 MGA en 2019 pour la multiplication des OG, le montant est insuffisant. Ainsi, il y a toujours des GAP de financement malgré l'appui de quelques PTF à savoir PSI, USAID/ACCESS, USAID/MAHEFA, FM, BM, ONG Pivot, engendrant des ruptures de stocks en outils de gestion au niveau périphérique. Pour la multiplication par le budget de l'Etat, à part le retard d'exécution budgétaire, les processus au niveau des imprimeries sont aussi longs, retardant encore cette disponibilité en OG.

Pour les OG par programmes, ce sont eux même qui les produisent.

Concernant l'acheminement de ces outils de gestion, le niveau central ne dispose pas de ligne budgétaire dans le Budget de l'Etat et il dépend toujours de l'appui des PTF, ou attend le passage des responsables périphériques au niveau central, ou profite des missions des services de la direction pour pouvoir les acheminer. Ce qui présente un retard d'acheminement, des ruptures de stocks ayant des répercussions sur la complétude et la promptitude des rapports. Les structures ont pris l'initiative de multiplier ces OG à leur niveau pour palier à ce problème mais la disposition de ressources financières reste toujours des contraintes ; car pour le budget de l'Etat, l'exécution budgétaire ne se fait qu'à la fin du premier trimestre et c'est insuffisant.

Les outils de gestion du SIS à tous les niveaux (Hospitalier, CSB et Communautaire) ainsi que la liste des indicateurs par niveau ont été mis à jour pour prendre en compte les nouvelles orientations des programmes du Ministère de la Santé et les besoins de chaque programme et structure sanitaire notamment les hôpitaux. Ainsi, la multiplication et la disponibilité au niveau des formations sanitaires sont prioritaires.

Au niveau des structures sanitaires, il y a aussi le problème d'archivage des OG, que ce soit pour les registres utilisés que sur les rapports, ceci faute de mobilier, de lieu sûr dans un local sûr.

d) Qualité des données et utilisation

Selon les annuaires statistiques, de 2008 à 2017, la complétude des RMA dépasse 80 % tandis que la promptitude n'a jamais atteint l'objectif pour permettre une bonne analyse des données; cependant, il y a une certaine amélioration de 2016 à 2018. Il a été observé aussi une faible cohérence, exactitude et utilisation des données du SIS. De plus, il n'existe pas de plan de supervision des activités du SIS. Le suivi des principaux indicateurs de santé sur le système DHIS2 est rendu possible au niveau des décideurs et utilisateurs des programmes centraux.

e) Coordination du SIS

Des assistances techniques accompagnent la conception et la planification des activités sur le SIS. La coordination se fait sous le leadership du Ministère de la Santé Publique et intègre les partenaires techniques et financiers qui interviennent dans ce domaine. Le groupe de soutien renforce le sous-comité SIS du MSANP.

Quant à la coordination des activités du SIS, celle-ci n'est pas effective du fait de l'absence de réunions périodiques entre les différentes entités. Cette situation est inhérente à la faible fonctionnalité des cadres de concertation.

f) Cybersanté et connexion internet

Le Niveau central intervient aussi sur la promotion et le développement de la cybersanté, qui est l'utilisation des technologies numériques dans le domaine de la santé, aussi bien médicale que santé publique. C'est un organe de suivi évaluation, d'audit interne, de contrôle et de cadrage (textes, lois, normes), sur l'utilisation des TIC à la santé. Il est également en charge d'orienter et d'appuyer toutes les directions et programmes, partenaires techniques et financiers dans la mise en place et l'exploitation des systèmes informatiques et électroniques de gestion des données auprès des programmes de santé ; ainsi qu'au développement de la télémédecine et les mobiles health . Des processus sont en cours afin de mettre en place des cadres normatifs et réglementaires pour permettre à chaque acteur d'exercer et d'assurer la pratique de la cybersanté dans un environnement légal et sécurisé. L'usage des technologies de l'information et de la communication dans le secteur santé est en plein essor actuellement. Le niveau central dispose d'une base de données des systèmes et applications utilisés par toutes les entités et produit périodiquement une cartographie.

Le taux de couverture en réseau téléphonique est de 78% tandis que le taux de couverture en 3G est de 63,1% (Source : les chiffres clés du numérique 2017, MPTDN). En collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, le Ministère de la Santé Publique a pu doter les 114 districts sanitaires en connexion internet pour la remontée des données des RMA CSB, mais pour des périodes limitées avec quelques difficultés liées aux réseaux téléphoniques. Le serveur informatique et l'hébergement des données sont gérés au niveau central. La bande passante du serveur a été augmentée avec le financement de la Banque Mondiale à travers le Projet PARN. Un effort particulier a été mis en place pour renouveler le parc informatique jusqu'au niveau district; des tablettes et Smartphones sont utilisés pour la remontée de données des programmes.

Au niveau du secteur public, près de 16% des CHUs disposent d'un système de gestion numérique des patients et des systèmes de gestion logistique fonctionnels. Concernant la télémédecine, cette filière est encore peu exploitée à Madagascar, toutefois, pour la période 2020 à 2024, plusieurs programmes sont en vue et seront mis en œuvre auprès des hôpitaux et formations sanitaires du pays. Le développement du système d'information électronique et les soins de proximité (clinique mobile) sont parmi les perspectives qui connaîtront une avancée significative pendant cette période. La gestion des patients, la gestion des pharmacies et des stocks, la production du rapport mensuel, la gestion des rendez-vous sont les principaux domaines que les formations sanitaires souhaitent numériser. Le secteur privé est particulièrement avancé dans l'utilisation de la cybersanté. Des initiatives ont été prises et un processus d'harmonisation des interventions et de collaboration dans la mise en œuvre des activités des deux secteurs a été mis en place. Toutefois, des difficultés de partage, de diffusion

des documents d'appropriation de la Cybersanté et ses stratégies auprès des directions et programmes ont été identifiées. Actuellement, une collaboration avec les opérateurs téléphoniques est en cours de négociation afin de couvrir les 22 régions et 114 districts en connexion internet selon les réseaux existants dans chaque localité, grâce à la contribution financière des différents Partenaires.

g) Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique intégrée des maladies est une activité mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national aussi bien de manière passive dans les formations sanitaires, qu'active avec l'appui des équipes managériales du district, des régions et des consultants épidémiologistes mis à la disposition du pays par les partenaires.

La transmission des données s'effectue par voie électronique et/ou par voie physique à travers les fiches hebdomadaires de surveillance. Le circuit d'information pour la surveillance épidémiologique est déjà défini.

Actuellement, 28 maladies et événements sont notifiés dans le cadre de la surveillance épidémiologique, collectées sur tablette avec l'application ODK ; l'interopérabilité des systèmes vers DHIS2 est ainsi sollicitée, dont les données sont hébergées au niveau d'un serveur du Ministère de la Santé Publique.

Par ailleurs, pour les maladies à déclaration obligatoire et les événements majeurs les notifications sont faites de façon instantanée au moyen de la surveillance électronique Intégrée (SEI) introduite à Madagascar à partir de 2016, et qui couvre les formations sanitaires publiques de 53 districts sur 114, avec l'appui technique de l'OMS et l'appui financiers de nos différents bailleurs. La diversité d'application utilisée pour la collecte de données électroniques ne facilite pas les analyses effectuées par les techniciens. Bien que ce système de surveillance soit assez sensible pour permettre la détection des flambées, il n'en demeure pas moins qu'il souffre de quelques problèmes qui méritent d'être adressés pour améliorer sa détection précoce en vue d'une réponse rapide et efficace. Il s'agit entre autres de :

- La faible exhaustivité des données liée à la faible implication des formations sanitaires privées qui ne notifient pas systématiquement tous les cas suspects de maladie et en particulier ceux du niveau régional,
- la faible promptitude et complétude dans la remontée des données liée d'une part à la surveillance électronique qui couvre un peu plus de 50% des districts du pays et d'autre part aux aléas relatifs à l'instabilité de la connectivité ou la faible couverture en réseau internet ;
- Le retard dans la détection des cas par le système de surveillance passive qui témoigne de l'état embryonnaire de la surveillance communautaire et qui nécessite l'implication des acteurs communautaires ;
- Le faible taux de réalisation des visites de sites de surveillance active liée aux contraintes logistiques et à l'inaccessibilité géographique de certaines zones et la carence en supervision
- La faible exploitation des données au niveau opérationnel pour prendre des mesures correctives ;
- La faible qualité des données disponibles pour prise de décision et réorientation des stratégies.
- des problèmes d'organisation des activités liées aux contraintes temporo-spatiales, des problèmes d'accessibilité géographique
- l'insuffisance et la faible qualité de réseaux de télécommunications dans certaines zones.

La surveillance basée sur les événements notamment la veille communautaire est encours de mise en place depuis le mois d'octobre 2019. Les agents communautaires sont dotés de postes téléphoniques afin de transmettre les signaux sur les événements inhabituels. Ce système a pu se développer avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

En ce qui concerne la surveillance biologique, l'INRSP tient à assurer l'approvisionnement en matériels, équipements et intrants nécessaires à la fonctionnalisation de la surveillance biologique effectuée par les laboratoires du réseau. Par faute de responsable qualifié et de lignes budgétaires une insuffisance de maintenance des laboratoires a été signalée. Les laboratoires du réseau doivent mettre aux normes et faire suivre les normes ISO 15.189 (accréditation). Jusqu'à présent l'INRSP ne dispose pas de matériels roulants pour assurer les travaux de surveillance et de normalisation. Les principaux problèmes sont l'absence de normes sur les infrastructures, les matériels et les équipements ainsi que leur maintenance. Les causes profondes de ces problèmes sont l'insuffisance de budget et la pénurie de biologistes.

h) Dissémination des informations

Le niveau central produit périodiquement des bulletins pour disséminer les informations sur le SIS. Il y a entre autres, le bulletin d'information sur le Système d'information Sanitaire, le Bulletin d'information sur la cybersanté, le Bulletin Mensuel de la Surveillance Épidémiologique. D'autres canaux sont également utilisés, notamment, le site web du Ministère de la santé publique, les sites web des partenaires techniques, les réseaux sociaux et le mailing list qui vont jusqu'au niveau des districts sanitaires. Un observatoire de la santé est également en cours de mise en place.

B. Niveau périphérique : Région, district, communauté

L'utilisation du système DHIS2 pour la saisie de données du RMA CSB couvre actuellement les 114 districts des 22 régions du pays. Il va remplacer le système GESIS qui est encore utilisé à titre transitoire jusqu'en décembre 2019. Le niveau communautaire et le niveau hospitalier utiliseront également le RMA sur DHIS2 et le secteur privé est en partie intégré au système national.

Le RMA électronique sur tablette sera utilisé pour la saisie et la gestion des données des RMA du niveau CSB en 2021, précédé par un projet pilote au niveau de 2 régions.

Les visites de supervision sur l'utilisation de DHIS2 réalisées entre Juillet et Septembre 2019 dans 10 régions et 53 districts ont permis de constater une bonne appropriation de la plateforme DHIS2 tant au niveau régional que district. Les gestionnaires de données ont fourni des informations très pertinentes sur le fonctionnement du système, le niveau d'utilisation des différents modules ; ainsi que sur leur appréciation du système, les difficultés rencontrées, les points forts, les points à améliorer et surtout ils ont émis des suggestions d'amélioration. Les problèmes liés au fonctionnement de DHIS2 au niveau régional et district ont été classés en quatre grandes catégories : matériels et équipements (connexion internet, ordinateurs, etc...), techniques, ressources humaines et logistiques. Il a été également constaté un besoin de renforcement de capacité des membres des EMAR-EMAD non formés sur l'utilisation de DHIS2. A ceux-ci s'ajoutent, le problème de rupture, d'acheminement et d'archivage des outils de gestion et un manque de supervision et coaching des activités du SIS. Les gestionnaires de données formés sont fréquemment réaffectés, empêchant ainsi le bon fonctionnement du système de collecte, gestion, qualité et utilisation des données.

Concernant la remontée des données du SIS, le niveau district utilise les logiciels/applications suivants : CHANNEL, DHIS2, GESIS, DVD_MT/PEV, ODK, DHIS2 Mobile, Site Web malaria et CommCare selon le programme. Il est prévu l'intégration et l'interopérabilité de ces applications avec DHIS2 afin de disposer d'un entrepôt de données unique pour le SIS. On constate une faible disponibilité de matériels informatiques et équipements appropriés pour s'assurer du bon fonctionnement du système. Concernant le niveau communautaire, le problème de saisie des données au niveau de district est lié à l'insuffisance de personnel.

En matière de surveillance épidémiologique, les agents de santé ne s'approprient pas tous de la SIMR. La performance est faible avec un taux de complétude de 71% en 2019 et une promptitude de 47%. La surveillance biologique est encore limitée à 11 centres de surveillance biologique de référence. La détection à temps des éclosions d'épidémies n'est pas réelle dans toutes les formations sanitaires. Par ailleurs, les DRSP sont confrontées à l'insuffisance de personnels qualifiés au niveau des sites existants et à la défaillance des matériels de communication. Le niveau communautaire constitue l'unité de base du système de veille/surveillance, il est constitué par un réseau d'agents

communautaires. Ce système de veille sanitaire communautaire est en cours de démarrage avec l'appui des partenaires pour le développement des outils et pour son fonctionnement. Pourtant la couverture en veille communautaire est encore très faible et la motivation et la formation des AC sont insuffisantes. Ces acteurs notifient les cas d'alerte auprès des formations sanitaires de rattachement.

En matière de suivi évaluation et de recherche, les problèmes majeurs rencontrés sont l'absence de directives et recommandations claires au niveau du district. Il a été également constaté le manque de promotion de la culture de suivi-évaluation axée sur les résultats, et de partage des bonnes pratiques au niveau des directions centrales et régionales du MSANP.

C. Niveau hospitalier

Au niveau des hôpitaux, le système d'information utilise des outils standards de collecte de données en version physique et électronique, Cependant, le système de référence et contre référence n'est pas performant. En effet, la contre référence n'est pas systématiquement documentée et suivie. Des logiciels tels que les différents types de Système de gestion des Informations Hospitaliers à l'exemple de GIPAR et de Mor@feno, CHANNEL, registres des cancers, DHIS2...sont exploités au niveau des hôpitaux. D'autres systèmes spécifiques sont utilisés dans le secteur privé (Gestion numérique de patients, gestion de rendez-vous, applications diverses...).

Malgré les efforts fournis pour doter les hôpitaux en outils de collecte des données, leur remplissage constitue encore une lacune, vu le nombre élevé des informations au niveau hospitalier. En effet, certains responsables rencontrent des problèmes de remplissage du RMA, ce qui entrave la promptitude de l'envoi des données et leur complétude. De plus, il est évoqué que le canevas du RMA et les logiciels utilisés ne sont pas conformes à la situation et la réalité des CHU. Ces problèmes ont pour conséquence le faible taux de complétude et de promptitude des donnéesalors que les matériels sont vétustes et insuffisants dans la plupart des hôpitaux. L'accès en réseau internet/intranet est également limité.

Les outils de gestion au niveau hospitalier ainsi que la liste des indicateurs ont été révisés en 2017 et une deuxième mise à jour de cette dernière a été effectuée en aout 2019. La version révisée des RMA CHR1 et CHR2 a été configurée sur DHIS2 et sera utilisée à partir de janvier 2020, tandis que les RMA CHU/CHRR/ES feront l'objet d'un système d'information hospitalier qui utilisera un logiciel interopérable avec DHIS2. De ce qui précède découle un besoin en renforcement de capacités des gestionnaires des données sur les outils révisés et l'utilisation du DHIS2.

Notons que certains hôpitaux disposent de revues et bulletins d'informations. La demande en matière de télémédecine est en hausse.

D. RECHERCHE

Les documents cadres pour le développement de la recherche en santé et gestion des connaissances existent ainsi que les cadres institutionnels dans le domaine de la recherche en santé.

L'expertise et la recherche du Ministère de la Santé concernent surtout l'étude opérationnelle en santé publique dans le domaine de la médecine moderne et traditionnelle. De même, il prévoit de développer sa capacité de recherche par l'intégration des laboratoires d'analyse sur les recherches programmées qui sera établie en vue de valider la fiabilité des résultats, y compris la recherche sur les médecines traditionnelles.

Malgré la bonne volonté du Ministère, il doit faire face à des différentes faiblesses en moyens techniques: personnels qualifiés, matériels de laboratoires, équipements divers et en moyens financiers.

La coopération et le partenariat avec les différentes entités pour le développement de la recherche en santé publique s'avèrent incontournable. Il a été noté l'absence de cadre juridique sur la gestion des données et texte réglementaire sur la recherche, l'insuffisance en nombre des chercheurs, ainsi que l'inexistence de structure de coordination.

Les CHU participent au pilier recherche afin d'améliorer leurs prestations. Il s'agit de recherche opérationnelle, notamment sur la qualité de soins, la satisfaction des usagers, et le pronostic à court

terme des nouveau-nés asphyxiés. Actuellement, les recherches s'orientent vers l'humanisation des soins. Cependant, par manque de temps et d'expérience, la recherche demeure ponctuelle en fonction des sollicitations ou besoin. De plus, les moyens alloués aux recherches hospitalières sont insuffisants. Les résultats de la recherche ne sont pas communiqués et restent inexploités.

INTRANTS, INFRASTRUCTURES, MATERIELS ET EQUIPEMENTS

I. INTRANTS

a) Au niveau central

La gestion des médicaments est confiée à la Centrale d'Achats SALAMA à travers une convention décennale renouvelable et un protocole d'accord annuel. L'approvisionnement en intrants de santé notamment les médicaments et consommables vers les formations et structures sanitaires publiques et ONG est assuré par la Direction des Pharmacies, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT). Le problème majeur est l'acheminement et l'approvisionnement des intrants de santé du niveau central jusqu'aux formations sanitaires.

En termes de gestion d'intrants des programmes, la prise en charge des IST est marquée par la rupture fréquente de stock en intrants qui s'explique par la forte dépendance aux financements extérieurs largement insuffisants. Afin de prévenir la survenue de l'épidémie, les intrants contre la peste sont prépositionnés au niveau des Services de District de la Santé Publique qui, à leur tour, approvisionnent les formations sanitaires. La disponibilité des médicaments traceurs en Santé Maternelle et Néonatale (SMN) est assez faible dans certaines Régions. Le taux de disponibilité de médicaments traceurs dans les formations sanitaires publiques est de 86,5%.

a1. Prévission des besoins²⁶ :

Pour tous les programmes en général, le processus de prévission des besoins se présente comme suit (i) La détermination des prévissions et la quantification sont effectuées par l'Unité Technique de Gestion Logistique (UTGL) au sein de chaque programme ; (ii) La validation du plan d'approvisionnement est effectuée par le Comité de Gestion Logistique (CGL).

La rupture fréquente de stock en intrants ne répondant pas aux besoins quantifiés au sein de l'UTGL par les programmes et validés par le CGL s'explique par la forte dépendance aux financements extérieurs qui de plus sont largement insuffisants, pour la Santé de la mère et de l'enfant, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles ainsi que par l'insuffisance de fonds alloués pour l'acquisition des poches à sang et réactifs de validation. Pour les maladies non transmissibles, aucun positionnement par les PTF n'est enregistré pour l'acquisition des besoins de leurs intrants quantifiés. En outre, la rubrique achat de gaz CO2 pour le traitement des lésions précancéreuses du col utérin entrant dans le cadre de prévention du cancer du col utérin qui est de 25% des cancers dans les services oncologiques se trouve nulle part dans le Programme d'Investissement Public (PIP). La distribution des intrants est également mal répartie car elle est dépendante des zones d'intervention des partenaires. Le taux de disponibilité en Médicaments Essentiels Génériques (MEG) est aux alentours de 95% de 2008 à 2011, contrairement pour 2012 à 2017 car il n'a jamais dépassé les 90%. Relatif aux urgences, il y a des difficultés d'accès vers certaines zones touchées par des catastrophes ou épidémies entraînant retard de réception des kits médicaux d'urgence et cela due aux enclavements et éloignements des sites

Pour la composante du PF : Le programme PF organise une réunion mensuelle du sous-comité logistique pour le suivi de la planification, des approvisionnements et stock des produits PF. Un comité de partenaires SR/PF composé des cadres du ministère chargé de la santé et des principaux partenaires actifs dans le domaine de la SR (UNFPA, USAID, PSI, Marie Stopes Madagascar, FISA, SALFA et SAF/FJKM) organise deux ateliers semestriels dont le premier consiste à quantifier les besoins annuels en produits contraceptifs et le deuxième pour la revue de la quantification et la mise à jour des données logistiques dans le logiciel Pipeline.

²⁶ Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction, 2009

Pour la composante de MSR: Les méthodes démographiques et les statistiques de service sont utilisées pour la prévision des besoins. Les problèmes liés à la prévision de ces besoins sont : la faible capacité en gestion des stocks et la non disponibilité des données sur la consommation réelle pour les composantes MSR. Ces données sont confondues le plus souvent avec les données du FANOME.

Pour la composante de Nutrition : Les données sur la consommation réelle en produits ne sont pas également disponibles. Les statistiques de service sont utilisées pour la prévision. La promptitude et la complétude des données statistiques qui sont la base de calcul des besoins dont ceux qui n'ont pas envoyé ses données n'ont pas incluse dans la prévision.

