



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Tanindrazana - Fahafahana - Fandrosoana

MINISTRE DE LA SANTE, DU PLANNING FAMILIAL
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Plan de Développement Secteur Santé 2007-2011



PDSS 2007-2011

AVANT-PROPOS

Le Madagascar Action Plan (MAP), un plan audacieux pour le développement rapide du pays, contribue à la réalisation des engagements internationaux et nationaux (OMD, Vision Madagascar Naturellement) en vue de la réduction de la pauvreté.

Ces dernières années, le secteur santé a entrepris des avancées considérables dans le renforcement du système et en particulier en matière de santé maternelle et infantile ainsi que la lutte contre les maladies. Malgré cette évolution, il est nécessaire de doubler les efforts pour atteindre les objectifs fixés dans l'engagement 5 du MAP. A cette fin, le Ministère de la Santé et du Planning Familial a élaboré le présent document en vue de l'opérationnalisation de la politique sectorielle en matière de santé, des stratégies et des projets prioritaires définis dans le MAP. Ce document de planification a été conçu en consultation avec tous les partenaires dans le cadre de l'approche sectorielle élargie.

Enfin, je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce document de travail et je les invite à participer activement à sa mise en œuvre. Je souhaite plein succès au Ministère de la Santé et du Planning Familial ainsi qu'à ses partenaires dans l'accomplissement des engagements **pris** pour le bien-être de la population malagasy.

Docteur Robinson JEAN LOUIS
Ministre de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	6
I. INTRODUCTION ET CONTEXTE	9
CONTEXTE GENERAL	11
1.1.1. Données géographiques	11
1.1.2. Données démographiques	11
1.1.3. Données socio-culturelles	11
1.1.4. Situation économique	12
1.1.5. Organisation administrative du pays	12
1.1.6. Organisation du système de santé	12
1.1.7. Le système national de santé	12
CONTEXTE SANITAIRE	14
1.1.8. Politiques nationales	14
1.1.9. Politiques internationales :	14
II. SITUATION ACTUELLE, PROBLEMES :	15
2.1. SYSTEME NATIONAL DE SANTE	15
2.1.1. Cadre juridique et institutionnel	15
2.1.2. Décentralisation et déconcentration	16
2.1.3 Ressources Humaines	17
2.1.4. Infrastructure et équipement	18
2.1.5. Réforme hospitalière	20
2.1.6. Médicaments essentiels, consommables médicaux, et réactifs	21
2.1.7. Financement du système de santé	22
2.1.8. Organisation et gestion	25
2.1.9. Partenariat	27
2.2. SANTE DE LA MERE ET SURVIE DE L'ENFANT	28
2.2.1. Santé de la Mère	28
2.2.2. Survie de l'enfant	29
2.3. MALADIES LIEES A L'ENVIRONNEMENT	31
2.3.1. Maladies Transmissibles	31
2.3.2. Maladies Non Transmissibles	35
2.4. PROMOTION DES COMPORTEMENTS SAINS ET PROTECTION DE LA SANTE	38
2.4.1. Promotion de la santé et IEC – Mobilisation Sociale	38
2.4.2. Sécurité alimentaire et qualité des denrées alimentaires	38
2.4.3. Tabagisme et toxicomanie	39
2.4.4. Hygiène et assainissement.	39
2.4.5. Gestion des risques et des catastrophes	40
III. CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATEGIE SECTORIELLE SANTE MALAGASY	41
IV. RESULTATS FINAUX, STRATEGIES ET INTERVENTIONS	43
4.1. RENFORCER LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE	44
4.1.1. Cadre juridique et institutionnel	44
4.1.2. Décentralisation et déconcentration	44
4.1.3. Ressources Humaines	45
4.1.4. Infrastructure, équipement et qualité de service	46
4.1.5. Réforme hospitalière	46