Pour la composante de Vaccination : la Direction du Programme Elargie de Vaccination (DPEV) assure l'approvisionnement des vaccins de qualité et consommables. Les quantifications des besoins en vaccins et autres intrants du PEV de l'ensemble du pays se font annuellement à partir des données de population cible, d'objectif de couverture et pertes ('Forecast'). Cette estimation des besoins se fait par le service de la Logistique de la DPEV avec l'appui technique de l'UNICEF. **Co financement de l'Etat avec les PTFs, A phraser** DPEV

a2) Acquisition et achat des produits :

Différents mécanismes sont utilisés pour l'acquisition des produits de santé de la reproduction selon les partenaires.

Pour la composante du PF : Différentes sources d'acquisition de produits existent :

- L'UNFPA assure les achats et l'acheminement des produits jusqu'au niveau de 114 Districts.
- L'USAID assure les achats, le stockage de ses produits jusqu'au niveau de ses Districts d'intervention ;
- L'ETAT prend part à l'acquisition des produits en octroyant une ligne budgétaire à la Direction de la Santé Familiale (DSFa) depuis 2007. La commande passe par la chefferie DSFa, puis envoyer vers la centrale d'achats SALAMA qui assure par la suite les achats, le stockage et la distribution des produits. Des TVA sont payées par l'Etat sur les acquisitions des PTF via DPLMT, DAAF ou autres directions concernées par le programme.

Pour les contraceptifs, par rapport aux problèmes de paiement de taxe des produits contraceptifs, il est proposé d'élaborer des textes sur l'exonération des taxes. Ceci nécessite préalablement un plaidoyer auprès de la Direction de la législation au niveau de la Direction générale des douanes.

Pour la composante de MSR, une ligne budgétaire de l'Etat, gérée par la DPLMT a permis d'acquérir certains produits de MSR incluant les Kits Individuels d'Accouchement (KIA) et des Kits pour Opérations Césariennes (Kit OC). D'autres partenaires tels que : l'UNFPA, MSI, UNICEF ont participé également à l'acquisition de Kits et médicaments MSR. Le problème lié à l'acquisition et achat de produits est l'existence de rupture de stock pour certains produits chez SALAMA.

Pour la composante de Nutrition, la grande partie de l'achat des intrants est assurée par l'UNICEF et la Banque Mondiale à travers de l'UCP. La contribution de l'Etat est encore faible.

Pour la composante de Vaccination : Pour l'achat des vaccins, il y a plusieurs canaux disponibles dont le canal qui passe par l'UNICEF que le MSANP a choisi. C'est pourquoi l'acquisition des vaccins se fait uniquement par la chaîne d'approvisionnement de l'UNICEF.

Pour l'achat des solutés massifs et alcool d'usage médical : L'Unité d'Approvisionnement en Solutés Massifs (UASM) assure l'approvisionnement en priorité les établissements sanitaires publics et secondairement les établissements sanitaires privés. Dans sa mission, elle exerce (i) la production des produits de qualité : alcool à usage médical et solutés Massifs par délocalisation ; (ii) la distribution et vente aux formations sanitaires suivant Décret N°2018-0447 de la 16/05/18 portant réorganisation et fonctionnement de l'UASM au sein du Ministère en charge de la Santé Publique. Par contre, cette production se fait de façon rudimentaire dans un local vétuste. Actuellement, le transport pour l'acheminement des produits vers les districts et la vétusté de la salle de production constituent les principaux problèmes de cette unité. Pour pallier à ces problèmes, l'UASM envisage d'élaborer un projet semi-industriel pour la production d'alcool.

a3) Transport et distribution

Pour la composante du PF : Les contraceptifs sont intégrés dans le circuit de distribution en Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et des consommables médicaux SALAMA quelle qu'en

soit la source. A ce titre, ils sont acheminés des magasins centraux de SALAMA jusqu'aux Pha-G-Dis qui constituent les magasins de dépôts des SDSP. Chaque District sanitaire de Madagascar est approvisionné par SALAMA selon un planning d'expédition préétabli (une livraison par trimestre pour les Districts sanitaires faciles d'accès et une par semestre pour les districts sanitaires difficiles d'accès). Faute de moyens de transport, la centrale d'achat est obligée de sous-traiter les activités de transport à des privés.. Arrivés aux Pha-G-Dis, les transports des produits sont assurés par les Points de Prestations de Services (PPS). Selon les moyens de transport existants (en taxi-brousse, en moto, à bicyclette, en pirogue ou à pied...). Au niveau des Districts, la passation de commande et la levée des produits contraceptifs se font souvent au même moment que les MEG. Au niveau communautaire, le PSI assure directement l'approvisionnement à partir de ses circuits.

Pour la composante de MSR : Les produits MSR empruntent plusieurs circuits de distribution selon la source d'acquisition. Ainsi les produits financés par le budget de l'Etat, par l'UNFPA et certains produits de l'USAID, suivent le circuit SALAMA. Par contre, les produits acquis auprès des différents partenaires techniques et financiers sont soit acheminés par ces derniers jusqu'au SDSP de destination, soit envoyés selon le circuit de SALAMA.

Les problèmes liés au transport et à la distribution concernent l'absence de financement pour le transport des produits SR du SDSP vers les PPS et parfois les prestataires assurent l'acheminement par leur propre moyen.

Pour la composante de Nutrition : L'intégration partielle de l'acheminement des intrants (Plumpy Nut) en nutrition au système SALAMA est assurée par l'UCP mais pour l'UNICEF, l'acheminement des Plumpy Nut vers les districts est effectué par lui-même.

Les problèmes de gestion des intrants sont l'existence de vente des produits de donation (ATPE), l'acheminement des intrants vers le district enclavé et vers les CSB (intrants volumineux et lourd) et capacité insuffisante magasin de stockage de pour emmagasiner les intrants FANOME, programmes surtout pour les zones enclavées et absence de fonds des intrants dans les régions non appuyées par UNICEF et région PARN. Le suivi des intrants (ATPE, laits thérapeutiques, médicaments essentiels pour les malnutris aigus sévères, vitamine A, déparasitant...) et des matériels (balances, toises, Muac, etc.) posent aussi des problèmes et il est impossible de signifier aujourd'hui combien et quels intrants / matériels sont disponibles où et si les matériels sont fonctionnels. Des mesures doivent être prises pour améliorer cette documentation. L'intégration des intrants / matériels nutrition dans le CHANNEL est très limitée voire inexistante ce qui ouvre la porte à des abus. Une analyse de la chaîne d'approvisionnement / distribution des intrants nutrition sera finalisée en 2019 pour initier l'application des recommandations en 2020. (Feedback UNICEF)

Pour les composantes de PCIME : Elles souffrent de problème d'insuffisance des lots de démarrage des intrants au niveau des sites communautaires dans les Régions non appuyées par le PARN. L'acheminement des intrants se fait en collaboration avec SALAMA. Malgré l'appui des différents partenaires en vue de la mise en œuvre des interventions, les dotations en équipements, matériels et intrants restent insuffisantes ou mal réparties par rapport aux zones d'intervention de ces partenaires. L'estimation des besoins en intrants est établie périodiquement lors des ateliers de quantification coordonnés par le comité UTGL. Toutefois, une défaillance d'organisation du système d'approvisionnement en intrants SRMNIA-Na été constatée.

Dans le cadre du projet PARN au niveau de ses zones d'intervention, certaines CSB ont bénéficié de dotation en intrants de santé qui entraîne une réduction de quantité des commandes auprès de Pha-G-Dis. Les intrants du Pha-G-dis risquent d'être périmé et les prestataires auront de problèmes de paiement de leur salaire qui est calculé en fonction du volume des ventes (7% de recettes).

En effet, la fonctionnalité des 72,00 % des réfrigérateurs disponibles est non satisfaisante et les infrastructures ne sont pas adéquates pour la conservation des vaccins de qualité. Le niveau central dispose 22 équipements de chaîne de Froid (ECF), dont 8 chambres froides (1 non fonctionnelle) et 14 congélateurs pour la congélation des accumulateurs utilisés pour le transport des vaccins. Il faut noter aussi l'existence des glaciers servant au transport des antigènes vers les districts.

Au niveau régional, il existe 38 équipements de chaîne de Froid dont 14 Chambres froides, 10 réfrigérateurs et 14 congélateurs. 04/14 chambres sont sous utilisées à cause, soit du non-paiement de la facture de la JIRAMA, soit de l'instabilité de la source d'électricité de la JIRAMA.

Au niveau district : 428 ECF dans les 114 districts dont 417 en électrique et en solaire et 11 fonctionnent en pétrole (2,60%).

Au niveau CSB : 72,00% des équipements sont fonctionnels et 28,00% sont non fonctionnels. Cette situation est causée par arrivée tardive du pétrole dans les districts, frigo à pétrole trop vétuste

En général les ECD se répartie comme suit en termes de source d'énergie :

- Solaire : 54,20%
- A pétrole : 34,40%
- Electrique : 8,26%

Tableau : Situation générale des équipements de chaîne de froid (source : Service Logistique DPEV)

NIVEAU	NBRE ECF	FL	NFL	ELECTRIQUES			PETROLE			SOLAIRE			OBSERVATIONS	
				NBR E	FL	NFL	NBR E	FL	NFL	NBR E	FL	NFL	SANS E	PANNE
CENTRAL	CF: 8	7	1											
	Congélateurs 14	14												
REGIONS	CF: 14	14												
	REFRIG : 10	10												
	Congélateurs : 14	14												
DISTRICTS	428			307			11			110				
CSB	2685/3239	2599	640	222	157	65	923	601	322	1454	1201	253	101 CSB	640
	100%				70,72 %	29,28 %		65,11 %	34,89 %		82,60 %	17,40 %	3,74%	23,70%

CF : Chambres froides

REFRIG : réfrigérateurs

FL : Fonctionnel

NFL : Non Fonctionnel

SANS E : sans équipement.

Evolution de la solarisation des équipements de chaîne de froid :

La solarisation des équipements chaîne du froid du PEV a débuté en 2013.

Les différents PTF ont contribué à l'acquisition des ECDF, suivant le tableau ci-dessous :

FINANCEMENT	ACQUISITIONS 2010-2018		ACQUISITION 2019	ACQUISITION 2020	ACQUISITION 2021	TOTAL EN 2021	OBSERVATIONS
	BSD	CSB					
ETAT	31	27	60	40	40	198	60 FRIGOS 2019 : PROCEDURE D'ACQUISITION EN COURS
OMS		100				100	
UNICEF		229	8			237	
GAVI	24	158				182	
CCEOP			496		354	850	354/640 EQUIPEMENTS PREVUS POUR L'ANNEE 2021?
BANQUE MONDIALE		296	82	82	82	542	2019: 82 FRIGOS EN COURS D'ACHEMINEMENT ET D'INSTALLATION SUR SITE
TOTAL	55	810	646	112	466	2012	
NBRE CSB DOTE FRIGO SOLAIRE		810	1454	1482	2034	2034	2685
NIVEAU DE SOLARISATION DANS LES CSB		30,16%	54,15%	55,19%	75,75%	75,75%	
		2018	2019	2020	2021		

D'ici 2021, le taux de la solarisation des équipements sera de 75,75%. L'objectif est la solarisation de les équipements en 2024.

En 2016, GAVI a approuvé le démarrage de la CCEOP première phase avec l'acquisition de 500 réfrigérateurs solaires et de 42 congélateurs électriques (acquisition 2019) Il est prévu qu'en 2020 commence l'élaboration de tous les documents de la deuxième phase de la CCEOP.

Le pays a élaboré un plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid sur la période 2018-2023. La maintenance préventive et curative des chambres froides se fait à la fois par les utilisateurs et les techniciens. Quant aux techniciens de maintenance de district ils font mensuellement le contrôle systématique du fonctionnement des équipements de froid de leurs districts respectifs. Les observations faites lors de ces contrôles seront consignées dans le registre de maintenance et un rapport sera transmis au médecin-inspecteur de district. Malheureusement, faute de moyens, la plupart des techniciens assure rarement la maintenance actuellement.

La gestion des transports connaît encore beaucoup d'insuffisance. Les outils de gestion ne sont pas disponibles toutes l'année et à tous les niveaux et le monitoring des indicateurs de gestion des transports est encore insuffisant. Toutes les insuffisances sont prévues pour être corrigées dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'amélioration GEV en cours

En matière d'infrastructure la DPEV envisage de construire un nouvel bâtiment et des magasins de stockage et au niveau central et régional en 2020 avec la collaboration des PTF et la majeure partie du financement de cette construction sera assurée par GAVI à travers le financement RSS2.

En matière de transfusion sanguine, la direction responsable assure la disponibilité et l'utilisation de produits sanguins sûrs et sécurisés dans l'ensemble du pays. L'approvisionnement en poches à sang et réactifs de validation est confié à la Centrale d'Achats SALAMA. La mise en place du planning d'approvisionnement vers les Centres de Transfusion Sanguine (CTS) constitue l'un des acquis de la direction et sa mise en œuvre, est facilitée par l'appui des équipes EMAR/EMAD. Pour la sécurisation des produits sanguins, les sept Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) disposent d'infrastructures et de plateaux techniques répondant aux normes, alors que les 63 Postes de Transfusion Sanguine (PTS) restants font partie des laboratoires CHRD2 d'implantation. Les plateaux techniques sont insuffisants tels que les « réfrigérateurs banque de sang », congélateurs de plasma et presses manuelles de poches de sang. Les matériels informatiques ne sont pas disponibles dans ces 70 CTS pour la gestion de stock par le logiciel CHANNEL. Les matériels techniques et roulants ne sont

pas entretenus pour le suivi de la mise en œuvre des activités transfusionnelles. Il est noté que les donneurs de sang doivent être rassurés car dans la plupart des grands hôpitaux, il y a des rabatteurs qui perturbent les accompagnants.

En matière de l'assurance qualité des médicaments, le système est basé sur l'enregistrement et le contrôle de la qualité des médicaments ainsi que l'inspection pharmaceutique et la pharmacovigilance. L'Agence du Médicament de Madagascar (AMM) dispose d'un nouveau bâtiment sis à Ambohimandra, fonctionnel après la mise en place de l'installation électrique. Cette agence est dotée d'un Laboratoire National de Contrôle de Qualité du Médicament (LNCQM) qui est limitée à l'unité physico-chimie depuis plus de 15 ans et la préqualification OMS n'a pas encore été obtenue jusqu'à maintenant. Les moyens matériels tels que les équipements, les matériels roulants, les logistiques et les intrants (Dissolutest, High Performance LiquidChromatography (HPLC), Spectrophotomètre, UV-visible, Spectrophotomètre Infra-Rouge, Spectromètre d'absorption atomique, Chromatographie en phase Gazeuse, réactifs, substances de référence, référentiels...) sont insuffisants. L'obtention de subvention d'investissement des PTF améliorerait positivement la situation et assurerait la préqualification du laboratoire par l'OMS.

En matière des urgences sanitaire : L'OMS, à travers son programme a pour mandat de soutenir le Pays à se préparer et à répondre aux urgences sanitaires. Dans cette optique, elle appuie l'approvisionnement en équipements, médicaments et intrants dans le cadre des pré-positionnement et pendant les urgences sanitaires telles que la peste, la rougeole, ou autres flambées épidémiques en fournissant les différents kits d'urgence au niveau national et au niveau des Régions à travers les Services des Equipes Mobiles d'Interventions (SEMI). Cet appui couvre l'acquisition, l'acheminement et le dispatching jusqu'au niveau des districts sanitaires en collaboration avec le MSANP.

b) Au niveau périphérique Hôpitaux

En matière d'approvisionnement et de gestion d'intrants de santé, les exigences des prescripteurs ne coïncident pas aux gammes proposées et disponibles chez les fournisseurs. Les gammes classées parmi les génériques proposés par la Centrale d'Achat SALAMA n'intéressent pas les prescripteurs et ne suffisent pas pour satisfaire les besoins de l'hôpital d'où la création du Comité des Médicaments des Intrants Médicaux (COMEDIM) pour la sélection des intrants complémentaires à utiliser à leur niveau. Les réactifs de démarrage pour les hôpitaux nouvellement transformés ne sont pas toujours disponibles. La faible compétence en gestion logistique des acteurs est aggravée par la non disponibilité des outils de gestion, la livraison des produits à l'approche de leur date de péremption (surtout pour les dons), les vols et les détournements de fonds, l'insuffisance fonds pour le réapprovisionnement.

Au niveau des districts

En ce qui concerne les intrants de santé, la plupart des SDSP sont confrontés à des difficultés d'approvisionnement des médicaments et consommables médicaux dues à l'absence d'organisation de l'acheminement et à l'inaccessibilité par mauvais état de la route surtout pendant la période des pluies. De plus, au niveau des Pha-G-Dis, les médicaments traceurs essentiels ne sont pas disponibles en totalité. Les gammes des médicaments livrées par SALAMA sont parfois non conformes aux besoins des prescripteurs. Entre autres, on a noté des ruptures des stocks en matière de réactifs des programmes (réactifs VIH SIDA et test syphilis, réactifs RDT pour Paludisme) au niveau des CSB. Quelques difficultés pour l'approvisionnement ont été constatées pour les produits PF. Par contre, quelques SDSP ont pu bénéficier des dotations en médicaments en vue de la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle, en KIA ainsi qu'en PF.

En matière de la gestion du système FANOME, la disponibilité en médicaments traceurs au niveau des CSB reste un problème majeur suite au blocage de fonds, aux problèmes de transport des médicaments vers CSB surtout dans les zones enclavées, au non respect du plan d'approvisionnement par certains CSB entraînant la rupture de stock. Les Chefs CSB sont déjà formés en gestion des intrants de santé et font des commandes auprès de la Pha-G-Dis mais la rupture en médicaments par niveau est souvent constatée à cause des problèmes du non-respect des rythmes de commande, de la non utilisation de la

Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) ajustée lors d'établissement de commande, ainsi que du retard de livraison des médicaments par SALAMA.

II. INFRASTRUCTURES

a) Niveau central

Les capacités des infrastructures sont limitées et non conforme aux normes. Actuellement, les infrastructures de l'IFIRP sont vétustes, et les capacités d'accueil pour la formation publique des paramédicaux restent insuffisantes.

b) Niveau périphérie

Concernant les Hôpitaux :

Les conditions requises pour la mise aux normes des hôpitaux ne sont pas remplies telles que la salle d'hospitalisation (payantes /haut de gamme), maison d'accueil, salle de divertissement, jardin, toilettes, morgue, hangar d'hébergement, cuisine, salle d'attente des malades, abri pour gardiens, logement pour le personnel, clôture, tente d'isolement ou d'autres infrastructures adéquates pour la prise en charge des cas d'épidémie. L'état du réseau électrique et l'adduction d'eau des différents bâtiments sont parfois en panne. Sur 99 CHR, 32 ne disposent pas d'unité chirurgicale. Parmi les 67 CHR déjà transformés, 10 seulement sont aux normes.

Concernant les CSB, certaines infrastructures sont construites avec des simples matériaux locaux. La majorité des bâtiments construits en dur sont vétustes et non-conformes aux normes. Pour les CSB1, 61% sont construits en dur dont 29% en mauvais état ; Pour les CSB2, 78% sont construits en dur dont 61% en mauvais état.

Les autres infrastructures comme les logements du personnel, les abris des accompagnateurs, les latrines, les douches et les incinérateurs sont en mauvais état voire inexistantes. Pour les CSB1, 52% de chefs de centre et 23% des paramédicaux (2eme agent) ont de logements ; 25% des CSB1 ont des abris des accompagnateurs ; 58% des CSB1 ont des latrines et 21% des CSB1 ont des incinérateurs. Pour les CSB2, 57% de chefs de centre et 35% des paramédicaux (2eme agent) ont de logements ; 28% des CSB2 ont des abris des accompagnateurs ; 75% des CSB2 ont des latrines et 34% des CSB2 ont des incinérateurs.

Un nombre accru des CSB ne dispose plus d'adduction d'eau potable ni d'électricité par faute d'entretien.

Pour les CSB1 : Eau : 5% en réseaux, 19% en bornes fontaines, 11% en puits protégés, 19% en puits non protégés et 25% en rivières ; Electricité : 3% en réseaux, 15% en panneaux solaires et 21% à pétrole. Pour les CSB2 : Eau : 16% en réseaux, 26% en bornes fontaines, 15% en puits protégés, 14% en puits protégés et 13% en rivières ; Electricité : 24% en réseaux, 26% en panneaux solaires, 16% à pétrole et 1% groupe électrogène. (Source : CSM 2019)

En matière d'infrastructures notamment bureaux administratifs au niveau du Service de District de la Santé Publique, la plupart des bâtiments sont vétustes, parfois exigus, certains médecins inspecteurs ne possèdent pas de logement.

Les problèmes majeurs en matière d'infrastructure sont l'insuffisance du budget alloué à la réhabilitation/construction des formations sanitaires, l'inexistence de politique de gestion de patrimoine, et la mauvaise organisation de l'entretien faute de prise en compte des coûts récurrents des amortissements des infrastructures. De plus, les terrains n'appartiennent pas toujours au Ministère de la Santé Publique, nécessitant des régulations juridiques.

Les causes profondes de ces principaux problèmes sont l'insuffisance voire l'inexistence de budget alloué à la construction, la réhabilitation, l'entretien ainsi qu'à la maintenance.

Face à ces problèmes, nous avons proposé les solutions suivantes : augmentation du budget alloué pour la mise en norme des infrastructures, réhabilitation /construction de nouvelles infrastructures.

MATERIELS ET EQUIPEMENTS

III.1. Au niveau central

La situation des matériels roulants au niveau central est la suivante : pour les véhicules, 60 sur 192 existants soit 31,25 % sont non fonctionnelles ; Pour les motos, 4 sur 17 existants soit 23,52% sont non fonctionnels (Source : Etat de lieux des matériels roulants DGR décembre 2019). A titre d'exemple à la Direction des Hôpitaux de Référence de District (DHRD) qui possède huit véhicules, parmi lesquels deux seulement sont fonctionnels et leur entretien sont onéreux. De même la Direction de la Transfusion Sanguine (DTS) envisage l'acquisition de matériel roulant afin d'assurer sa mission.

Sur 99 CHR, 16 ne disposent pas de matériels roulants adéquats. Seuls 12 CHR disposent de véhicule ambulance, entravant ainsi le système de référence contre référence.

Pour la DTS, les matériels disponibles ne sont pas entretenus et les plateaux techniques sont insuffisants tels que les « réfrigérateurs, banque de sang », congélateurs de plasma et presses manuelles de poches de sang. Les matériels informatiques ne sont pas disponibles dans ces 70 CHR pour la gestion de stock par le logiciel CHANNEL

Cette direction prévoit l'acquisition de matériels techniques et 70 ordinateurs de bureau

La fonctionnalité des différents services est tributaire des matériels et équipements techniques spécifiques qui tardent à être fournis compte tenu de leurs spécificités (Autocommutateur, ambulances médicalisées, ...)

Les dotations en équipements, matériels et intrants restent insuffisantes ou mal réparties par rapport aux zones d'intervention de ces partenaires en matière de PCIME.

L'INRSP tient à assurer l'approvisionnement en matériels, équipements et intrants nécessaires pour la surveillance biologique effectuée par les laboratoires du réseau. Il est doté d'un Laboratoire National de Contrôle de Qualité qui est un plateau technique de base en contrôle de qualité des médicaments. De plus, les matériels d'importance critique doivent être doublés selon les normes.

L'OMS appuie le fonctionnement de certains laboratoires nationaux de référence tels que le laboratoire central de peste, le laboratoire national de référence pour la grippe, la rougeole et la PFA.

III.2. Au niveau périphérie

Les matériels roulants couvrent tous les 22 DRS et 114 Districts sanitaires : concernant les véhicules, 224 sur 349 existantes soit 64,18% sont en mauvais état voire en panne. Pour les motos, 782 sur 1832 existantes soit 42,68% sont en mauvais état (Source : Etat de lieux des matériels roulants DGR Décembre 2019).

Sur 99 CHR, 16 ne disposent pas de matériels roulants adéquats. Seuls 12 CHR disposent de véhicule ambulance, entravant ainsi le système de référence contre référence.

Au niveau des CSB, on a remarqué l'absence ou l'insuffisance des matériels techniques de base ainsi que ceux qui sont destinés pour les programmes notamment le SONUB, l'insuffisance en matériels techniques pour les Formations Sanitaires Publiques est constatée ainsi que les mobiliers qui sont la plupart vétustes.

L'OMS a doté 1 451 vélos pour les AC à travers les formations sanitaires dans les districts endémiques de peste.

III.3. Au niveau des hôpitaux

Les matériels et équipements sont inexistantes ou vétustes dans certains hôpitaux.

Les matériels médicaux ne suivent pas les normes des plateaux techniques. Certains tombent souvent en panne, tels que l'ambulance, les appareils sanitaires, l'incinérateur ; les matériels informatiques, l'appareil ECG, le défibrillateur, l'appareil radiographie, le scanner, le générateur d'oxygène, l'automate d'hématologie, le numériseur de radiographie, le mammographe, ...de même pour les matériels informatiques et les mobiliers de bureau

Sur 215 CHR, 14 seulement possèdent un appareil GENEXPERT.

La cause profonde de ces problèmes est l'insuffisance voire l'inexistence des budgets alloués aux matériels et équipements ainsi qu'à leur entretien et maintenance.

Entre autres, il faut noter également une répartition irrationnelle des matériels roulants.

FINANCEMENT DE LA SANTE

Le financement de la santé figure parmi les priorités de la politique mondiale de santé. Il reste un problème de premier plan dans les pays à moyen et à faible revenu, comme Madagascar les mettant dans l'obligation de lever les barrières financières et l'iniquité dans l'offre et l'accès aux services de santé de la population. Dans ce cadre, la Déclaration d'Abuja exige 15% du budget général de l'Etat pour la santé, et pour l'OMS 10%, notamment pour atteindre l'objectif de couverture santé universelle (ODD3 cible 3.8).

Généralement, le financement de la santé à Madagascar provient principalement de trois sources : (i) le gouvernement (fonds publics), (ii) le Reste du Monde (Financement externe) (iii) Ménages et secteur privé

1. Planification et Programmation budgétaire

Au niveau du Ministère de la santé Publique, la programmation de l'année qui suit débute en mois d'Avril de l'année en cours. C'est un exercice de Plan de Travail Annuel (PTA) ascendant, intégré et participatif avec tous les partenaires et parties prenantes de chaque niveau. Les PTA budgétisés des CSB sont compilés et consolidés avec celui du Service de District de Santé Publique (SDSP) au niveau du district. Les PTA budgétisés des Districts sont compilés et consolidés avec celui de la Direction Régionale de la Santé Publique au niveau régional, qui, à son tour, envoie l'ensemble à la DEPSI pour compilation finale avec ceux des Directions centrales et des Etablissements hospitaliers : CHRDC, CHR et des CHU.

Normalement, la programmation budgétaire qui découle de cette programmation ascendante compilée devrait servir d'éléments de plaidoyer pendant la conférence budgétaire avec le MEF, qui se déroule généralement au mois de juillet de l'année en cours. Ce qui n'est pas souvent le cas du fait du retard de cette compilation (en général de 4 à 5 mois), entraînant une des raisons de la disparité entre les besoins exprimés et les allocations accordées.

LES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA SANTE A MADAGASCAR

a) Financement du gouvernement

Le Ministère en charge de la santé dispose d'un cadre de référence stratégique constitué par le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) triennal qui est aligné avec le Plan pour l'Emergence de Madagascar 2019-2023 (PEM). Malgré la mise en place de ce cadre, il est constaté que la contribution de l'Etat demeure insuffisante face aux conditions de vie précaires de la majorité de la population malgache. En 2014, 73,5 % de la population vivait sous le seuil national de pauvreté contre 70% en 1993 (source: IEM, 2019).

Le montant du budget nominal total alloué au MSANP entre 2015 et 2019 a connu une hausse de 333 050 247 000 Ariary à 570 505 797 000 Ariary, soit un taux d'augmentation de 58%. Malgré cela, le budget de l'Etat alloué à la santé stagne aux environs de 8 %.

Pourtant, la part réelle du budget général de l'Etat allouée au MSANP demeure insuffisante pour assurer des prestations de services de santé de qualité à tous les niveaux. En 2013, la part du secteur santé dans les dépenses totales du gouvernement a été de 9,8% (source : Revues des Dépenses Publiques relatives aux secteurs sociaux, BM, UNICEF, 2015), puis, elle a diminué à 7,13% en 2015, 6,66% en 2016, 5,29% en 2017, jusqu'à 4,98% en 2018 (sources: LFI 2015, 2016, 2017, 2018, 2019), suivi d'un léger redressement à 6,65 % en 2019 (source : rapport CCOC fév 2019). Cette proportion reste largement en dessous des engagements pris par Madagascar dans la Déclaration d'Abuja (15%) et sur les recommandations de l'OMS (10%) pour atteindre la CSU.

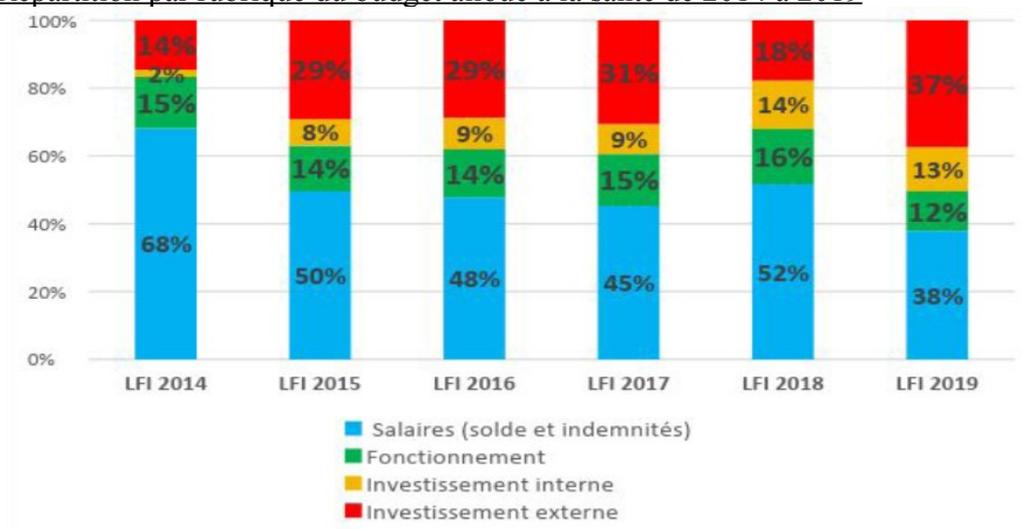
De même, une déconnexion entre l'enveloppe budgétaire demandée et l'allocation effective octroyée par le MEF persiste malgré la programmation ascendante appliquée à tous les niveaux par les structures du système de santé.

Le principe est d'assurer l'effectivité d'un budget de programme, mais dans la pratique, le décalage entre le cycle de la planification et de la programmation budgétaire ne permet pas de respecter ce principe.

Le budget de l'Etat est réparti comme suit :salaires (soldes et indemnités), fonctionnements,investissements(internes et externes).

La part des salaires dans les dépenses publiques totales du secteur santé est de 85% en 2013 (source : Revues des Dépenses Publiques relatives aux secteurs sociaux, BM, UNICEF, 2015). Cette affirmation est confortée par une analyse illustrée ci-dessous, réalisée par le CCOC en 2019.

Figure 1 : Répartition par rubrique du budget alloué à la santé de 2014 à 2019

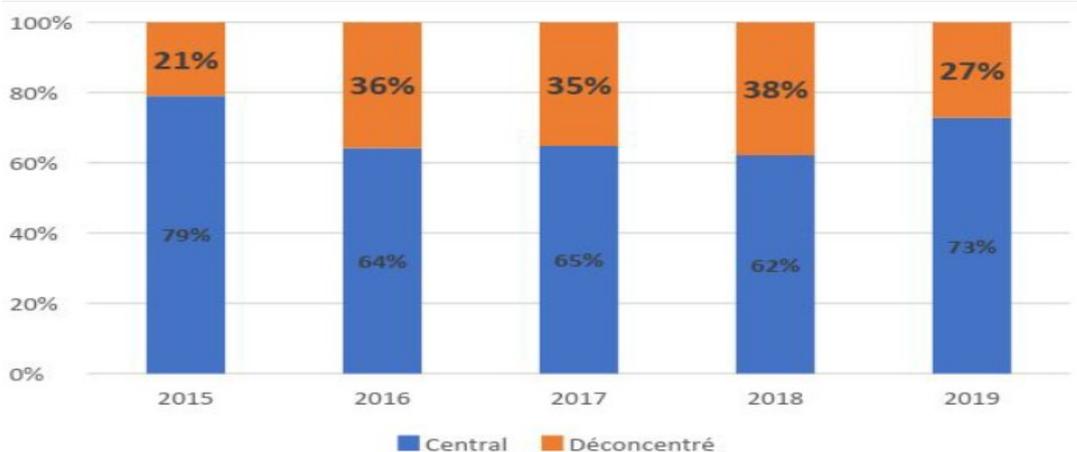


Source : Analyse du CCOC en février 2019

Depuis 2018, la répartition des crédits du MSANP a été réduite de six à quatre programmes selon la réforme apportée par le nouveau découpage du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Du point de vue des ressources propres de l'Etat, le poids budgétaire de ces quatre programmes par ordre de volume est successivement, en 2018 : Fourniture des soins de santé de qualité 54%, Administration et Coordination 28%, Survie et développement de la mère et de l'enfant 11%, Lutte contre les maladies 6%, et en 2019 : Fourniture des soins de santé de qualité 65%, Administration et Coordination 13%, Survie et développement de la mère et de l'enfant 12%, Lutte contre les maladies 11%. Malgré l'augmentation du budget alloué à la fourniture des soins de santé de qualité, une faible proportion de l'enveloppe budgétaire est destinée à la lutte contre les maladies ; en effet, il convient de signaler que près 1/3, soit environ 8 000 000 de la population Malagasy sont hypertendus et que la mortalité due aux accidents de la circulation est la plus élevée avec 21.3 décès pour 100 000 personnes contre 18.03 pour la même population au niveau mondial) (Source : DLMNT)

Après analyse des Lois des Finances qui se sont succédées, une forte centralisation budgétaire est constatée. En 2019, moins de 30% de l'enveloppe budgétaire du Ministère en charge de la Santé Publique est alloué au niveau déconcentré (source : Analyse CCOC, 2019). La figure ci-après montre ce déséquilibre ;

Figure 2 : Répartition du budget alloué à la santé entre le niveau central et les structures déconcentrées (%)



Source : Analyse du CCOC, février 2019

Les financements de ces principaux projets ainsi que les projets sur financement externe sont inscrits au niveau des Directions Centrales et tournent autour de 95%. Ce taux d'exécution budgétaire global du MSANP est de 65,2% (source: SIIGFP, document de revue budgétaire MEF 2018)

Des actions concrètes, à travers l'intensification des plaidoyers selon une approche multisectorielle, doivent être appréhendées afin de mobiliser des ressources domestiques supplémentaires pour le Secteur de la Santé.

b) Financement externe

Les apports des PTF inscrits dans chaque Loi de Finances du Ministère de la Santé devraient correspondre normalement aux montants prévus dans leurs plans d'action annuels. Malgré cela, une faible prévisibilité des financements externes persiste du fait de l'absence de financement innovant conjugué avec la défaillance sur la coordination des ressources financières disponibles et mobilisables entraînant la non disponibilité d'un plan de financement, de décaissement des bailleurs de fonds à moyen terme pour permettre une programmation budgétaire efficace.

Par ailleurs, certaines conventions de financement signées entre l'État Malagasy ne détaillent pas leurs interventions clés rendant difficile de connaître les plans d'actions annuels de ces agences et leur introduction dans la séquence des planifications du Ministère, alors que les efforts entre les deux parties doivent concourir au même but qu'est l'utilisation efficace des ressources financières disponibles.

La plupart des PTF sont impliqués dans le processus d'élaboration des plans stratégiques et opérationnels et leur alignement sur les priorités nationales sont quasi acquis. Néanmoins, un volume important de financement extérieur ou financement direct étranger, ne transite pas par le Programme d'Investissement Public (PIP) ni par le budget de l'Etat. Cette situation persiste encore actuellement. Ces fonds sont gérés par les partenaires techniques et financiers eux-mêmes et sont directement affectés au niveau périphérique. Avec l'insuffisance de coordination et d'harmonisation des appuis des PTF, les interventions principales liées à ces types de fonds échappent parfois à la planification du MSANP et constituent un risque de doublons ou un décalage par rapport aux priorités sectorielles.

En effet, il existe des districts qui ne disposent d'aucun appui technique et financier de la part des partenaires du fait de la non implication effective des PTF. Peu de PTF se positionnent aux projets de budget élaborés au niveau des districts, notamment les plus enclavés et ceux enclins aux problèmes d'insécurité. Souvent, la complexité des procédures exigées par les PTF, ne tenant pas compte des réalités des terrains, retarde la mise en œuvre et les justifications des dépenses.

Les financements externes passant par l'administration publique (inscrits dans la Loi de Finances), le grand problème est la non régularisation des activités réalisées et des montants utilisés dans le Système Informatique Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIIGFP) entraînant un faible taux d'exécution

budgétaire ayant comme conséquence une faible visibilité des PTF vis-à-vis du système public. Ce fait handicape le suivi rigoureux des financements mobilisés, engagés, décaissés...

c) Ménages et secteur privé : Protection financière liée à l'accès aux soins

*Le FANOME est un système de recouvrement des coûts d'achats de médicaments mis en place et opérationnalisé au niveau des formations sanitaires publiques depuis 2003 selon le décret 2003/1040 du 14 octobre 2003 et l'arrêté interministériel 5228/2004 du 11 mars 2004. Le fonds du FANOME permet le renouvellement permanent des stocks de médicaments et occupe ainsi une place prépondérante dans le financement du système de santé. Toutefois, sa part exacte dans le budget de la santé reste floue du fait de l'insuffisance de la gestion du FANOME.

En effet, la gestion du fonds FANOME est confrontée à différents problèmes, tels que : la mauvaise qualité des données financières, la non fonctionnalité du CoGe pour certaines formations sanitaires, les vols et détournements de fonds et de médicaments, pour lesquels les auteurs restent souvent impunis, le manque de proactivité et l'inertie des directions centrales, l'insuffisance d'application des manuels de procédures en vigueur. Cette situation entraîne un impact négatif sur l'accès des patients à des médicaments essentiels à prix abordables. L'absence de contrat de travail entre les communes avec les dispensateurs et les gardiens des CSB ainsi qu'une irrégularité des paiements de leurs salaires qui ne relèvent pas du Ministère de la Santé, conduisent à la démotivation de ces agents qui accentuent les malversations dans la gestion du FANOME.

Concernant le Fonds d'Équité (FE), une petite fraction (3/135) FANOME mise de côté pour la prise en charge des démunis identifiés par la communauté, seule une proportion minime de la population (0,08%) utilise ce Fonds; le texte régissant le FE reste flou, la liste de démunis bénéficiaires n'est pas à jour, les démunis méconnaissent leur droit. Pour certains centres de santé, le fonds d'équité n'arrive pas à couvrir les dépenses des démunis et pour d'autres, les procédures de gestion y afférentes ne sont pas appropriées par les acteurs impliqués.

Pour le financement basé sur les performances, il s'agit d'une approche de décentralisation de fonds au niveau des structures déconcentrées du Ministère de la Santé, axée sur l'achat des performances basé sur l'évaluation des indicateurs ciblés. La répartition de l'enveloppe budgétaire est de 70% au niveau périphérique et le reste au niveau central, ce système est en cours de mise à l'échelle dans trois régions dont Vakinankaratra (Ambatolampy et Betafo), Vatovavy Fitovinany (Vohipeno, Ikongo) en 2019 et Bongolava en 2020.

Le Mécanisme de mise en commun des fonds dans le cadre du dispositif d'assurance santé n'est pas encore mis en place. En conséquence, il a été observé que l'implication et engagement des parties prenantes à la mise en œuvre de la CSU n'est pas encore effective car la vision commune en matière de CSU reste incomprise à tous les niveaux. Au total, en 2018, 14 % de la population malagasy sont couverts par les mécanismes de protection financière en santé dont 16 % des travailleurs du secteur privé formel. Près de 3% de la population totale sont couverts et garantis par la loi pour les agents de l'État et 0,08% de la population utilise le Fonds d'équité. D'autre part la part du budget de l'État alloué à la santé est estimé à 8% en 2018. Il a été constaté que la faible protection financière de la population liée à l'accès aux soins est due à la faible affiliation des travailleurs du secteur formel aux SMIE/SMAE, aux dispositifs disponibles, à l'absence de mécanismes adaptés pour la protection financière en santé de la population du secteur informel, à l'insuffisance d'affiliation de la population aux dispositifs disponibles, à l'insuffisance de l'effectivité des droits des fonctionnaires et du coût élevé des paiements directs des ménages.

Les dispositifs de protection sociale liée à l'accès aux services de santé sont insuffisants. Néanmoins, parmi les modalités d'affiliation des groupes vulnérables, le système voucher est initié par certains partenaires dans leurs zones d'intervention (PARN, PIVOT) mais reste limité au niveau des offres de soins de base.

Dans le régime obligatoire, seulement 16 % (Source: CCOC, Cercle de réflexion des économistes, MINPOP??) des travailleurs du secteur privé formel, le remboursement des frais médicaux pour les agents de l'État qui ne représente que 3% de la population active sont couverts et garantis par des textes légiférant les assurances maladies.