TABLE DES MATIERES

4.1.6. Médicaments	47
4.1.7. Financement du système de santé	48
4.1.8. Organisation et Gestion	48
4.1.9. Stimulation de la demande	51
4.2. AMELIORER LA SURVIE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	52
4.2.1. Santé de la Mère	52
4.2.2. Survie de l'enfant	53
4.3. RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES LIEES A L'ENVIRONNEMENT	56
4.3.1. Lutte contre les Maladies Transmissibles	56
4.3.2. Lutte Contre Les Maladies Non Transmissibles	60
4.4. ACCROITRE LA PROTECTION DE LA SANTE AINSI QUE LA PROMOTION DES COMPORTEMENTS SAINS	62
4.4.1. Promotion de la santé	62
4.4.2. Sécurité alimentaire et qualité des denrées alimentaires	62
4.4.3. Tabagisme et toxicomanie	63
4.4.4. Hygiène et assainissement	63
4.4.5. Gestion des risques et des catastrophes	64
V. PRIORISATIONS ET MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS	65
5.1. OBJECTIF INTERMEDIAIRE 1 : RENFORCER LE SYSTEME DE SANTE	66
5.1.1. Interventions/actions Immédiates	66
5.1.2. Interventions/actions à court terme	67
5.1.3. Interventions/actions à moyen terme	69
5.2. OBJECTIF INTERMEDIAIRE 2 : SURVIE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	71
5.2.1. Interventions/actions Immédiates	71
5.2.2. Interventions/actions à court terme	72
5.2.3. Interventions/actions à moyen terme	73
5.3. OBJECTIF INTERMEDIAIRE 3 : LUTTE CONTRE LES MALADIES LIEES A L'ENVIRONNEMENT	74
5.3.1. Interventions/actions Immédiates	74
5.3.2. Interventions/actions à court terme	75
5.3.3. Interventions/actions à moyen terme	77
5.4. OBJECTIF INTERMEDIAIRE 4 : ACCROITRE LA PROTECTION DE LA SANTE AINSI QUE LA PROMOTION DES COMPORTEMENTS SAINS	78
5.4.1. Interventions/actions Immédiates	78
5.4.2. Interventions/actions à court terme	79
5.4.3. Interventions/actions à moyen terme	80
VI. FINANCEMENT DU PLAN	81
6.1. METHODOLOGIE D'ESTIMATION BUDGETAIRE	81
6.2. COUTS ESTIMATIFS	82
6.3 ESTIMATION DES RESSOURCES DISPONIBLES	84
VII. MECANISME DE SUIVI ET EVALUATION	86
7.1. SYSTEME DE SUIVI ET D'EVALUATION	86
7.2. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION	86
7.3. TABLEAU DES PRINCIPAUX INDICATEURS DU SECTEUR DE LA SANTE	86
7.4. SELECTION DES INDICATEURS	86

LISTE DES ABREVIATIONS

ACD	Atteindre Chaque District
ACT	Artemisinin Combination Therapy
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ARV	Antirétroviraux
BCG	Bacille de CALMETTE ET GUERIN
BIT	Bureau International du Travail
BSD	Bureau de Santé de District
CDT	Centres de Diagnostic et de Traitement
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CHD	Centre Hospitalier de District niveau I et II
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	Consultation Pré-Natale
CRENA	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive
CSB	Centre de Santé de Base
CT	Centre de Traitement
CTV	Conseil Test Volontaire
DOTS	Directly Observed Treatment Short Court
DRSPF	Direction Régionale de Santé et du Planning Familial
DS	District Sanitaire
DTC3	Diphtérie-Tétanos- Coqueluche (3ème injection)
DTCHépb	Diphtérie-Tétanos- Coqueluche – Hépatite B
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
EMAD	Equipe de Management District
EPM	Enquête pour Ménage
FANOME	Fandraisan'Anjara NO Mba Entiko – Financement pour l'Approvisionnement NON-stop des Médicaments.
FE	Fonds d'Equité
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération Technique Allemande)
HiB	Haemophilus influenzae type b
HTC	Hautes Terres Centrales
IEC	Information – Education – Communication
IEC/CCC	Information – Education – Communication / Communication pour le Changement de Comportement
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible (ex-MST)
DIRDS	Direction Inter Régionale de Développement Sanitaire
MSPF	Ministère de la Santé et du Planning Familial
LCQM	Laboratoire de Contrôle de Qualité des Médicaments
MMR	Maternité à Moindre Risque
ODM	Objectifs de Développement du Millénaire
OG	Organismes Gouvernementaux
OIT	Organisation Internationale du Travail

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORSTOM	Institut français de Recherche scientifiques pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCD	Plan Communal de Développement
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDD	Plan de Développement de District
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planning Familial
PFA	Paralyse Flasque Aiguë
PGE	Politique Générale de l'Etat
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POLIO	Poliomyélite
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PRD	Programme Régional de Développement
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficiência Acquisée
SIG	Système d'Information pour la Gestion
SMI	Santé Maternelle Infantile
SMI/PF	Santé Maternelle et Infantile/ Planning Familial
SMIR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SSD	Service de Santé de District
SSME	Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant
SSSD	Service de la statistique Sanitaire et Démographique
SV	Service de la Vaccination
TCV	Taux de Couverture Vaccinale
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TPI	Traitement Présomptif Intermittent
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency of International Development
VAR	Vaccin AntiRougeoleux
VAT	Vaccin AntiTétanique
VPO	Vaccin AntiPoliomyélite
VIH	Virus d'Immunodéficiência Humaine

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Cette phrase tirée du préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est l'illustration parfaite de la place de la santé dans l'échiquier des facteurs essentiels pour le bien être de l'humanité et de son développement intégral.