Par ailleurs, la mobilisation de financements innovants reste insuffisamment exploitée. Adhérents: Amboasary Atsimo: 477, Betroka: 100; Taolagnaro: 142, vatomandry

*CNSS

Avec l'appui de quelques PTFs, la couverture de la CNSS s'effectue dans 4 districts (Vatomandry 12288 affiliés, 1050 adhérents ; Amboasary Atsimo: 477 adhérents ; Taolagnaro 142 adhérents ; et Betroka : 100 adhérents) sur 114 Districts Sanitaires dont 1,3% seulement de la population totale Malagasy sont couvertes. La prise en charge des membres CNSS malade est effective mais aucun remboursement des frais de soins des membres prises en charge par les formations sanitaires de Vatomandry et aucune convention de prestation avec les formations sanitaires et au remboursement des frais de soins n'ont été effectués. La participation des Agents Communautaires dans l'opérationnalisation de la CNSS est effective malgré l'insuffisance de leur motivation. Ainsi, la faible couverture de la protection en santé constitue un problème pour la mise en œuvre des stratégies de la couverture sanitaire universelle pour améliorer l'accès de la population aux soins de santé. Ce problème résulte de plusieurs facteurs causals entre autres, l'insuffisance de plaidoirie pour l'engagement des PTF et autres secteurs publics sur la mise en œuvre de la CSU/CNSS (Leadership et gouvernance), l'insuffisance des budgets alloués par l'Etat à la CNSS pour fonctionnement de la CNSS et leurs Antennes, la prise en charge des démunis affiliés à la CNSS (Finance), la non disponibilité des textes de bases régissant la CNSS notamment l'arrêté fixant les modalités de remboursement de prestations de soins par la Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé et l'arrêté fixant la contribution des adhérents, leur modalité de perception et le panier de soins de base au niveau des Centres de Santé de Base et Centres Hospitaliers de Référence de District. Ces différents textes sont actuellement finalisés et en cours de la mise en vigueur (leadership et gouvernance).

2. Exécution budgétaire

En termes d'exécution budgétaire, avec l'insuffisance de financement alloué au secteur santé, le taux d'exécution reste aussi faible. A titre d'illustration, le taux d'exécution du budget d'investissement demeure non optimal depuis plusieurs années : 43% en 2015 ; 46% en 2016 ; 64% en 2017 (source : CCOC)

Tableau 2 : Variation annuelle du taux d'exécution des investissements internes et externes de 2015 à 2017

Rubriques	2015	2016	2017
DTI	6.915%	7.269%	15.561%
Investissements internes (hors DTI)	24%	84%	96%
Investissements externes	43%	46%	64%

Source : Analyse budgétaire des secteurs sociaux, CCOC, fév 2019

Parmi les principales causes figurent les changements fréquents des responsables qui sont à la fois acteurs budgétaires, les changements d'organigramme en cours d'exercice, les niveaux de maîtrise des procédures d'exécution des dépenses publiques insuffisants et constituent des entraves à l'absorption efficace des ressources financières publiques.

La forte centralisation du budget d'investissement, le retard de déblocage de fonds de la part des partenaires dû à la difficulté/laxisme dans la récupération des pièces justificatives des dépenses ainsi que leur régularisation dans le SIIGFP.

Le retard de déblocage du budget réduit la période de mise en œuvre du PTA (PTA planifié pour 12 mois, période d'exécution du crédit 8 mois). Pour le cas des EPA, la complexité des procédures de transferts des subventions pour fonctionnement et la disponibilité des crédits retardent la mise en œuvre de leurs activités.

Le démarrage des travaux de génie civil (construction/réhabilitation) accusés des décalages du calendrier d'exécution (3ème et 4ème trimestre) du fait des retards de mise en place des plans de passation des marchés.

Face à cette faible capacité d'absorber des financements, le Ministère en charge de la Santé, le Ministère de l'Economie et des Finances, les partenaires techniques et financiers et les organisations de la société civile doivent appliquer ensemble les dispositifs de régularisation dans le principe de la promotion de la transparence budgétaire et de la redevabilité.

Il est noté que le niveau de consommation du budget alloué à la santé n'est pas optimisé. Malgré l'application du principe de planification budgétisée ascendante, l'harmonisation et l'intégration des interventions du MSANP, des PTF et des parties prenantes à chaque niveau restent encore à renforcer. Les apports des PTF dans chaque Loi des Finances du Ministère de la Santé doivent correspondre aux montants prévus par leurs plans d'action annuels. Chaque plan détaillé d'utilisation des fonds, mentionnant les actions principales annuelles émanant des PTF doit être partagé au niveau des responsables à tous les niveaux pour conduire une optimisation dans l'utilisation des ressources nécessaires aux priorités du Secteur.

Le renforcement de la transparence et du suivi budgétaire va permettre au secteur de coordonner et d'harmoniser les interventions des parties prenantes pour optimiser ainsi l'utilisation des ressources disponibles.

Afin de mener à bien les exercices d'exécution budgétaire, les acteurs concernés sont à familiariser avec les procédures publiques. Cette action doit être précédée d'un ciblage spécifique des capacités à renforcer par rapport à leurs besoins (Planification, programmation budgétaire, passation de marchés publiques, étape d'engagement, de liquidation et de mandatement du budget, les régularisations des dépenses relatives aux fonds des PTF, etc).

3. Suivi budgétaire

Le taux d'exécution budgétaire des investissements externes régularisés dans le SIIGFP National restent à la traîne par méconnaissance des procédures publiques, bien que les activités soient réalisées à temps et que les fonds soient totalement décaissés. Cette situation figure parmi les causes de la stagnation des allocations de ressources financières en faveur de la santé.

Malgré l'existence d'un système de revue budgétaire trimestrielle mis en place par le MEF avec les départements sectoriels sur l'utilisation des finances publiques, le mécanisme de suivi de l'utilisation des ressources mis à disposition au niveau du MSANP reste insuffisant.

Etant donné que la plupart des PTF sont impliqués dans le processus d'élaboration des plans stratégiques et opérationnels, leur alignement sur les priorités nationales sont quasi acquis. Cependant, certaines activités initiées par les PTF sont directement mises en œuvre hors PTA aux niveaux des régions et districts sans coordination avec le niveau central et ne sont pas répertoriées dans le système de suivi.

Pour pallier ces lacunes, la tenue de revues trimestrielles conjointes avec toutes les parties prenantes à tous les niveaux est souhaitable et à renforcer. En outre, l'inclusion des suivis budgétaires dans ces revues est primordiale afin d'éclairer les décideurs et les acteurs sur les éventuels réajustements qui s'imposent.

Pour optimiser les dépenses publiques le principe d'identification et de quantification des activités à financer doit être respecté.

ENJEUX

- Volonté politique
- Instabilité institutionnelle gouvernementale
- Accessibilité de la population à des services essentiels de santé (financière, géographique)
- Gestion de connaissance et compétence professionnelle des agents de santé
- Alignement des interventions des Partenaires Techniques et Financiers aux priorités nationales
- Accessibilité financière, géographique

- Insécurité
- Réseau de communication
- Us et coutumes
- Adaptation des partenariats aux besoins réels du pays
- Gouvernance et corruption
- Lourdeur administrative
- Niveau d'instruction des Agents Communautaires
- Légifération
- Catastrophes naturelles y compris les épidémies

DEFIS

Le défi est d'assurer un service de santé et de soins pour tous en améliorant l'efficacité des services de soins et de santé publique.

- Performance du système de santé : offre de soins et stimulation de la demande en vue de la Couverture Santé Universelle
- Culture de suivi et évaluation
- Mise en application effective des différents dispositifs législatifs et réglementaires
- Développement de la protection financière de la population à travers la mise en œuvre effective des stratégies de la CSU
- Développement et application des interventions contribuant à la réalisation des stratégies CSU
- Disponibilité et transparence de la gestion des ressources surtout financière
- Système de Veille communautaire opérationnel
- Maintenance et mise à l'échelle de la surveillance électronique
- Eradication les exclusions sanitaires sous toutes ses formes (Santé pour tous)
- Protection financière de la population à travers le développement des mécanismes de prépaiement
- Lutte contre la corruption
- Transparence dans la gestion des ressources surtout financières
- Application des dispositions législatives et réglementaires
- Répartition équitable et rationnelle des ressources internes et externes
- Transparence budgétaire : Confiance mutuelle entre les partenaires techniques et financiers et la partie nationale
- Clarté des cadres politique, stratégique, législatif et réglementaire régissant le système de santé
- Intégrité, civisme des responsables à tous les niveaux
- Redevabilité sociale : culture de l'excellence, du compte-rendu et rétro information
- Préparation et riposte efficace aux urgences sanitaires

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Suite à l'analyse de la situation par pilier de système de santé, trois grandes problématiques sont soulevées :

- **Communication et information:**
 - Insuffisance de dissémination : documentation et information
 - Cloisonnement des programmes/verticalisation
 - Approche et stratégie/CCC routinières, insuffisantes et de faible couverture
 - Faible qualité des informations
 - Ponctualité des recherches opérationnelles et non dissémination des résultats
 - Insuffisance en prévention des maladies à potentiel épidémique et en planification familiale

- **Institutionnalisation, administration, gouvernance :**
 - Méconnaissance des droits, des normes, des procédures, des attributions et des règlements intérieurs
 - Non application des règles et des procédures : vols et détournements
 - Lourdeur des procédures administratives en matière de gestion de budget de l'Etat
 - Politisation de l'administration
 - Faiblesse de la redevabilité
 - Insuffisance de la culture de suivi et évaluation

- **Coordination :**
 - Non articulation de la programmation budgétaire et l'exercice de planification du secteur
 - Existence de plusieurs comités de coordination à tous les niveaux
 - Activités des programmes de santé et interventions des PTFs à couverture limitée
 - Disparité de couverture des programmes de santé communautaire, attributions des AC non harmonisées

- **Gestion des ressources et qualité des offres de soins:**
 - Mise aux normes des formations sanitaires non couverte en totalité : construction/rénovation infrastructure, acquisition matériels et équipements insuffisants
 - Répartition inéquitable des ressources alourdie par l'insuffisance de budget
 - Suivi et utilisation des ressources non effectifs
 - Accès aux services et aux soins de qualité limités à des couches de populations (pauvres, vulnérables, enclavés)

Face à ces problématiques, ci après les priorités du Ministère de la santé afin de lever les obstacles permettant d'avancer vers la Couverture en Santé Universelle

- ✓ Accès équitable de toutes les couches de population à des soins de santé de qualité : offre de soins de proximité
- ✓ Disponibilité des matériels et équipements adéquats, de personnel qualifié en augmentant les budgets y afférents
- ✓ Renforcement de la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles, de la surveillance épidémiologique
- ✓ Prise en charge de l'état de santé et de nutrition de la population : diminution des cas de maladies et des décès
- ✓ Contribution à l'atteinte du dividende démographique : accélérateur de développement
- ✓ Disponibilité d'informations de qualité pour une bonne prise de décision à tous les niveaux
- ✓ Instauration d'un cadre juridique en matière de planification familiale favorable à l'application de la loi sur la santé de la reproduction et planification familiale respectant la vie ;

VISION: une population Malagasy en parfait état de santé contribuant à la construction d'une nation moderne et prospère,

OBJECTIF GENERAL : Réduire la morbidité et la mortalité causées par les maladies et les événements défavorables à la santé en contribuant à un état de santé meilleur

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

Objectif spécifique 1 : D'ici 2024, renforcer les interventions préventives, promotionnelles des maladies et préparatoires en vue d'une réponse efficaces aux urgences sanitaire et catastrophes

Orientation Stratégique 1.1: promotion de la santé, action sur les principaux déterminants, amélioration de la gestion des urgences sanitaires et catastrophes

Produit 1.1.1: Les comportements sains favorables à la santé sont adoptés

Grandes lignes d'intervention

- Promotion des comportements favorables à la santé sur tout le long du cycle de la vie incluant le vieillissement actif (PF, suivi et promotion de la croissance des enfants de moins de 5 ans, promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), Nutrition de la Femme (NdF).
- Promotion de la santé au travail
- Renforcement des interventions sur la gestion de l'environnement pour la santé (espace vert, embellissement...).
- Promotion de la sécurité sanitaire des aliments.

Produit 1.1.2: La communication sur la santé est effective

Grandes lignes d'intervention

- Opérationnalisation de la lutte intégrée contre la consommation des substances psychoactives : (alcool, tabac, drogue...).
- Renforcement de la communication sur les législations et réglementations relatives à la santé : normes d'hygiène et de sécurité sanitaire, SRA, PF
- Communication ciblée sur les avantages de l'instauration précoce des ARV et de l'observance thérapeutique,
- Communication, intensification, médiatisation sur les maladies transmissibles et non transmissibles : feux de brousse et déforestation/peste, drépanocytose, filariose, accident de circulation.
- Campagne de sensibilisation de masse durant la journée internationale et organisation de la célébration de la Semaine de la Santé Bucco-dentaire au niveau de la Région
- Communication utilisant le NTIC pour une meilleure gestion des urgences sanitaires et catastrophe.

Produit 1.1.3 : La santé des adolescents est améliorée.

Grandes lignes d'interventions :

- Renforcement de la couverture en services amis des jeunes de qualité et des associations des jeunes à tous les niveaux (éducation des pairs, life skill) : prévention VIH/SIDA, grossesse précoce, vaccination.
- Développement des compétences à la vie des adolescentes et des jeunes.
- Opérationnalisation des réseaux multisectoriels (santé, emploi, éducation, formation professionnelle) pour assurer la prise en charge complète des problèmes des adolescentes et jeunes à tous les niveaux (communes, districts et au niveau central)
- Mise en œuvre de la feuille de route sur le dividende démographique.

Produit 1.1.4: La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est améliorée

Grandes lignes d'interventions :

- Amélioration de la couverture de l'offre de paquet intégrés d'interventions à haut impact en santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant tout le long du continuum de soins.

- Opérationnalisation du réseau national des maternités de référence SONU prioritises offrant de services intégrés de qualité (SONU, IST/VIH, PF, PTME, VBG)
- Accroissement de la couverture des services de qualité de réparation des fistules obstétricales dans le secteur public

Produit 1.1.5: La prévention contre les Maladies Evitables de la Vaccination est optimisée

Grandes lignes d'interventions

- Mise en œuvre de l'Approche atteindre chaque Cible en Vaccination de routine
- Revitalisation de la vaccination de routine : stratégies de vaccination (fixe, avancée) avec approches intégrées (déparasitage vitamine A)
- Revitalisation la vaccination de routine à travers la mise en œuvre effective de l'approche ACC (Atteindre Chaque Cible)
- Mise en œuvre effective des stratégies pour accélérer la lutte contre les maladies évitables par la vaccination (polio, rougeole, rubéole, TMN)
- Renforcement des activités de vaccination supplémentaire

Produit 1.1.6: Le contrôle de naissance et la lutte contre la grossesse non désirée est améliorée

Grandes lignes d'interventions

- Vulgarisation et valorisation des NTIC dans l'éducation sur les méthodes contraceptives naturelles et modernes
- Extension des offres de service PF au niveau communautaire
- Implication effective des hommes dans la PF
- Extension de la gamme de produits contraceptifs

Produit 1.1.7: La prévention contre la malnutrition est renforcée

Grandes lignes d'interventions

- Prévention des différents types de malnutrition (chronique, aiguë, déficience en vitamines, en sels minéraux et obésité)
- Renforcement du dépistage de la malnutrition à tous les niveaux (ACTIVITE)
- Prise en charge efficace de la malnutrition

Produit 1.1.8 : La prévention contre les maladies transmissibles est optimisée

Grandes lignes d'intervention

- Renforcement de la prévention des maladies transmissibles
- Renforcement des dépistages précoces des maladies transmissibles y compris mise en place de laboratoire mobile dans les zones éloignées et suivi des malades
- Renforcement des activités de prévention notamment chez les groupes à risque à tous les niveaux : dépistage VIH /Sida

Produit 1.1.9: La prévention des maladies non transmissibles est renforcée

Grandes lignes d'interventions

- Renforcement de la prévention des maladies non transmissibles :
- Renforcement des dépistages précoces des maladies non transmissible :

Produit 1.1.10 : La prévention des maladies à potentiel épidémique est optimisée

Grandes lignes d'interventions

- Renforcement de la prévention des Maladies Transmissibles à risque épidémique : réseaux/sites sentinelles,
- Renforcement de la prévention des personnels de soins : précautions universelles contre les infections, AES

Produit 1.1.11: La Surveillance de la maladie et des événements ayant des effets néfastes à la santé sont renforcées

Grandes lignes d'interventions

- Mise en œuvre effective de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR)

- Opérationnalisation de la surveillance de décès maternel, néonatal et riposte (SDMNR)
- Renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination, avec un accent sur la recherche active des cas, l'approche communautaire et le laboratoire
- Renforcement de la surveillance à base communautaire : sensibilisation, dépistage

Produit 1.1.12 : La sécurité sanitaire des denrées alimentaires est renforcée

Grandes lignes d'interventions

- Extension de l'effectif des établissements alimentaires immatriculés respectant les normes
- Suivi de l'application de la Procédure Opérationnelle Standard
- Mise en place d'un projet de développement des établissements alimentaires
- Promotion de la coordination multisectoriels de la sécurité sanitaire des aliments (Fonctionnalisation des réseaux d'échanges des Autorités compétentes de la sécurité sanitaire des aliments, Collaboration multi-sectorielle de prévention avec les autres secteurs : élevage, agriculture, pêche, eau et assainissement, éducation,
- Renforcement de la lutte contre le TIAC et ICAM (renforcement des capacités sur les toxico-infections alimentaires et l'intoxication par consommation des aliments marins à tous les niveaux)

Produit 1.1.13: La gestion des situations d'urgence et des catastrophes est optimisée :

Grandes lignes d'interventions

- Préparation aux urgences sanitaires catastrophes (Plan de contingence, plan de préparation, surveillance efficace, laboratoire, renforcement de capacité, Centre des opérations d'urgence, équipes d'intervention rapide, équipes médicales d'urgence, infrastructures, équipements et matériels divers, pré-positionnement d'intrants/médicaments, exercices de simulation)
- Mise en œuvre des activités de réponse aux situations d'urgence et catastrophe :
- Mise en œuvre des activités de redressement (après les situations d'urgence et catastrophe (Revue Après Action)
- Opérationnalisation du Centre d'Aides Médicales d'Urgence de Madagascar : fonctionnalisation du système d'Aides Médicales d'Urgence.

Obj spécifique 2 : Améliorer la disponibilité et l'utilisation des offres de soins de qualité dans l'équité au niveau des structures sanitaires

Orientation Stratégique 2.1 Amélioration de l'accès universel de la population aux offres de services et soins essentiels intégrés de qualité à tous y compris les reculés/indigents et stimulation de la demande effective des services essentiels appropriés par la communauté

Produit 2.1.1: les offres de services et de soins de santé sont disponibles et de qualité

Grandes lignes d'interventions :

- Développement de l'humanisation des soins au niveau des formations sanitaires
- Développement, capitalisation, et standardisation des bonnes pratiques de l'assurance qualité
- Valorisation du contexte socio-anthropologique dans l'environnement de soins (évaluation, plan de redressement en vue d'améliorer l'utilisation de services)
- Renforcement du processus de contrôle de qualité et de l'utilisation rationnelle des intrants de santé
- Opérationnalisation d'un plan de lutte contre le marché illicite des médicaments
- Renforcement des dispositifs de diagnostic de maladies courantes
- Renforcement des offres de soins de proximités

Produit 2.1.2: Les infrastructures, équipements, matériels techniques et roulants sont disponibles et mis aux normes

Grandes lignes d'interventions :

- Mise en place et opérationnalisation du Laboratoire National de Contrôle Qualité des produits de la médecine traditionnelle et de la médecine conventionnelle,

- Développement et mise en œuvre de stratégies de gestion des infrastructures, équipements, matériels techniques et roulants, y compris les cliniques mobiles, selon la densité de la population, l'enclavement, les aléas climatiques, les activités économiques, en vue d'une prise en charge rapide
- Renforcement de la couverture en infrastructures hospitalières, centres de santé de base, logements, laboratoires, services hyperspécialisés, abris d'accompagnateurs et bâtiments administratifs à tous les niveaux,
- Renforcement de la fonctionnalisation des laboratoires de référence à tous les niveaux,
- Extension et fonctionnalisation des centres de prise en charge en matière de nutrition,
- Renforcement de l'application de la politique de gestion des déchets, précautions universelles et critères amis WASH,

Produit 2.1. 3: Les intrants de santé de qualité sont disponibles et accessibles

Grandes lignes d'intervention :

- Renforcement de la gestion des intrants selon l'Approche Marché Total : Approvisionnement, Acheminement, gestion
- Développement de la production pharmaceutique locale des médicaments génériques et des remèdes traditionnels améliorés
- Renforcement de la Pharmacovigilance
- Renforcement de la surveillance des EIM : notification, suivi des médicaments, suivi résultats kit mini lab (Intrants)
- Amélioration de la surveillance de la qualité des médicaments en post-marketing (Intrants)
- Renforcement de la logistique pour la qualité de vaccin à tous les niveaux

Produit 2.1.4: La Couverture en Santé Universelle est appliquée et effective

Grandes lignes d'interventions :

- Réorientation et mise à l'échelle de la stratégie de couverture santé universelle,
- Redynamisation et opérationnalisation du comité de pilotage pour la couverture santé universelle
- Renforcement de la mise en œuvre des paquets de services et soins de qualité de santé primaires à haut impact,
- Opérationnalisation du mécanisme d'affiliation en faveur des populations vulnérables en vue de leur accès équitable aux services et soins de santé,
- Considération des déterminants de l'accès aux soins pour une meilleure stimulation de la demande et utilisation des services, (mettre note pour aide mémoire sur les activités)
- Coordination des actions multi-acteur et multi sectorielle pour la mise en œuvre des intervention visant le renforcement du système de santé en vue de la couverture santé universelle, (mettre note pour aide mémoire sur les activités)

Produit 2.1.5: Le continuum de soins est effectif et centré sur la personne

Grandes lignes d'interventions :

- Renforcement de l'application des protocoles sur le continuum des soins selon les pathologies et centré sur la personne,
- Fonctionnalisation du système de référence contre référence en tenant compte des critères d'urgences médico sanitaires à tous les niveaux,
- Renforcement des activités de soins et de prise en charge des principales maladies transmissibles, des maladies négligées, et des maladies non-transmissibles (soins maternels, vaccination, malnutrition, fistules, paludisme, etc.)

Orientation Stratégique 2.2 : Renforcement des interventions relatives au développement de la santé communautaire

Produit 2.2.1: La gestion, la couverture et la qualité des services de santé communautaire sont améliorées.

Grandes lignes d'interventions :

- Amélioration de la gouvernance des interventions en santé communautaire et vulgarisation du texte régissant le statut et le recrutement des AC.
- Mise en place et fonctionnalisation des services à base communautaire selon les normes et les directives à travers la coordination de l'approvisionnement, disponibilité des intrants, des matériels et outils de gestion.
- Mobilisation des ressources locales pour le financement de la santé communautaire : (i) Mutuelles de santé communautaires (ii) Système de basket fund (caisse CoSan) (iii) Initiatives locales et activités communautaires de levées de fonds (iv) Contributions pour le développement local de la CSU.
- Construction/réhabilitation/et mise à disposition des bénéficiaires des sites communautaires équipés.

Produit 2.2.2: La participation communautaire pour la résolution des problèmes de santé et le développement des prestations communautaires sont renforcés.

Grandes lignes d'interventions :

- Intégration de la mise en œuvre de la PNSC dans l'agenda des planifications et des revues à tous les niveaux, et spécifiquement au niveau des CSB avec la participation des membres du CCDS, des Chefs Fokontany, des AC, des CoSan et CoGe.
- Renforcement des compétences et de l'implication effective des Chefs CSB en matière de santé communautaire dont la révision du manuel de gestion des CSB pour y inclure les responsabilités sur la santé communautaire.
- Mobilisation sociale pour l'utilisation des services de santé communautaire.

Produit 2.2.3: Le système de suivi évaluation en matière de santé communautaire est renforcé.

Grandes lignes d'interventions :

- Développement d'un système de suivi et évaluation basé sur un système d'information communautaire efficace et intégré dans le système de santé national.

Produit 2.2.4: L'engagement de tous les acteurs à tous les niveaux à participer à la promotion de la Santé Communautaire suivant les directives du PSNRSC est assuré.

Grandes lignes d'interventions :

- Réorientation des stratégies pour une meilleure adhésion des cibles.
- Intensification des plaidoyers à tous les niveaux, ainsi que les leaders communautaires (APART) pour la levée des barrières socioculturelles.
- Suivi et évaluation des activités de communication et de plaidoyer.

Produit 2.2.5: Au moins 80% des structures communautaires à tous les niveaux sont rendus fonctionnelles.

Grandes lignes d'interventions :

- Couverture en service de santé à base communautaire de tous les Fokontany.
- Renforcement des capacités des AC et développement d'un système d'encadrement continu pour mettre au même niveau leurs performances.
- Vulgarisation du Guide PAC réactualisé.
- Augmentation des sites communautaires offrant la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire (PCIMEc) et opérationnalisation du système d'alerte et de surveillance intégrée des maladies à potentiel épidémique.
- Identification et résolution des problèmes liés au système de référence contre-référence au niveau communautaire.
- Approvisionnement efficace et efficient des intrants de santé au niveau des sites communautaires.
- Mise à disposition de manière prompt et complète des données communautaires de qualité.
- Développement d'un système de redevabilité de l'Etat et de la communauté vis-à-vis des AC ainsi que d'un système de redevabilité des AC envers la Communauté.

Produit 2.2.6 : Au moins 85% des structures de coordination intersectorielle et interdisciplinaire des interventions de santé communautaire sont devenues fonctionnelles.

Grandes lignes d'interventions :

- Renforcement de la mise en place et de la fonctionnalité des structures de coordination en matière de santé communautaire à tous les niveaux conformément aux dispositifs réglementaires communément adoptés.
- Appui à la mise en place des mécanismes et des documents de référence pour la coordination des interventions en santé communautaire à tous les niveaux en s'alignant aux structures déjà définies par des textes en vigueur (Structure Locale de Concertation ou SLC).
- Renforcement de capacité en leadership, management et de bonne gouvernance à tous les niveaux.
- Mise à jour périodique de la cartographie des interventions et des intervenants (PTF, ONG, associations) en santé communautaire.
- Recherche de consensus entre les différents intervenants en santé communautaire pour une meilleure répartition équitable des zones et programmes d'interventions.

Produit 2.2.7: La santé communautaire à Madagascar à travers l'application par les parties prenantes des cadres juridiques régissant l'ancrage institutionnel des rôles et attributions des structures de mise en œuvre est institutionnalisée

Grandes lignes d'interventions :

- Conception, diffusion et renforcement des capacités, ainsi que l'appropriation des textes législatifs et réglementaires à l'endroit des autres acteurs et secteurs concernés (Santé, Nutrition, Intérieur et Décentralisation, Education, Finances), ainsi qu'aux PTF, Société civile, Communauté.
- Elaboration et diffusion d'un texte législatif et réglementaire : Association reconnue et déclarée d'utilité publique (ARUP), modalité de "convention sociale tripartite" communauté - système de - structures de coordination, recrutement AC
- Renforcement des capacités et de l'appropriation des textes législatifs et réglementaires
- Mise en place d'un dispositif de suivi de la dissémination, l'appropriation et l'application des textes législatifs et textes réglementaires
- Mise en place des directives opérationnalisant un mécanisme de suivi et de cartographie des AC, des structures opérationnelles et de coordination
- Formalisation des directives d'intégration des Plans d'action multisectoriels budgétisés de santé communautaire dans l'exercice de planification et de budgétisation ascendante du système de santé.
- Plaidoyers pour le financement de la santé communautaire.

Produit 2.2.8: L'adoption des mêmes approches sur la mise en œuvre de la santé communautaire et des mêmes systèmes de motivation par les parties prenantes et intervenants dans la santé communautaire sont assurés.

Grandes lignes d'interventions :

- Mise en place des groupes thématiques de la mise en œuvre de la santé communautaire.
- Elaboration des textes et outils d'harmonisation de la mise en œuvre de la santé communautaire.
- Information de tous les acteurs sur la nouvelle organisation pour harmoniser la mise en œuvre de l'approche communautaire.
- Intégration du cadre d'harmonisation de la mise en œuvre de l'approche communautaire dans le mécanisme de coordination du renforcement du système de santé.
- Suivi et évaluation de la mise en œuvre de l'organisation de l'harmonisation de la mise en œuvre de la santé communautaire.

Produit 2.2.9: Le cadre de référence et l'exploitation des résultats en matière de recherche en santé communautaire sont développés.

Grandes lignes d'interventions :

- Mise en place du cadrage global de la recherche en santé communautaire : identification des besoins, réalisation, partage des résultats.
- Documentation des performances des AC et des structures de mise en œuvre de la santé communautaire.
- Identification des facteurs de motivation des AC.
- Réalisation d'évaluations socio-économiques sur les interventions en santé communautaire et d'une étude de satisfaction et d'acceptabilité des offres de services au niveau communautaire.

Obj spécifique 3 : D'ici 2024, assurer la disponibilité et la gestion performante des ressources en vue d'un système de santé efficace et résilient

Orientation Stratégique 3.1: Gestion performante des ressources matérielles orientée vers des résultats et de l'efficacité

Produit 3.1.1: les matériels et équipements de santé sont gérés d'une façon prévisionnelle, équitable et transparente

Grandes lignes d'interventions :

- Mise en place d'un plan national/prévisionnel de construction/acquisition et de redéploiement/répartition des matériels, équipements sur une base factuelle réaliste et cohérente en tenant compte des priorisations et des amortissements: répartition équitable selon les besoins et les priorités.
- Mise en œuvre d'une gestion transparente et utilisation rationnelle des ressources matérielles à tous les niveaux : inscription compatibilité matière, détenteurs effectifs, passation effective.
- Développement d'outil et système performant de gestion des ressources (guide pratique, mapping des ressources ...)
- Mobilisation optimale des ressources matérielles et équipements.

Produit 3.1.2: la maintenance des matériels, équipements et infrastructures du MSANP à tous les niveaux est effective et pérenne

Grandes lignes d'interventions :

- Déploiement d'un plan de maintenance des infrastructures sanitaires, des matériels et équipements de santé à tous les niveaux.
- Mise en place de structure d'entretien et de maintenance des infrastructures, équipements, matériels à tous les niveaux (recrutement d'agent d'entretien et de maintenance, création d'une ligne budgétaire ...)
- Mise en œuvre effective des entretiens et maintenance des infrastructures, équipements et matériels : pièces de rechange, peinture, antivirus, matériels d'entretien ...

Produit 3.1.3: le système de suivi et contrôle de l'utilisation des ressources de santé est renforcé et opérationnel

Grandes lignes d'interventions :

- Développement d'un système de gestion informatisée des données relatives aux ressources : Informatisation de la gestion des données des ressources/état de lieux/cartographie/carte sanitaire de Madagascar
- Renforcement du suivi périodique de la gestion des infrastructures, équipements, matériels.
- Mise en place d'un système d'inventaire (physique) périodique des ressources disponibles.
- Mise en place et opérationnalisation d'un comité de gestion des ressources à chaque niveau (FS, district et région) pour un suivi efficace

Orientation Stratégique 3.2: Gestion optimale des ressources humaines en santé de qualité

Produit 3.2.1: L'opérationnalisation du système de gestion des ressources humaines est effective

Grandes lignes d'interventions :

- Développement de mesures incitatives et fidélisation afin de maintenir les personnels de santé surtout en zones enclavées (indemnité d'éloignement réajustée, Financement Basé sur les Performances, dotation en électricité/panneau solaire, en eau potable, ...)
- Mise en place d'un système informatisé de suivi des dossiers du personnel (titularisation, avancement, distinction honorifique, retraite)
- Mise en place d'un système d'évaluation des performances et des compétences des personnels de santé à tous les niveaux (primes, intéressement, bonification, promotion, sanction)
- Amélioration des conditions des personnels de santé (droits et avantages, protection sociale, alignement des grilles indiciaires de tous les agents de l'Etat ayant la même catégorie...)
- Mise en application des textes relatifs à la gestion des RHS et aux différentes indemnités des personnels de santé

Produit 3.2.2: Les ressources humaines sont mises aux normes à tous les niveaux (en quantité et en qualité)

Grandes lignes d'interventions :

- Renforcement du plaidoyer auprès des plus hautes autorités de l'Etat (Présidence de la République, Primature, Ministère de l'Economie et des Finances...) pour l'octroi de postes budgétaires suivant les besoins du MSANP ;
- Mise en place d'un système de gestion informatisée des RH (AUGURE, collecte de données du secteur privé...)
- Mise en place de Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences (Principe de right man at the right place : TDR/ profils de poste, plan de carrière...)
- Renforcement des ressources humaines en effectif à tous les niveaux en fonction des besoins (évaluation des besoins, recrutement, redéploiement, priorisation des zones enclavées...)
- Mise en place de l'organe d'inspections et de contrôles officiels des denrées alimentaires à tous les niveaux : effectifs des Inspecteurs des denrées alimentaires à tous les niveaux
- Renforcement des effectifs des biologistes en analyse des denrées alimentaires
- Développement du partenariat avec les PTF notamment en termes de contractualisation d'agents de santé ou de formation
- Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de formation initiale et continue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Réactualisation et mise en œuvre des normes et standards des formations : curriculum de formation standardisé, pools de formateurs
- Développement d'un plan et de mécanisme de renforcement périodique de la compétence des personnels de santé à tous les niveaux et pour tout programme (remise à niveau, encadrement, formation à distance, Approche 3A...)
- Développement de nouvelles technologies de formation (téléformation...)
- Décentralisation et déconcentration des centres de formation initiale
- Mise en place et opérationnalisation 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
- Mise à l'échelle des normes d'encadrement des stages

Orientation Stratégique 3.3 : Renforcement de la gestion performante des ressources financières du système de santé permettant l'offre de services de santé de qualité et équitable à travers le développement de la protection financière de la population à l'utilisation des soins

Produit 3.3.1: Le budget alloué à la santé accuse une hausse soutenue annuelle d'au moins 0,7% par rapport au budget total de l'Etat (planification, programmation)

Grandes lignes d'interventions

- Harmonisation et intégration de l'exercice de planification et de programmation à tous les niveaux et entre toutes les parties prenantes du système de santé pour une meilleure décentralisation du budget

- Amélioration des modalités de plaidoyers et le développement du partenariat pour l'augmentation soutenue du budget pour la santé (conférences et dialogues budgétaires auprès du MEF, partenaires, OSC, Parlementaires, secteur privé)
- Mise à disposition du PTA consolidé du MSANP
- Développement du partenariat
- Renforcement des capacités de plaidoyer et de négociation des responsables

Produit 3.3.2 : Les 23 régions et 114 districts sanitaires disposent et appliquent les documents cadres et outils de gestion financière

Grandes lignes d'interventions

- Développement / mise à jour et diffusion des documents cadres et outils de gestion financière
- Renforcement des capacités des acteurs en matière de gestion financière
- Suivi ciblé de l'application des documents cadres et outils de gestion financière

Produit 3.3.3 : Les 23 régions et 114 districts sanitaires présentent un taux d'absorption financière supérieure ou égale à 95% (fonctionnement et investissement confondus)

Grandes lignes d'interventions

- Alignement et mutualisation de la gestion des ressources financières dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU
- Appui pour l'absorption optimale des ressources financières disponibles à tous les niveaux du système de santé
- Renforcement du système de suivi et évaluation de l'utilisation des ressources financières mises à disposition à tous les niveaux du système de santé
- Mise à l'échelle de la stratégie de Financement Basé sur la Performance (FBP) à tous les niveaux, surtout au niveau des CSB

Produit 3.3.4 : 100% des formations sanitaires à tous les niveaux font l'objet de suivi et contrôle réguliers sur la gestion du FANOME et des Fonds d'équité

Grandes lignes d'interventions

- Mise en place/Réactualisation du cadre juridique (lois, décrets et arrêtés d'application...) régissant le FANOME et le Fonds d'équité
- Rationalisation de la gestion, utilisation, suivi, évaluation du Fonds d'équité et du FANOME

Produit 3.3.5 100% des districts sanitaires mettent à la disposition de leur population au moins deux mécanismes de protection financière à l'accès aux soins

Grandes lignes d'interventions

- Appui au développement des mécanismes de protection financière des usagers (Mutuelles d'assurances, tiers payant, affiliation, CNSS, système Voucher,...)
- Promotion de l'adhésion de la population aux mécanismes de prépaiement et de protection financière à l'accès aux soins
- Evaluation de la performance des mécanismes de prépaiement et de protection financière des usagers mis en place

Obj spécifique 4 : Renforcer le système de gestion efficiente des programmes de santé basée sur des évidences pour une redevabilité mutuelle à tous les niveaux du système de santé

Orientation Stratégique 4.1: Renforcement du cadre institutionnel, de la gouvernance et de la coordination du système de santé

Produit 4.1.1: Les documents de référence politique, stratégie et législatifs sont appliqués à tous les niveaux.

Grandes lignes d'interventions :

- mise à disposition des différents documents stratégiques, juridiques, techniques et normatifs (pour tous les programmes : Élaboration / réactualisation, validation, multiplication, dissémination)

- Renforcement des capacités institutionnelles à élaborer et suivi évaluation de la mise en œuvre des documents politiques (Outils, dissémination)
- Suivi de l'utilisation/Appropriation des documents disponibles

Produit 4.1.2: les dispositifs institutionnels de contrôle et de sanction sont mis en place et opérationnels

Grandes lignes d'interventions :

- Mise en application des mesures de sanction positive et négative, des sanctions disciplinaires
- Application effective des mesures de contrôle, d'audit (médicament, financier, organisationnel) et de la lutte contre la corruption (CLAC/comités de lutte anticorruption)
- Déconcentration et décentralisation progressives de la gestion du système de santé (allocation de ressources, pouvoir de décision, gestion du système de santé)

Produit 4.1.3: Un Leadership plus efficace à tous les niveaux fournissant une délégation de pouvoir appropriée

Grandes lignes d'interventions :

- Instauration d'une culture gestionnaire à tous les niveaux
- Application des procédures critiques utilisant un modèle simple et pratique à tous les niveaux
- Renforcement de capacité en leadership

Produit 4.1.4: Un mécanisme de redevabilité au sein du secteur santé à tous les niveaux est effectif

- Transparence
- mise à disposition des informations

Produit 4.1.5: les coordinations efficaces à tous les niveaux sont effectives

Grandes lignes d'interventions :

- Développement de partenariat efficace
- Mapping ou cartographie des partenaires
- Coordination intra sectorielle et intersectorielle des interventions et harmonisation des approches à tous les niveaux (les interventions en SRM/NIA-N, en recherche en santé/ CNRSM, mise en œuvre de RSIA METTRE DANS LES ACTIVITES) (Campagne de masse/MID, réponses aux épidémies, risques et catastrophes, en matière de SIMR avec les autres entités. A mettre dans les activités)
- Complémentarité des appuis financiers des PTF pour une meilleure synergie
- Mobilisation des ressources

Produit 4.1.6: La planification à travers la gestion axée sur les résultats est améliorée

Grandes lignes d'interventions :

- Disponibilité des outils de planification et de suivi/évaluation pour le secteur Santé : PDSS, PTA, PDR, PDD, PEH, PMO
- Optimisation des ressources pour la mise en œuvre des activités planifiées

Produit 4.1.7: Un mécanisme efficace de suivi-évaluation axé sur les résultats est effectif

Grandes lignes d'interventions :

- Opérationnalisation d'un mécanisme de suivi et évaluation systématique, rigoureux, basé sur des données de qualité (application des standards de service, suivi de performance technique et financière, monitoring, supervision intégrée/conjointe, encadrements techniques /Coaching) ;
- Développement d'un système d'évaluation périodique de toutes les structures de santé et des programmes de santé, en utilisant des outils d'évaluation /outils d'enquête sur la satisfaction des usagers au système de santé, revue conjointe, évaluation (PDSS, PNAN III, ...)
- Institutionnalisation et redynamisation des revues périodiques des parties prenantes à tous les niveaux.

Orientation Stratégique 4.2 : Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé pour une planification et gestion efficiente

Produit 4.2.1: Les outils de gestion en matière de SIS, les applications et matériels à tous les niveaux sont disponibles.

Grandes lignes d'interventions :

- Elaboration du Plan d'approvisionnement et de distribution en outils de gestion
- Acquisition en outils de gestion (Registres, RMA, Fiche de stock, rapport d'inventaire et RUMER, Registres CE, CPN, PF, NUTRITION, RCPoN, Vaccin, VIH, Counseling, LABO, outils de notification
- Décentralisation de duplication des OG
- Acquisition de nouveaux serveurs/disque dur de grande capacité, groupe électrogène et de climatiseurs ;
- Mise en place d'un environnement favorable en matière de réseaux internet/intranet y compris l'électrification à tous les niveaux
- Elaboration d'un plan d'équipement et maintenance de matériel informatique de tous les structures pour le SIS ;
- Acquisition en matériels et équipements informatiques (ordinateurs, téléphone flotte, Photocopieuse, imprimantes) ;
- Mise en place de mécanisme pour la saisie de RMA Com (recrutement des opérateurs de saisies : ressources humaines insuffisantes)
- Renforcement du système national de données démographiques afin de cartographier les inégalités et d'y remédier.

Produit 4.2.2: Les bases de données intégrées sont informatisées et sécurisées

Grandes lignes d'interventions :

- Promotion de l'utilisation des technologies numériques pour l'e-gouvernance sanitaire ;
- Déploiement des technologies de cybersanté, de systèmes d'informations de gestion cliniques et administratives au niveau des formations sanitaires, gestion informatisée des patients, des actes et des ressources (GIPAR) ;
- Promotion de l'utilisation des services numériques pour le renforcement de la santé communautaire ;
- Amélioration de la gestion informatisée des RH interopérable et efficace ;
- Renforcement du système d'information logistique à tous les niveaux (22 Régions, 114 Districts) ;
- Digitalisation de la collecte de données sur tablette dans toutes les FS ;
- Augmentation de la couverture en utilisation de la surveillance électronique intégrée et DHIS 2 au niveau des FS : mise à l'échelle des sites de surveillance électronique des maladies à risque épidémique, maladies ou événements sanitaires et d'alerte précoce des catastrophes
- Assurer la pérennisation de la surveillance par le «reporting» système par SMS des AC ;
- Développement de la télémédecine pour les soins de santé distants.
- Renforcement de la protection des données.
- Développement d'un plan de sécurisation des systèmes d'informations hospitaliers ;

Produit 4.2.3: Les données de qualité sont analysées

Grandes lignes d'interventions :

- Renforcement des capacités des responsables des données en gestion du SIS : utilisation des OG et logiciels, analyses statistiques, épidémiologies de base, en matière de TIC, Surveillance Epidémiologique Informatisée (encadrement, formation, supervision) ;
- Mise en œuvre du plan d'assurance Qualité des données : contrôle et validation des données ;
- Opérationnalisation du comité de validation de données.

Produit 4.2.4: L'accessibilité aux données est renforcée

Grandes lignes d'interventions :

- Mise en place de l'observatoire nationale de la santé ;
- Mise en place des plateformes de diffusion, de publications, de partage des informations sanitaires,

- Développement de la collaboration en matière de partage de données SIGL (public-privé),
- Élaboration des Comptes Nationaux de Santé (CNS) annuellement.

Produit 4.2.5: L'environnement institutionnel en matière de recherche est créé

Grandes lignes d'interventions :

- Mise en place d'un cadre favorisant les recherches opérationnelles à chaque niveau ;
- Développement d'un environnement numérique propice à la recherche ;
- Promotion de la culture de recherche opérationnelle à tous les niveaux ;
- Développement des relations de partenariat avec les institutions de recherche au niveau international ;
- Création de financement innovant pour les travaux de recherche : Procéder à la négociation de contributions pour des taxes sur les produits nocifs ;
- Création et renforcement d'un environnement propice pour attirer et fidéliser des ressources humaines de haute qualité dans le domaine de la recherche en santé ;
- Opérationnalisation d'un comité de recherche en santé ;
- Institutionnalisation de l'utilisation des résultats de recherche pour l'élaboration des documents stratégiques

Produit 4.2.6: La recherche opérationnelle est fonctionnelle

Grandes lignes d'interventions :

- Elaboration des outils de recherche ;
- Opérationnalisation du CNRSM (Comité National de Recherche en Santé à Madagascar) ;
- Renforcement de la gestion des bases de données de l'information sanitaire, des bases factuelles et connaissances à tous les niveaux ; assurer la disponibilité des annuaires de recherche ;
- Mise en place des applications et de l'hébergement des bases de données de la recherche au niveau site web MSANP ;
- Création de centre de traitement et d'analyse de donnée de recherche ;
- Mise en place des comités d'éthique dans les 22 Régions.

CADRE LOGIQUE

<p>Objectif spécifique 1 : Renforcer les interventions préventives, promotionnelles des maladies et préparatoires en vue d'une réponse efficaces aux urgences sanitaire et catastrophes.</p> <p><i>Orientation Stratégique 1.1</i>: promotion de la santé, action sur les principaux déterminants, amélioration de la gestion des urgences sanitaires et catastrophes</p>			
Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification et mode de collecte	Hypothèses et risques
Effet 1 : Exposition de la population aux déterminants de la santé modifiable est maîtrisée à travers la promotion et communication pour la santé efficace	Incidence des maladies	Routine/ RMA communautaire, RMA CSB et Hôpitaux	
Produit 1.1.1 : Les comportements sains favorables à la santé sont adoptés	Proportion de ménage adoptant les PFE (pratique familiale essentielle)	Enquête auprès des ménages	
Produit 1.1.2 : La communication sur la santé est effective	Proportion de sensibilisation sur les thèmes essentiels	Routine/ RMA communautaire	
Effet 2 . La santé de la famille améliorée	Incidence des maladies	Routine/ RMA communautaire, RMA CSB et Hôpitaux	
Produit 1.1.3 : La santé des adolescents est améliorée.	Taux de fécondité des adolescents	Routine/ RMA CSB et Hôpitaux	
	Proportion des formations sanitaires labélisé Amis des Jeunes opérationnels et fonctionnels		
	Pourcentage de jeunes 10 à 24 ans ayant des problèmes de santé vue en visite scolaire	Routine/ RMA CSB	
Produit 1.1.4 : La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est améliorée	Pourcentage des femmes enceintes de 15-49 ans qui ont bénéficié d'au moins 4 consultations pendant leur grossesse	Routine/ RMA CSB	
	Taux d'accouchement par tranche d'âge au niveau FS	Routine/ RMA CSB et hôpitaux	
	Taux de couverture en Consultation Post Natale au niveau FS	Routine/ RMA CSB et hôpitaux	
	Pourcentage d'élèves scolarisés 6 à 14 ans vus au centre de santé pour visite scolaire	Routine/ RMA CSB	

	Proportion des maladies cible de la PCIME (Paludisme, IRA, diarrhée, rougeole, malnutrition)	Routine/ RMA communautaire, RMA CSB	
Produit 1.1.5: La prévention contre les MEV est optimisée	Taux de couverture par Antigènes PEV y compris les nouveaux vaccins des enfants <1an par stratégies	Routine/ RMA CSB	
Produit 1.1.6: Le contrôle de naissance et la lutte contre la grossesse non désirée est améliorée	Taux de couverture contraceptive au niveau des FS	Routine/ RMA CSB et hôpitaux	
Produit 1.1.7: La prévention contre la malnutrition est renforcée	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance	Enquête ou routine/RMA CSB et hôpitaux	
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant une insuffisance pondérale		
	Taux de Malnutrition Aigue Sévère des Enfants < 5 ans vue en Cons Ext ou en surveillance nutritionnelle au niveau CSB		
	Taux de surpoids/obèse des Enfants < 5 ans vue en Cons Ext ou en surveillance nutritionnelle au niveau CSB		
Effet 3. La prévention des maladies optimisée	Incidence des maladies	Routine/ RMA communautaire, RMA CSB et Hôpitaux	
Produit 1.1.8: La prévention des maladies transmissibles est optimisée	Taux de positivité de paludisme	Routine/ RMA communautaire, RMA CSB et Hôpitaux	
	Taux de couverture en TPI 3		
	Taux de détection de cas de tuberculose		
	Taux de succès au traitement de nouveau cas TPM+	-Rapport trimestriel de cohorte des CDT -Rapport annuel du PNLT	
	Taux de perdu de vue, nouveau cas TPM+	Rapport annuel PNLT	
	Couverture par la chimiothérapie préventive		

	de certaines maladies tropicales négligées (filariose lymphatique, bilharziose, géohelminthiases)		
	Taux de détection des cas de lèpre (PB et MB)(pour 1.000.000 habitant)	Routine/ RMA CSB	
	Proportion des femmes enceintes dépistées séropositive sous ARV	Routine/ RMA CSB	
Produit 1.1.9: La prévention des maladies non transmissibles est renforcée	Taux de dépistage de facteur de risque de MNT	Routine/ RMA CSB	
Produit 1.1.10 : La prévention des maladies à endemo-endémique et tropicale négligé	Proportion des BAR mis en place fonctionnel dans les districts endémiques		
Produit 1.1.11: La Surveillance de la maladie et des évènements ayant des effets néfastes à la santé sont renforcées	Taux de complétude des rapports de surveillance hebdomadaire et SEI	Routine/ RSH	
Effet 4. L'hygiène et la sécurité des aliments améliorée	Incidence de TIAC et ICAM	Routine/ RMA CSB et hôpitaux	
Produit 1.1.12 : La sécurité sanitaire des denrées alimentaires est renforcée	Proportion des établissements agro-alimentaires immatriculés respectant les normes	Routine/ Rapport annuel ACSQDA	
Effet 5. La capacité de résilience du système de santé face aux urgences sanitaires et catastrophes améliorée	Proportion des sinistrés pris en charge lors des urgences et catastrophes	Routine/ Rapport SURECA	
Produit 1.1.13: La gestion des situations d'urgence et des catastrophes est optimisée	Proportion des réponses aux urgences et catastrophes	Routine/ Rapport SURECA	

Obj spécifique 2 : Améliorer la disponibilité et l'utilisation des offres de soins de qualité dans l'équité au niveau des structures sanitaires

- **Orientation Stratégique 2.1 Amélioration de l'accès universel de la population aux offres de services et soins essentiels intégrés de qualité à tous y compris les reculés/indigents et stimulation de la demande effective des services essentiels appropriés par la communauté**

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification et mode de collecte	Hypothèses et risques
Effets 6 : L'accès à des	Taux d'utilisation des services de soins à tous	Source : RMA Hôpitaux, CSB,	Complétude des RMA

services et soins de santé de qualité sont améliorés	les niveaux <i>(Nombre de nouveaux cas par service de soins par niveau*100/population totale)</i>	Centres spécialisés Mode de collecte : Routine	
Produit 2.1.1 : Les offres de services et de soins de santé de qualité sont disponibles	Proportion FS ayant atteint au moins 90% de score de qualité selon les normes et standards <i>(Nombre de FS ayant atteint au moins 90% de score de qualité selon les normes et standards *100/ Nombre total de FS)</i>	Source : Rapports d'évaluation Mode de collecte : Enquête	Informations non disponibles Qualité des données
	Proportion de CHR appliquant l'humanisation de soins et 5S <i>(Nombre de CHR appliquant l'humanisation de soins et 5S*100/Nombre total de CHR)</i>	Source : Rapports d'évaluation Mode de collecte : Enquête	Informations non disponibles Qualité des données
Produit 2.1.2: Les infrastructures, équipements, matériels techniques et roulants sont disponibles et mis aux normes	Proportion de mise en œuvre du plan de gestion des infrastructures, équipements, matériels techniques et roulants, y compris les cliniques mobiles <i>(Nombre d'activités prévues dans le plan réalisé*100/Nombre total d'activités prévues)</i>	Sources : -Rapports d'activités des directions responsables -Rapport d'évaluation du PMO de gestion des infrastructures, équipements, matériels techniques et roulants, y compris les cliniques mobiles Mode de collecte : enquête	Informations non disponibles Qualité des données
	Proportion de centres de prise en charge en matière de nutrition fonctionnels <i>(Nombre de centres de prise en charge en matière de nutrition fonctionnels*100/Nombre total de centre de prise en charge)</i>	Source : Rapports d'activités des directions concernées Mode de collecte : enquête	Informations non disponibles Qualité des données
Produit 2.1.3: Les intrants de santé de qualité sont disponibles et accessibles	Proportion de documents cadre en matière de gestion des intrants de santé appliqués	Sources : Rapports d'activités des directions concernées	Informations non disponibles Qualité des données

	<i>(Nombre de documents cadre en matière de gestion des intrants de santé appliqués*100/Nombre total de documents cadre en matière de gestion des intrants de santé)</i>	Rapport de suivi de mise en œuvre Mode de collecte : enquête	
	Taux de disponibilité de médicaments traceurs à tous les niveaux <i>(Nombre total de FS ayant de médicaments traceurs disponibles*100/Nombre total de FS)</i>	Source : RMA Mode de collecte : Routine	Complétude des RMA
	Proportion de formations sanitaires disposant de base de données logistique opérationnelle <i>(Nombre de FS disposant de base de données logistique opérationnelle*100/Nombre total de FS)</i>	Source : Rapports d'activités Mode de collecte : enquête	Informations non disponibles Qualité des données
	Proportion de médicaments génériques locaux, produits de la médecine traditionnelle/médecine conventionnelle ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché <i>(Nombre de médicaments génériques locaux, produits de la médecine traditionnelle/médecine conventionnelle ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché*100/Nombre total de médicaments génériques locaux, produits de la médecine traditionnelle/médecine conventionnelle)</i>	Source : Rapports d'activités Mode de collecte : enquête	Informations non disponibles Qualité des données
Effet 7 : Les services de soins de santé, de prise en charge des principales maladies transmissibles, des maladies négligées, et des maladies non-transmissibles sont accessibles équitablement par la population	Taux de couverture de services de santé essentielle (Indices de couverture sanitaire universelle, 16 indicateurs) <i>(Nombre d'utilisateurs de services de santé essentielle*100/Nombre total de cibles par service de santé essentielle)</i>	Source : RMA Mode de collecte : Routine Source : Rapports d'activités des directions programmatiques Mode de collecte : enquête	Complétude des RMA

<p>Produit 2.1.4: La CSU est appliquée et effective</p>	<p>Proportion des familles ayant accès aux services de soins de santé de proximité</p> <p><i>(nombre de familles ayant accès aux services de soins de santé de proximité*100/Nombre total de familles)</i></p>	<p>Source : Rapports d'analyse de l'accès des familles aux services de soins Mode de collecte : enquête</p>	<p>Disponibilité des Informations sur les familles Qualité des données</p>
	<p>Proportion de services de soins de santé primaires disponibles</p> <p><i>(Nombre de formations sanitaires ayant offert des soins de santé de primaires*100/Nombre total de formations sanitaires)</i></p>	<p>Source : RMA Mode de collecte : Routine</p>	<p>Complétude des RMA</p>
	<p>Taux de fréquentation des centres hospitaliers de référence</p> <p><i>(Nombre total de cas*100/Population totale desservie)</i></p>	<p>Source : RMA Mode de collecte : Routine</p>	<p>Complétude des RMA</p>
<p>Produit 2.1.5: Le continuum de soins est effectif et centré sur la personne</p>	<p>Proportion de formation sanitaire ayant accès à des moyens de transport pour EVASAN</p> <p><i>(nombre de formation sanitaire ayant accès à des moyens de transport pour EVASAN*100/nombre total de formation sanitaire)</i></p>	<p>Source : Rapports d'activités Mode de collecte : enquête</p>	<p>Informations non disponibles Qualité des données</p>
	<p>Proportion de Formation Sanitaires ayant des ambulances</p> <p><i>(nombre de formation sanitaires ayant des ambulances *100/nombre total de formations sanitaires)</i></p>	<p>Source : Carte sanitaire/mapping des ressources Mode de collecte : Enquete/routine</p>	<p>Informations non disponibles Qualité des données</p>
	<p>Proportion de cas référés pris en charge par les formations sanitaires à chaque niveau</p>	<p>Source : RMA Mode de collecte : Routine</p>	<p>Complétude des RMA</p>

	(Nombre de cas pris en charge*100/Nombre de cas référés)		
--	----------------------------------------------------------	--	--

<p>Objectif spécifique 2 Améliorer la disponibilité des offres de soins de qualité dans l'équité et l'utilisation par toutes les couches de la population</p> <p>Orientation Stratégique 2.2 : Renforcement des interventions relatives au développement de la santé communautaire</p>			
Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification et mode de collecte	Hypothèses et risques
<p>Effet 8 La santé communautaire est intégrée dans le système de santé.</p>			
<p>Produit 2.2.1 La gestion, la couverture et la qualité des services de santé communautaire sont améliorées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des sites communautaires fonctionnels • Proportion de fokontany se trouvant à plus de 5 km d'un CSB disposant de sites communautaires selon les normes requises • Proportion des AC formés en santé Communautaire • Taux de disponibilité des intrants essentiels au niveau communautaire • Taux de complétude des rapports • Taux de promptitude des rapports. 	<p>RMA des AC</p> <p>sites communautaires existants selon les normes</p> <p>Liste des AC formés, Fiche de présence des AC formés</p> <p>Fiche de stocks</p> <p>Rapport d' Activités</p>	<p>Non implication des autorités locales pour la construction des sites</p> <p>Financement</p> <p>Rupture des intrants (SALAMA, PhaGDis, PhaGCom, PSI)</p> <p>Rupture outil de Gestion</p>

<p>Produit 2.2.2 La participation communautaire pour la résolution des problèmes de santé et le développement des prestations communautaires sont renforcés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de fokontany disposant de CoSan érigés selon les directives et fonctionnels • Proportion des Communes disposant de CCDS fonctionnels 	<p>Décision Communale de la nomination de CoSan</p> <p>Rapport de réunion CCDS</p>	<p>Politique</p> <p>Financement</p>
<p>Produit 2.2.3 Le système de suivi évaluation en matière de santé communautaire est renforcé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de CSB tenant au moins une fois tous les deux mois un suivi groupé des AC 	<p>Rapport CSB, Fiche de présence de réunion des AC</p>	<p>Problème d'accès géographique et insécurité</p>
<p>Effet 9 Les interventions communautaires en faveur de la promotion de la santé sont optimisées.</p>			
<p>Produit 2.2.4 L'engagement de tous les acteurs à tous les niveaux à participer à la promotion de la Santé Communautaire suivant les directives du PSNRSC est assuré.</p>	<p>Proportion des séances de sensibilisation et communication pour le changement de comportement en faveur de la santé</p> <p>Proportion des ménages et fokontany ayant accès à l'EAH</p> <p>Proportion des communes déclarant être satisfaits de l'implication des APART, société civile et privée dans les activités de développement sanitaire</p>	<p>Rapport de sensibilisation et communication</p> <p>Enquête auprès des ménages</p> <p>Enquête de satisfaction des usagers</p>	<p>-Financement, aléas climatiques .</p> <p>-Séances de sensibilisation et communication au moins un e fois par mois</p> <p>Financement de l'enquête</p> <p>Financement de l'enquête</p>
<p>Effet 10 Les interventions communautaires intégrées sont mise à l'échelle.</p>			

<p>Produit 2.2.5 Au moins 80% des structures communautaires à tous les niveaux sont rendus fonctionnelles.</p>	<p>Proportion des Régions, Districts, et Communes disposant des membres de coordination</p>	<p>Liste des membres selon un arrêté : CCAGR, CCACD, CCDS</p>	
<p>Effet 11 La mise en œuvre des interventions est coordonnée</p>			
<p>Produit 2.2.6 Au moins 85% des structures de coordination intersectorielle et interdisciplinaire des interventions de santé communautaire sont devenues fonctionnelles</p>	<p>Taux de fonctionnalité des structures de coordination intersectorielle et interdisciplinaire des interventions de santé communautaire à tous les niveaux.</p> <p>Proportion de CCAGR fonctionnel</p> <p>Proportion de CCACD fonctionnel</p> <p>Proportion des de CCDS et SLC fonctionnels</p>	<p>Rapport de réunion</p> <p>Rapport de réunion</p> <p>Rapport de réunion</p> <p>Rapport de réunion</p>	
<p>Effet 12 La santé communautaire est institutionnalisée</p>			
<p>Produit 2.2.7 La santé communautaire à Madagascar à travers l'application par les parties prenantes des cadres juridiques régissant l'ancrage institutionnel des rôles et attributions des structures de mise en œuvre est institutionnalisée</p>	<p>Taux de disponibilité des textes de référence prévus à élaborer pour cadrer les interventions en santé communautaire à Madagascar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de CSB (ou de communes) disposant des textes juridiques et réglementaires régissant les structures de mise en oeuvre de la santé communautaire • Proportion d'intervenants (programmes de 	<p>Textes réglementaires disponibles</p> <p>Textes réglementaires disponibles au niveau des communes</p>	<p>Non application des textes</p> <p>Non application des textes</p>

	<p>santé, projets, ONG, PTF, OSC) disposant des textes juridiques et réglementaires régissant les structures de mise en oeuvre de la santé communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation des sites communautaires • Taux d'utilisation des consultations externes des CSB. 	<p>Textes réglementaires disponibles auprès des parties prenantes</p> <p>Rapport d'activité</p> <p>Rapport d'activité</p>	<p>Non application des textes</p> <p>Manque ou rupture des outils de Gestion (RMA)</p> <p>Manque ou rupture des outils de Gestion (RMA)</p>
<p>Effet 13 L'approche communautaire est harmonisée</p>			
<p>Produit 2.2.8 L'adoption des mêmes approches sur la mise en oeuvre de la santé communautaire et des mêmes systèmes de motivation par les parties prenantes et intervenants dans la santé communautaire sont assurés.</p>	<p>Proportion d'intervenants (programmes de santé, projets, ONG, PTF, OSC) se référant aux textes en vigueur dans la mise en oeuvre de leurs interventions, en particulier pour la formation, le système d'encadrement et le système de motivation des agents communautaires.</p>	<p>Textes d'harmonisation des intervenants au niveau du Ministère</p>	<p>Les intervenants ont tous leurs manuels de</p>
<p>Effet 14 La recherche en santé communautaire est renforcée</p>			
<p>Produit 2.2.9 Le cadre de référence et l'exploitation des résultats en matière de recherche en santé communautaire sont développés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de réalisation des projets de recherche en santé communautaire • Proportion d'intervenants 	<p>Documents de recherches répertoriés</p>	

	(programmes de santé, projets, ONG, PTF, OSC) adhérant et participant au système de partage de résultats de recherche en santé communautaire <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de recherches capitalisées 	Rapport de réunion des parties prenantes Base de données SARGEC	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	--

Objectif spécifique 3 : assurer la disponibilité et la gestion performante des ressources en vue d'un système de santé efficace et résilient

Orientation Stratégique 3.1: Gestion performante des ressources matérielles orientée vers des résultats et de l'efficace

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification et mode de collecte	Hypothèses et risques
Effet 15: la gestion des ressources est rationalisée à tous les niveaux du système de santé	Proportion des FS, services et directions dans le besoin dotés en matériel et équipement	Cartographie Sanitaire de Madagascar Bordereau d'envoi	Données de la cartographie non fiables
Produit 3.1.1: les matériels et équipements de santé sont gérés d'une façon prévisionnelle, équitable et transparente	Proportion des FS, services et directions ayant effectué et transmis les inventaires annuels des matériels et équipements	Données SSSD Cartographie Sanitaire de Madagascar	Données non disponibles
Produit 3.1.2: la maintenance des matériels, équipements et infrastructures du MSANP à tous les niveaux est effective et pérenne	Proportion des FS, Services et directions ayant réalisé des maintenances et entretien des matériels et équipements	Cahier de matériels, Compte matières, FCC pour le budget de l'Etat	Cahier de matériels non mis à jour
Produit 3.1.3: le système de suivi et contrôle de l'utilisation des ressources de santé est renforcé et opérationnel	Proportions des FS, services et directions suivis et contrôlés	Rapport de supervision	Outil et crédit de supervision insuffisant
Produit 3.1.4: les patrimoines et les biens appartenant au MSANP sont protégés <i>Pas de grandes lignes d'interventions</i>	Proportion des structures sanitaires disposant de certificat de situation juridique au nom du MSANP	Certificat de situation juridique	Certificat non disponible

Objectif spécifique 3 : assurer la disponibilité et la gestion performante des ressources en vue d'un système de santé efficace et résilient

Orientation Stratégique 3.2: Gestion optimale des ressources humaines en santé de qualité

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification et mode de collecte	Hypothèses et risques
Effet 16: La gestion rationnelle et équitable des ressources humaines est assurée	Ratios nombre d'habitants par médecin généraliste, infirmier et sage-femme	Bases de données des effectifs du MSANP au niveau de la DRH, données collectées à l'aide de canevas tous les deux mois	Canevas mal remplis ou non à jour, possibilité de données non fiables, insuffisance de postes budgétaire pour atteindre les objectifs en terme de ratio
Produit 3.2.1: L'opérationnalisation du système de gestion des ressources humaines est effective	Pourcentage des dossiers administratifs relatifs aux carrières des agents du MSANP traités à temps	Outils de suivi des dossiers administratifs au niveau des Service du Personnel de la DRH	Lenteur des procédures au niveau des différentes instances, dossiers incomplets venant de niveau périphérique
Produit 3.2.2: Les ressources humaines sont mises aux normes à tous les niveaux (en quantité et en qualité)	Pourcentage de CSB disposant d'au moins deux agents de santé au poste	Bases de données des effectifs du MSANP au niveau de la DRH, données collectées à l'aide de canevas tous les deux mois	Canevas mal remplis ou non à jour, possibilité de données non fiables, insuffisance de postes budgétaire pour atteindre les objectifs

Objectif spécifique 3 : assurer la disponibilité et la gestion performante des ressources en vue d'un système de santé efficace et résilient

Orientation Stratégique 3.3 : Renforcement de la gestion performante des ressources financières du système de santé permettant l'offre de services de santé de qualité et équitable à travers le développement de la protection financière de la population à l'utilisation des soins

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification et mode de collecte	Hypothèses et risques
Effet 17: Les entités gestionnaires de ressources financières du MSANP à tous les niveaux assurent l'application des mécanismes et outils de gestion performante permettant l'offre de soins de qualité et équitable	% d'entités gestionnaires de ressources financières du MSANP assurant l'application des mécanismes et outils de gestion performante permettant l'offre de soins de qualité et équitable	<u>Source :</u> Rapport de suivi, DHIS2, <u>Responsables :</u> DGR, DAAF, DEPSI, DRH, <u>Fréquence :</u> annuelle	<u>Hypothèses :</u> Mécanismes et outils mis en place et disponibles <u>Risques :</u> Ingérence de la politique dans la

			gestion
Produit 3.3.1. Le budget alloué à la santé accuse une hausse soutenue annuelle d'au moins 0,7% par rapport au budget total de l'Etat	Taux de variation annuelle du budget alloué à la santé	<u>Source</u> : SIIGFP, Loi des Finances, <u>Responsables</u> : DAAF, MSANP <u>Fréquence</u> : annuelle	<u>Hypothèses</u> : -Volonté politique des dirigeants -Priorisation du développement social <u>Risques</u> : Suspension des aides budgétaires par les PTF Augmentation du taux d'inflation
Produit 3.3.2 Les 23 régions et 114 districts sanitaires disposent et appliquent les documents cadres et outils de gestion financière	% des districts sanitaires et régions appliquant les documents cadres et outils de gestion financière de santé	<u>Source</u> : « Rapport de supervision » <u>Responsables</u> : DGR, DAAF, DEPSI <u>Fréquence</u> : annuelle	<u>Hypothèses</u> : -Disponibilité de fonds pour multiplication et acheminement des documents et OG -Appropriation des documents par tous -Mise en place d'un mécanisme de suivi rapproché et renforcé <u>Risques</u> : Ingérence de la politique dans la gestion
Produit 3.3.3. Les 23 régions et 114 districts sanitaires présentent un taux d'absorption financière supérieure ou égale à 95%	Taux d'engagement global de la région et/ou du district	<u>Source</u> : SIIGFP <u>Responsables</u> : <u>Fréquence</u> :	<u>Hypothèses</u> : -Déblocage/décaissement en temps réel du financement requis Déconcentration/Décentralisation effective du budget <u>Risques</u> : -Laxisme de l'administration publique dans la régularisation des dépenses -Rétention d'informations de la part des PTF
Produit 3.3.4 100% des formations sanitaires à tous les niveaux font l'objet de suivi et contrôle	% des formations sanitaires ayant fait l'objet de suivi et contrôle	<u>Source</u> : « Rapport d'audit » <u>Responsables</u> : DGR, SAI/DEPSI ;	<u>Hypothèses</u> : -Disponibilité de fonds pour

réguliers sur la gestion du FANOME et des Fonds d'équité		« Rapport de suivi », SSEv/DEPSI ; DHIS2, SSSD/DEPSI) <u>Fréquence</u> :	suivi et contrôle -leadership fort des hauts responsables <u>Risques</u> : -détournements et fraudes non déclarés -impunités des responsables de fautes
Produit 3.3.5 : 100% des districts sanitaires mettent à la disposition de leur population au moins deux mécanismes de protection financière à l'accès aux soins	% de districts sanitaires ayant mis à disposition de leur population au moins deux mécanismes de protection financière à l'accès aux soins	<u>Source</u> : « Rapport de suivi » <u>Responsables</u> : DSSB, CACSU, « DHIS2 » (SSD/DEPSI) <u>Fréquence</u> :	<u>Hypothèses</u> : -forte sensibilisation de la communauté <u>Risques</u> : -Réticence de la communauté

Obj spécifique 4 : Renforcer le système de gestion efficiente pour une redevabilité mutuelle à tous les niveaux du système de santé <i>Orientation Stratégique 4.1</i> : Renforcement du cadre institutionnel, de la gouvernance et de la coordination du système de santé			
Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification	Hypothèses et risques
Effet 18 : Les cadres juridiques et institutionnels du système de santé national sont renforcés à tous les niveaux	Nb de documents politiques élaborés/mis à jour/disséminés	Accusé de réception des documents	Non implication des hauts responsables(Gouvernement)
Produit 4.1.1 : Les documents de référence politique, stratégie et législatifs sont appliqués à tous les niveaux	Proportion de documents de références appliqués à tous les niveaux	Rapport de suivi	Non implication des hauts responsables (Gouvernement)
Effet 19 : La bonne gouvernance et le leadership à tous les niveaux sont appropriés	Proportion de réunion organisée par le Ministère prônant la redevabilité et la transparence	Rapport de formation	Implication multisectorielle
Produit 4.1.2 : les dispositifs institutionnels de contrôle et de sanction sont mis en place et opérationnels	Proportion d'actions effectuées après les vols et détournements	Rapport de ces actions parvenues au niveau des responsables centraux	Implication multisectorielle
Produit 4.1.3 : Un Leadership plus efficace à tous les niveaux fournissant une délégation de pouvoir appropriée	Pourcentage de hauts responsables formés en leadership.	Rapport de formation	Implication multisectorielle

Produit 4.1.4: Un mécanisme de redevabilité au sein du secteur santé à tous les niveaux est effectif	Proportion de réunions/ communication pour diffusion de performance ou exécution budgétaire effectués par MSANP et OSC	Rapport sur la réunion/communication	Méconnaissance de leur droit (bénéficiaires)
Effet 20: Les interventions du secteur sont coordonnées et harmonisées sous le leadership fort du Ministère en charge de la Santé	Proportion de réunion de coordination avec PTF et OSC organisé par le Ministère	Rapport de réunion de coordination effectuée	Orientation politique du gouvernement
Produit 4.1.5: les coordinations efficaces à tous les niveaux sont effectives	Proportion des PTF qui s'alignent aux priorités du Ministère de la santé		Orientation politique du gouvernement
Effet 21: La planification avec des mécanismes de suivi - évaluation efficaces prônant la gestion axée sur les résultats sont améliorés. Produit 4.1.6: La planification à travers la gestion axée sur les résultats est améliorée	% des activités réalisées dans le PTA du MSANP Proportion d'activités dans le PTA du MSANP avec sources de financement sûrs	Rapport annuel du MSANP	Financement
Produit 4.1.7: Un mécanisme efficace de suivi-évaluation axé sur les résultats est effectif	Proportion des descentes pour suivis de performances des régions (CSEP) effectuées par le niveau central		Financement

Obj spécifique 4 : Renforcer le système de gestion efficiente pour une redevabilité mutuelle à tous les niveaux du système de santé

Orientation Stratégique 4.2 : Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé pour une planification et gestion efficiente

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification et mode de collecte	Hypothèses et risques
Effets 22: Les informations sont disponibles à temps, les matériels et équipements sont mis aux normes	-Proportion des informations disponible à temps ou taux de promptitude Nbre des structures ayant émises des informations à temps/ Nbre total des structures -% des matériels et équipements mis aux	GESIS	-Enclavement -Délestage ou pas d'électricité -inexistence du réseau -inexistence de connexion internet

	normes Nbre des structures ayant reçu des matériels et équipements mis aux normes/Nbre total des structures	DHIS2	
Produit 4.2.1: Les outils de gestion en matière de SIS, les applications et matériels à tous les niveaux sont disponibles.	-Proportion des outils de gestion en matière SIS disponible ; Nbre des structures ayant des O.G en matière SIS/ Nbre total des structures -Proportion des applications et matériels disponibles à tous les niveaux ; Nbre structures ayant des applications et matériels à tous les niveaux / Nbre total des structures	Rapport annuel SSSD DHIS2	-Insuffisance de financement
Produit 4.2.2: Les bases de données intégrées sont informatisées et sécurisés	Proportion des bases de données informatisées Proportion des bases de données sécurisées. Nbre des structures sanitaires disposant des bases de données informatisées et sécurisées /Nbre total des structures sanitaires (SDSP, DRSP, CHU, Central...)	DHIS2	-
Effets 23 : Les informations de qualité sont utilisées et disséminées pour la prise de décision	Proportion des informations de qualité utilisées pour la prise de décision. Proportion des informations de qualité disséminées pour la prise de décision. Nbre de prise de décision pour des informations de qualité /Nbre des informations disponibles	DHIS2	Engagement des décideurs
Produit 4.2.3: Les données sont analysées	Proportion des données analysées Nbre des données analysées/Nbre des données disponibles	DHIS2	
Produit 4.2.4: L'accessibilité aux données est renforcée	Proportion de l'accessibilité des données renforcée Nbre des données accessibles/Nbre total de données disponibles	DHIS2	
Effets 24 : La recherche opérationnelle est développée à tous les niveaux	Proportion de la recherche opérationnelle développée à tous les niveaux Nbre des structures ayant diffusé et publié	Rapport annuel SARGeC	

	des innovations/Nbre total des structures		
Produit 4.2.5: L'environnement institutionnel est créé	Proportion de l'environnement institutionnel créé Nbre d'institutions ayant des relations international / Nbre des institutionnels existants	Rapport annuel SARGeC	Budget alloué insuffisant
Produit 4.2.6: La recherche opérationnelle est fonctionnelle	Proportion des structures ayant diffusé de la recherche opérationnelle Nbre de structure ayant diffusé la R.O/Nbre de structures existantes Proportion des structures ayant effectué de la recherche opérationnelle Nbre de structure ayant effectué la R.O/Nbre de structures existantes	Rapport annuel SARGeC	Insuffisance de financement

MATRICE DES RESULTATS (en cours d'amélioration et finalisation)

<p>Objectif spécifique 1 : Renforcer les interventions préventives, promotionnelles des maladies et préparatoires en vue d'une réponse efficaces aux urgences sanitaire et catastrophes.</p> <p><i>Orientation Stratégique 1.1</i>: promotion de la santé, action sur les principaux déterminants, amélioration de la gestion des urgences sanitaires et catastrophes</p>							
Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Valeur de base	Valeur cible				
			2020	2021	2022	2023	2024
Effet1.1.1. Exposition de la population aux déterminants de la santé modifiable maîtrisée à travers la promotion et communication pour la santé efficace	Incidence des maladies						
Produit 1.1.1.1: Les comportements sains favorables à la santé sont adoptés	Proportion de ménage adoptant les PFE (pratique familiale essentielle)						
Produit 1.1.1.2: La communication sur la santé est effective	Proportion de sensibilisation sur les thème essentiels						
Effet1.1.2. La santé de la famille améliorée	Incidence des maladies						
Produit 1.1.2.1: La santé des adolescents est améliorée.	Taux de fécondité des adolescents						
	Proportion des formations sanitaires labélisé Amis des Jeunes opérationnels et fonctionnels						
	Pourcentage de jeunes 10 à 24 ans ayant des problèmes de santé vue en visite scolaire						
Produit 1.1.2.2: La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est améliorée	Pourcentage des femmes enceintes de 15-49 ans qui ont bénéficié d'au moins 4 consultations pendant leur grossesse						
	Taux d'accouchement par tranche d'âge au niveau FS						
	Taux de couverture en Consultation Post Natale au niveau FS						
	Pourcentage d'élèves scolarisés 6 à 14 ans vus au centre de santé pour visite scolaire						

	Proportion des maladies cible de la PCIME (Paludisme, IRA, diarrhée, rougeole, malnutrition)						
Produit 1.1.2.3: La lutte contre les MEV est optimisée	Taux de couverture par Antigènes PEV y compris les nouveaux vaccins des enfants <1an par stratégies						
Produit 1.1.2.4: Le contrôle de naissance et la lutte contre la grossesse non désirée est améliorée	Taux de couverture contraceptive au niveau des FS						
Produit 1.1.2.5: La lutte contre la malnutrition est renforcée	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance						
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant une insuffisance pondérale						
	Taux de Malnutrition Aigue Sévère des Enfants < 5 ans vue en Cons Ext ou en surveillance nutritionnelle au niveau CSB						
	Taux de surpoids/obèse des Enfants < 5 ans vue en Cons Ext ou en surveillance nutritionnelle au niveau CSB						
Effet1.1.3. La prévention des maladies optimisée	Incidence des maladies						
Produit 1.1.3.1: La prévention des maladies transmissibles est optimisée	Taux de positivité de paludisme						
	Taux de couverture en TPI 3						
	Taux de détection de cas de tuberculose						
	Taux de succès au traitement de nouveau cas TPM+						
	Taux de perdu de vue, nouveau cas TPM+						
	Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées (filariose lymphatique, bilharziose,						

	géo-helminthiases)						
	Taux de détection des cas de lèpre (PB et MB)(pour 1.000.000 habitant)						
	Proportion des femmes enceintes dépistées séropositives sous ARV						
Produit 1.1.3.2: La prévention des maladies non transmissibles est renforcée	Taux de dépistage de facteur de risque de MNT						
Produit 1.1.3.3 : La prévention des maladies à endémie endémique et tropicale négligé	Proportion des BAR mis en place fonctionnel dans les districts endémiques						
Produit 1.1.3.4: La Surveillance de la maladie et des événements sont renforcés	Taux de complétude des rapports de surveillance hebdomadaire et SEI						
Effet1.1.4. L'hygiène et la sécurité des aliments améliorée	Incidence de TIAC et ICAM						
Produit 1.1.4.1 : La sécurité sanitaire des denrées alimentaires est renforcée	Proportion des établissements agro-alimentaires immatriculés respectant les normes						
Effet1.1.5. La capacité de résilience du système de santé face aux urgences sanitaires et catastrophes améliorée	Proportion des sinistrés pris en charge lors des urgences et catastrophes						
Produit 1.1.5.1: La gestion des situations d'urgence et des catastrophes est optimisée	Proportion des réponses aux urgences et catastrophes						

Obj spécifique 2 : Améliorer la disponibilité et l'utilisation des offres de soins de qualité dans l'équité au niveau des structures sanitaires

- **Orientation Stratégique 2.1** Amélioration de l'accès universel de la population aux offres de services et soins essentiels intégrés de qualité à tous y compris les reculés/indigents et stimulation de la demande effective des services essentiels appropriés par la communauté

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Valeur de base	Valeur cible				
			2020	2021	2022	2023	2024
Effets 2.1 : L'accès à des services	Taux d'utilisation des services de soins à tous les niveaux	ND					

et soins de santé de qualité sont améliorés							
Produit 2.1.1 : Les offres de services et de soins de santé de qualité sont disponibles	Proportion FS ayant atteint au moins 90% de score de qualité selon les normes et standards	ND					
	Proportion de CHR appliquant l'humanisation de soins et 5S	ND					
Produit 2.1.2 : Les infrastructures, équipements, matériels techniques et roulants sont disponibles et mis aux normes	Proportion de mise en œuvre du plan de gestion des infrastructures, équipements, matériels techniques et roulants, y compris les cliniques mobiles	ND					
	Proportion de centres de prise en charge en matière de nutrition fonctionnels	ND					
Produit 2.1.3 : Les intrants de santé de qualité sont disponibles et accessibles	Proportion documents cadre en matière de gestion des intrants de santé élaborés et appliqués	ND					
	Taux de disponibilité de médicaments traceurs à tous les niveaux	ND					
	Proportion de formations sanitaires disposant de base de données logistique opérationnelle	ND					
	Proportion de médicaments génériques locaux, produits de la médecine traditionnelle/médecine conventionnelle ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché	ND					
Effet 2.2 : Les services de soins de santé, de prise en charge des principales maladies transmissibles, des maladies négligées, et des maladies non-transmissibles sont accessibles équitablement par la population	Taux de couverture de services de santé essentielle (Indices de couverture sanitaire universelle, 16 indicateurs)	ND					
Produit 2.2.1 : La CSU est appliquée et effective	Proportion des familles ayant accès aux services de soins de santé de proximité	ND					
	Proportion de services de soins de santé primaires disponibles	ND					

	Taux de fréquentation des centres hospitaliers de référence	ND					
Produit 2.2.1: Le continuum de soins est effectif et centré sur la personne	Proportion de formation sanitaire ayant accès à des moyens de transport pour EVASAN	ND					
	Proportion de Formation Sanitaires ayant des ambulances	ND					
	Proportion de cas référés pris en charge par les formations sanitaires à chaque niveau	ND					

Objectif spécifique 2

Améliorer la disponibilité des offres de soins de qualité dans l'équité et l'utilisation par toutes les couches de la population

Orientation Stratégique 2.2 : Renforcement des interventions relatives au développement de la santé communautaire

NON FINALISE

		Valeur de base	Valeur cible				
Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables		2020	2021	2022	2023	2024
	Améliorer la disponibilité des offres de soins de qualité dans l'équité et l'utilisation par toutes les couches de la population						
Effet 8 La santé communautaire est intégrée dans le système de santé.							
Produit 2.2.1 La gestion, la couverture et la qualité des services de santé communautaire sont améliorées.	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des sites communautaires fonctionnels Proportion de fokontany se trouvant à plus de 5 km d'un CSB disposant de sites communautaires 						

	<p>selon les normes requises</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des AC formés en santé Communautaire • Taux de disponibilité des intrants essentiels au niveau communautaire • Taux de complétude des rapports • Taux de promptitude des rapports. 						
<p>Produit 2.2.2 La participation communautaire pour la résolution des problèmes de santé et le développement des prestations communautaires sont renforcés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de fokontany disposant de CoSan érigés selon les directives et fonctionnels • Proportion des Communes disposant de CCDS fonctionnels 						
<p>Produit 2.2.3 Le système de suivi évaluation en matière de santé communautaire est renforcé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de CSB tenant au moins une fois tous les deux mois un suivi groupé des AC 						
<p>Effet 9 Les interventions communautaires en faveur de la promotion de la santé sont optimisées.</p>							
<p>Produit 2.2.4 L'engagement de tous les acteurs à tous les niveaux à participer à la promotion de la Santé Communautaire suivant les directives du PSNRSC est assuré.</p>	<p>Proportion des séances de sensibilisation et communication pour le changement de comportement en faveur de la santé</p>						

	<p>Proportion des ménages et fokontany ayant accès à l'EAH</p> <p>Proportion des communes déclarant être satisfaits de l'implication des APART, société civile et privée dans les activités de développement sanitaire</p>						
<p>Effet 10 Les interventions communautaires intégrées sont mise à l'échelle.</p>							
<p>Produit 2.2.5 Au moins 80% des structures communautaires à tous les niveaux sont rendus fonctionnelles.</p>	<p>Proportion des Régions, Districts, et Communes disposant des membres de coordination</p>						
<p>Effet 11 La mise en œuvre des interventions est coordonnée</p>							
<p>Produit 2.2.6 Au moins 85% des structures de coordination intersectorielle et interdisciplinaire des interventions de santé communautaire sont devenus fonctionnelles</p>	<p>Taux de fonctionnalité des structures de coordination intersectorielle et interdisciplinaire des interventions de santé communautaire à tous les niveaux.</p> <p>Proportion de CCAGR fonctionnel</p> <p>Proportion de CCACD fonctionnel</p> <p>Proportion des de CCDS et SLC fonctionnels</p>						
<p>Effet 12 La santé communautaire est institutionnalisée</p>							

<p>Produit 2.2.7 La santé communautaire à Madagascar à travers l'application par les parties prenantes des cadres juridiques régissant l'ancrage institutionnel des rôles et attributions des structures de mise en œuvre est institutionnalisée</p>	<p>Taux de disponibilité des textes de référence prévus à élaborer pour cadrer les interventions en santé communautaire à Madagascar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de CSB (ou de communes) disposant des textes juridiques et réglementaires régissant les structures de mise en œuvre de la santé communautaire • Proportion d'intervenants (programmes de santé, projets, ONG, PTF, OSC) disposant des textes juridiques et réglementaires régissant les structures de mise en œuvre de la santé communautaire • Taux d'utilisation des sites communautaires • Taux d'utilisation des consultations externes des CSB. 						
<p>Effet 13 L'approche communautaire est harmonisée</p>							
<p>Produit 2.2.8 L'adoption des mêmes approches sur la mise en œuvre de la santé communautaire et des mêmes systèmes de motivation par les parties prenantes et intervenants dans la santé communautaire sont assurés.</p>	<p>Proportion d'intervenants (programmes de santé, projets, ONG, PTF, OSC) se référant aux textes en vigueur dans la mise en œuvre de leurs interventions, en particulier pour la formation, le système d'encadrement et le système de motivation des agents communautaires.</p>						
<p>Effet 14 La recherche en santé communautaire est renforcée</p>							
<p>Produit 2.2.9 Le cadre de référence et l'exploitation des résultats en matière de recherche en santé communautaire sont développés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de réalisation des projets de recherche en santé communautaire • Proportion d'intervenants (programmes de santé, projets, ONG, PTF, OSC) adhérant et participant au système de partage de 						

	résultats de recherche en santé communautaire <ul style="list-style-type: none"> Proportion de recherches capitalisées 						
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Objectif spécifique 3 : assurer la disponibilité et la gestion performante des ressources en vue d'un système de santé efficace et résilient
Orientation Stratégique 3.1: Gestion performante des ressources matérielles orientée vers des résultats et de l'efficience

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Mode de calcul	Valeur de base	Valeur cible				
				2020	2021	2022	2023	2024
Effet 3.1.1: la gestion des ressources est rationalisée à tous les niveaux du système de santé	Proportion des FS, services et directions dans le besoin dotés en matériel et équipement	Nombre de FS dotés en matériel et équipement*100/Nombre de FS dans le besoin						
Produit 3.1.1.1: les matériels et équipements de santé sont gérés d'une façon prévisionnelle, équitable et transparente	Proportion des FS, services et directions ayant effectué et transmis les inventaires annuels des matériels et équipements	Nombre des FS, services et directions ayant effectué et transmis les inventaires annuels des matériels et équipements*100/Nombre total des FS, services et directions						
Produit 3.1.1.2: la maintenance des matériels, équipements et infrastructures du MSANP à tous les niveaux est effective et pérenne	Proportion des FS, Services et directions ayant réalisé des maintenances et entretien des matériels et équipements	Nombre des FS, Services et directions ayant réalisé des maintenances et entretien des matériels et équipements*100/Nombre total des FS, Services et directions						
Produit 3.1.1.3: le système de suivi et contrôle de l'utilisation des ressources de santé est renforcé et opérationnel	Proportions des FS, services et directions suivis et contrôlés	Nombre des FS, suivi et contrôlés*100/Nombre total des FS						
Produit 3.1.1.4: les patrimoines et les biens appartenant au MSANP sont protégés	Proportion des structures sanitaires disposant de certificat de situation juridique au nom du MSANP	Nombre des structures sanitaire ayant de certificat de situation juridique*100/Nombre total de structure sanitaire						

Objectif spécifique 3 : assurer la disponibilité et la gestion performante des ressources en vue d'un système de santé efficace et résilient							
<i>Orientation Stratégique 3.2: Gestion optimale des ressources humaines en santé de qualité</i>							
Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Valeur de base	Valeur cible				
			2020	2021	2022	2023	2024
Effet 3.2.1: La gestion rationnelle et équitable des ressources humaines est assurée	Ratios nombre d'habitant par médecin généraliste, infirmier et sage-femme (<i>population/nombre d'agents de santé concernés dans le secteur public</i>)	13018 par médecin généraliste 9497 par infirmier 10200 par sage-femme					12000 8500 9000
Produit 3.2.1.1: L'opérationnalisation du système de gestion des ressources humaines est effective	Pourcentage des dossiers administratifs relatifs aux carrières des agents du MSANP traités à temps (<i>nombre de dossiers traités à temps/ nombre total de dossiers à traiter</i>)	ND					100%
Produit 3.2.1.2: Les ressources humaines sont mises aux normes à tous les niveaux (en quantité et en qualité)	Pourcentage de CSB disposant d'au moins deux agents de santé au poste (<i>nombre de CSB avec au moins deux agents/nombre total de CSB publics</i>)	45%					70%

Objectif spécifique 3 : Assurer la disponibilité et la gestion performante des ressources en vue d'un système de santé efficace et résilient							
<i>Orientation Stratégique 3.3 : Renforcement de la gestion performante des ressources financières du système de santé permettant l'offre de services de santé de qualité et équitable à travers le développement de la protection financière de la population à l'utilisation des soins</i>							
Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Valeur de base	Valeur cible				
			2020	2021	2022	2023	2024
Effet 6.1 : Les entités gestionnaires de ressources financières du MSANP à tous les niveaux assurent l'application des mécanismes et outils de gestion	% d'entités gestionnaires de ressources financières du MSANP assurant l'application	0	10	25	50	75	100

performante permettant l'offre de soins de qualité et équitable	des mécanismes et outils de gestion performante permettant l'offre de soins de qualité et équitable						
Produit 6.1.1. Le budget alloué à la santé affiche une hausse soutenue annuelle de 0,7% du budget total de l'Etat pour atteindre 10% en 2024	% du budget alloué à la santé par rapport au budget total de l'Etat	6,65	7,35	8,05	8,75	9,45	10,15
Produit 6.1.2. Les 23 régions et 114 districts sanitaires disposent et appliquent les documents cadres et outils de gestion financière	% des districts sanitaires et régions appliquant les documents cadres et outils de gestion financière de santé	0	10	25	50	75	100
Produit 6.1.3. Les 23 régions et 114 districts sanitaires présentent un taux d'absorption financière supérieure ou égale à 95%	Taux d'engagement global de la région et/ou du district	65	70	80	85	90	95
Produit 6.1.5. 100% des formations sanitaires à tous les niveaux font l'objet de suivi et contrôle réguliers sur la gestion du FANOME et des Fonds d'équité	% des formations sanitaires ayant fait l'objet de suivi et contrôle	0	10	25	50	75	100
Produit 6.1.6. 100% des districts sanitaires mettent à la disposition de leur population au moins deux mécanismes de protection financière à l'accès aux soins	% de districts sanitaires ayant mis à disposition de leur population au moins deux mécanismes de protection financière à l'accès aux soins	0	10	25	50	75	100

Obj spécifique 4 : Renforcer le système de gestion efficiente pour une redevabilité mutuelle à tous les niveaux du système de santé

Orientation Stratégique 4.1: Renforcement du cadre institutionnel, de la gouvernance et de la coordination du système de santé

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Valeur de base	Valeur cible				
			2020	2021	2022	2023	2024
Effet 4.1.1: Les cadres juridiques et institutionnels du système de santé national sont renforcés à tous les niveaux	Nb de documents politiques élaborés/mis à jour/disséminés	70					
Produit 4.1.1.1: Les documents de référence politique, stratégie et législatifs sont appliqués à tous les niveaux	Proportion de documents de références appliqués niveau périphérique (Nb de documents appliqués /Nb de documents élaborés)	ND	20	30	40	50	60

Effet 4.1.2 : La bonne gouvernance et le leadership à tous les niveaux sont appropriés	Proportion de réunion organisé par le Ministère prônant la redevabilité et la transparence (Nb de réunion tenue par rapport au prévue)	ND	50	60	70	80	90
Produit 4.1.2.1: les dispositifs institutionnels de contrôle et de sanction sont mis en place et opérationnels	Proportion d'actions/sanctions effectuées après les vols et détournements (nb d'actions/sanctions par rapport aux nb de vols et détournements)	ND	10	20	30	40	50
Produit 4.1.2.2: Un Leadership plus efficace à tous les niveaux fournissant une délégation de pouvoir appropriée	Pourcentage de hauts responsables formés en leadership.(Nb de hauts responsables formés par rapport au prévus)	ND	50	60	70	80	90
Produit 4.1.2.3: Un mécanisme de redevabilité au sein du secteur santé à tous les niveaux effectif	Proportion de réunions/ communication pour diffusion de performance ou exécution budgétaire effectués par MSANP et OSC (Nb de réunion/communication effectuées par rapport au prévus)	ND	50	60	70	80	90
Effet 4.1.3: Les interventions du secteur sont coordonnées et harmonisées sous le leadership fort du Ministère en charge de la Santé	Proportion de réunion de coordination avec PTF et OSC organisé par le Ministère (Nb de réunions de coordination effectuée par rapport au prévue)	ND	50	60	70	80	90
Produit 4.1.3.1: les coordinations efficaces à tous les niveaux sont effectives	Proportion des PTF qui s'alignent aux priorités du Ministère de la santé(Nb de PTF s'alignant aux priorités du MSANP par rapport au nb total de PTF œuvrant dans la santé)	ND	70	75	80	90	100
Effet 4.1.4: La planification avec des mécanismes de suivi - évaluation efficaces prônant la gestion axée sur les résultats sont améliorés.	% des activités réalisées dans le PTA du MSANP(Nb d'activités réalisées par rapport aux prévues dans le PTA MSANP	25	40	50	60	70	80
Produit 4.1.4.1: La planification à travers la gestion axée sur les résultats est améliorée	Proportion d'activités dans le PTA du MSANP avec sources de financement sûrs(Nb activités avec sources de financement sûr par rapport à toutes les activités du PTA)	ND	40	50	60	70	80
Produit 4.1.4.2: Un mécanisme efficace de suivi-évaluation axé sur les résultats est effectif	Proportion des descentes pour suivis de performances des régions (CSEP) effectuées par le niveau central(Nb de	50	70	75	80	90	100

	descentes pour suivi CSEP effectuées par rapport aux prévues)						
--	---------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Obj spécifique 4 : Renforcer le système de gestion efficiente pour une redevabilité mutuelle à tous les niveaux du système de santé							
Orientation Stratégique 4.2 : Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé pour une planification et gestion efficiente A finaliser							
		Valeur de base	Valeur cible				
			2020	2021	2022	2023	2024
Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables						
Effets 22: Les informations sont disponibles à temps, les matériels et équipements sont mis aux normes	-Proportion des informations disponible à temps ou taux de promptitude Nbre des structures ayant émises des informations à temps/ Nbre total des structures -% des matériels et équipements mis aux normes Nbre des structures ayant reçu des matériels et équipements mis aux normes/Nbre total des structures						
Produit 4.2.1: Les outils de gestion en matière de SIS, les applications et matériels à tous les niveaux sont disponibles.	-Proportion des outils de gestion en matière SIS disponible ; Nbre des structures ayant des O.G en matière SIS/ Nbre total des structures -Proportion des applications et matériels						

	disponibles à tous les niveaux ; Nbre structures ayant des applications et matériels à tous les niveaux / Nbre total des structures						
Produit 4.2.2: Les bases de données intégrées sont informatisées et sécurisés	Proportion des bases de données informatisées Proportion des bases de données sécurisées. Nbre des structures sanitaires disposant des bases de données informatisées et sécurisées /Nbre total des structures sanitaires (SDSP, DRSP, CHU, Central...)						
Effets 23 : Les informations de qualité sont utilisées et disséminées pour la prise de décision	Proportion des informations de qualité utilisées pour la prise de décision. Proportion des informations de qualité disséminées pour la prise de décision. Nbre de prise de décision pour des informations de qualité /Nbre des informations disponibles						
Produit 4.2.3: Les données sont analysées	Proportion des données analysées Nbre des données analysées/Nbre des données disponibles						
Produit 4.2.4: L'accessibilité aux données est renforcée	Proportion de l'accessibilité des données renforcée Nbre des données accessibles/Nbre total de données disponibles						
Effets 24 : La recherche	Proportion de la recherche						

opérationnelle est développée à tous les niveaux	opérationnelle développée à tous les niveaux Nbre des structures ayant diffusé et publié des innovations/Nbre total des structures						
Produit 4.2.5: L'environnement institutionnel est créé	Proportion de l'environnement institutionnel créé Nbre d'institutions ayant des relations international / Nbre des institutionnels existants						
Produit 4.2.6: La recherche opérationnelle est fonctionnelle	Proportion des structures ayant diffusé de la recherche opérationnelle Nbre de structure ayant diffusé la R.O/Nbre de structures existantes Proportion des structures ayant effectué de la recherche opérationnelle Nbre de structure ayant effectué la R.O/Nbre de structures existantes						

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Le plan de mise en œuvre du PDSS concerne la période allant de 2020 à 2024 et repose essentiellement sur le leadership, la coordination et l'opérationnalisation des différentes interventions répondant aux résultats attendus. Le niveau central élabore le Plan de Mise en Œuvre du plan stratégique (PMO) en identifiant les responsables de mise en œuvre de chaque grande ligne d'interventions par niveau et par entité. Chaque niveau central, régional et district développent leur plan de travail annuel en se référant au PMO et réalisent leurs interventions planifiées contribuant à l'atteinte des résultats et en priorisant les activités selon les besoins.

Les activités mentionnées dans le plan de travail par année font référence aux grandes lignes d'intervention inscrites dans le PDSS afin que toutes interventions convergent aux mêmes résultats/effets escomptés.

Les Partenaires Techniques et Financiers, les ONG, la sociétés civile, les parties prenantes contribueront à la réalisation des différentes activités planifiées selon leur domaine et zone d'intervention.

Ci après un modèle de PMO :

Objectif spécifique Orientation stratégique						
Grandes lignes d'intervention	Niveau d'implication Central, Régional, District	Période concerné e Année	Responsable (s) impliqué (s) Entité concernée	Coût	Source financement	Observations

Ci après un modèle de PTA par entité: 2021

Objectif spécifique Orientation stratégique							
Grandes lignes d'intervention	Activités	Lieu	Chronogramme par mois	Responsable	Moyens	Montant	Observations

Une équipe centrale dirigée par le Secrétariat Général et la DEPSI orientera toutes les parties prenantes à tous les niveaux sur la mise en œuvre du PDSS 2020 – 2024 selon un calendrier défini.

CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Le cadre de suivi et évaluation constitue un outil de mesure de la réalisation des interventions par orientation stratégique et de l'atteinte des résultats fixés et attendus du Plan de Développement du Secteur Santé pour la période de 2020-2024. L'intégration des résultats et des indicateurs clés de performance à travers un cadre de rapportage par l'utilisation du système d'information sanitaire assure la mesure de la mise en œuvre du PDSS.

L'approche de gestion axée sur les résultats (GAR) couplée avec la théorie du changement assure l'expression de l'analyse des interactions entre les résultats de progrès (réalisation des interventions) et les coûts y relatifs pour mesurer l'efficacité des interventions. La mise en œuvre des interventions décrites dans le PDSS vise à renforcer le système de santé à tous les niveaux et contribuera principalement à améliorer les indicateurs clés, en vue d'atteindre les objectifs du secteur santé.

Le cadre de Suivi-évaluation offre l'opportunité d'évaluer la performance des acteurs, des structures des différents niveaux du système de santé par le biais des revues périodiques et qui feront appel à des expertises multi-acteurs et multidisciplinaires dans les domaines programmatiques et gestionnaires. Le Suivi-évaluation impliquera les responsables à tous les niveaux du système de santé et sera focalisé sur le suivi des capacités de planification, de coordination et d'harmonisation des interventions, d'opérationnalisation, de mobilisation et d'utilisation des ressources.

Le cadre logique et la matrice de résultat sont parmi les outils de référence utilisés par les responsables de suivi et évaluation à tous les niveaux. La périodicité du suivi se fera trimestriellement à l'aide d'un outil de suivi standard en cohérence avec le PTA de chaque entité. La collecte des canevas de suivi dûment rempli et l'analyse de l'état d'avancement des interventions sont sous la responsabilité de l'équipe de suivi et évaluation de la DEPSI. A chaque fin d'année, un bilan de réalisation et d'atteinte des résultats fera l'objet d'une séance de partage à toutes les parties prenantes.

Une revue à mi parcours est indispensable afin d'évaluer la mise en œuvre du PDSS, de nouvelles orientations stratégiques pourraient être identifiées en cas de non atteinte des résultats. L'organisation de cette revue sera sous le leadership des décideurs en collaboration avec les PTFs.

Ci après un canevas de suivi des résultats : Effet et Produit

Résultats/out come et out put			2020	2021	2022	2023	2024
Effet / Produit	Indicateurs	Valeur de base	Valeur Réalisée	Valeur Réalisée	Valeur Réalisée	Valeur Réalisée	Valeur cible
Effet 1	Indicateurs d'effet 1						
<i>Produit 1.1</i>	<i>Indicateurs de produit 1.1</i>						
<i>Produit 1.2</i>	<i>Indicateurs de produit 1.2</i>						
.....						
Effet 2	Indicateurs d'effet 2						
<i>Produit 2.2</i>	<i>Indicateurs de produit 2 .1</i>						
<i>Produit 2.3</i>	<i>Indicateurs de produit 2.2</i>						
.....						

CONCLUSION (en cours d'amélioration et finalisation)

Madagascar dispose du document de stratégies nationales du secteur Santé pour la période de 2020-2024. Ce document appelé communément le Plan de Développement du Secteur de la Santé (PDSS 2020-2024) constitue le cadre de référence de toutes les interventions en matière de santé. Le PDSS 2020-2024 répond aux orientations de la Politique nationale de Santé (PNS), du plan de développement du pays découlant de la vision IEM et de la PGE, des ODD en santé et le renforcement du système de santé vers la réalisation de la CSU.

La conduite de la revue du PDSS 2015-2019 a renseigné le niveau de performance du système de santé à travers les indicateurs de résultats et d'identifier les goulots d'étranglement de la mise en œuvre des interventions essentielles y relatives.

Le présent Plan de Développement du secteur de la santé (PDSS 2020-2024), d'une grande importance pour le pays et spécifiquement pour le secteur santé, renferme les analyses de la situation découlant des différents documents et travaux de entités à tous les niveaux permettant de déterminer les orientations stratégiques identifiées selon la planification ascendante, inclusive et participative et appliquant l'approche de la Gestion axée sur les résultats couplée à la théorie du changement.

Cette approche assure l'implication des responsables des structures sanitaires à tous les niveaux pour la mise en œuvre du PDSS selon les instructions, les capacités, les moyens disponibles en vue du développement de la culture de suivi-évaluation.

Ce document de stratégies du secteur santé est essentiel pour assurer la bonne coordination des interventions en santé, la meilleure harmonisation des approches et l'alignement des partenaires pour la redevabilité mutuelle de tous les acteurs vis-à-vis de la population.

La mise en œuvre de ce Plan de Développement du secteur santé requiert la vulgarisation du document à tous les acteurs et leur implication effective pour une appropriation à tous les niveaux. De même, elle nécessite la mobilisation des ressources pour un financement adéquat, une gouvernance responsable, un cadre institutionnel fort pour le développement du système de santé national en vue de la Couverture santé universelle. Le Plan de Développement du secteur pour la période de 2020-2024 est un document de plaidoyer du secteur santé pour la mobilisation des ressources.

BIBLIOGRAPHIE

- 01 APMF Agence portuaire et fluvial, 14 juin 2018
- 02 Banque mondiale 2018/ Madagascar vue d'ensemble
- 03 Direction des Instituts de Formation des Paramédicaux, Service de Coordination des Paramédicaux, données statistique des six IFIRP, septembre 2019.
- 04 Données du système d'information sanitaire, MSANP
- 05 Enquête MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) 2018
- 06 Enquête MICS 2018
- 07 Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction, 2009
- 08 <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/m/abstract/Js18744fr>
- 09 Les incidences de la corruption sur le domaine de la santé à Madagascar - Rapport de diagnostic, Transparency International - Initiative Madagascar, avril 2019
- 10 MICS 6 Madagascar 2018 Education
- 11 MSANP, Plannational de développement des ressources humaines en santé à Madagascar (PNDRHS), 2015
- 12 Note N°323 portant modification du protocole de PEP contre la rage.
- 13 Objectifs de Développement Durable, 2015-2030
- 14 OMS/ Relevé Epidémiologique Hebdomadaire (REH) No 35, 2016, 91, 405-420
- 15 OMS/ Relevé Epidémiologique Hebdomadaire (REH) No 35, 2016, 91, 405-420
- 16 Perspective de la population dans le monde 2019 : Nations Unies
- 17 Plan directeur de lutte contre les MTN 2019-2023, SMEETN, MSANP
- 18 Plan Emergence Madagascar, Secteur Santé, 2019
- 19 Présentation de Madagascar/ France Diplomatie
- 20 Programme National de Lutte contre la lèpre, 2018, Madagascar.
- 21 Rapport sur le profil du dividende démographique de Madagascar, 24 décembre 2018
- 22 Rapport sur l'état de l'environnement-Situation des principaux indicateurs environnementaux à Madagascar, janvier 2007
- 23 Résultats provisoires RGPH-3 CCER (Cellule Centrale d'Exécution du Recensement), 2018
- 24 RGPH-3 (Recensement Général de la Population et de l'Habitation), 1993
- 25 Situation de la situation de la sécheresse dans le grand Sud de Madagascar, Unicef : 1^{er} octobre 2019)
- 26 Statistique provient du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique in <http://www.mesupres.gov.mg/IMG/pdf/liste-des-institutions-sup-paramed-mai-2019.pdf>