Promouvoir la santé, c'est clairement et simplement permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent. (Chartre de Bangkok, Août 2006). C'est à la fois reconnaître le rôle essentiel des activités de soins curatifs et avoir l'ultime conviction que les activités promotionnelles devraient constituer le socle d'un développement sanitaire véritable, garant de l'essor économique d'un pays.

L'état de santé de la population constitue la base de son bien être et de sa capacité à produire. Le secteur santé tient par conséquent une place non négligeable dans le développement social et économique de notre pays.

Aujourd'hui, Madagascar met en œuvre des programmes et des stratégies de développement pour atteindre des objectifs à long terme, définis sur le plan national et international. L'élaboration de ce document relatif au secteur santé tient compte de ces différents objectifs. En effet, le plan de développement du secteur santé assure la mise en œuvre des stratégies relatives à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, le Madagascar Action Plan et la Politique Nationale de Santé.

Dans le domaine de la santé, la redynamisation du système de santé, basée sur les régions et les districts sanitaires, a été relancée par l'affectation des moyens humains et matériels nécessaires à la bonne marche des services. Cette mesure a eu des impacts remarquables sur la santé de la population. Ces résultats sont à mettre au compte de la synergie suffisante avec les autres actions sectorielles liées à la santé, notamment la nutrition, l'eau, l'assainissement et la sécurité alimentaire. En outre, des efforts ont été menés en faveur des couches les plus vulnérables et les populations des zones enclavées à travers la mise en place du fonds d'équité et la construction ou réhabilitation d'infrastructures sanitaires au niveau périphérique.

Le présent plan est conçu afin de matérialiser la mise en œuvre des différentes stratégies définies dans la Politique Nationale de Santé qui est le document de référence en matière de développement sanitaire à Madagascar. En général, les réformes du secteur santé sont conformes aux objectifs du millénaire pour le développement et rejoignent les engagements du Madagascar Action Plan.

L'objet de ce document est de :

- Déterminer les actions concrètes pour mettre en application les axes stratégiques de la Politique Nationale de Santé après analyse de la situation actuelle et des problèmes
- Définir les résultats, les stratégies et les interventions afin d'atteindre les objectifs fixés pour la période 2007-2011.
- Présenter la priorisation et la mise en œuvre des interventions.
- Faire une estimation des coûts pour la réalisation des actions.
- Etablir un mécanisme de suivi et d'évaluation au niveau national, régional et périphérique (districts).

Les perspectives de croissance économique et d'évolution des principaux équilibres de l'économie nationale font ressortir, la nécessité de réaliser une croissance conséquente et soutenue, favorable à la création d'emplois, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie des catégories sociales les plus défavorisées. Cette croissance est tributaire du renforcement d'actions susceptibles d'améliorer le niveau de la productivité des investissements privés, de rationaliser le secteur public, de dynamiser le secteur financier et d'encourager l'épargne, mais aussi de l'accélération de la mise en œuvre des mesures tendant à améliorer la compétitivité de l'économie nationale, condition essentielle pour l'expansion des exportations et la réalisation d'une croissance économique forte.

Une telle perspective ne peut être concrétisée qu'à travers l'adoption d'une stratégie de croissance économique qui favoriserait un développement social approprié, et où la santé devrait trouver une place privilégiée. En effet, les coûts d'opportunité demeurent assez élevés si on oppose les « bénéfiques » d'un investissement suffisant et rationnel dans la santé (productivité supérieure, absentéisme moindre, qualité du travail, amélioration du bien-être, réduction des disparités sociales et régionales, ...) aux coûts engendrés par un engagement timide (environnement familial et du travail dégradé, sanctions économiques et sociales élevées des soins tardifs, impact sur les budgets familiaux et sociaux, maintien voire renforcement des iniquités, ...). Améliorer la santé reste donc un objectif réaliste et souhaitable compte tenu de l'existence des ressources, des connaissances et des compétences.

Les différentes analyses de **l'état de santé** de la population malagasy et du fonctionnement du système sanitaire mis en place ont permis d'apprécier, de façon concrète, les acquis positifs enregistrés tout au long de ces trois dernières décennies, mais aussi de mesurer l'importance des efforts qu'il faudra encore déployer.

Ces analyses ont également fait ressortir l'amorce, depuis quelques années, d'une transition démographique et épidémiologique dont les conséquences pèseront à moyen et long terme sur la nature et le volume des services que devra fournir le système de santé. Il s'y ajoute le développement d'une plus grande exigence de la population vis à vis de tout ce qui touche à **sa santé** en raison de l'impact de l'éducation, de l'urbanisation et du libre accès à l'information. Les changements induits par la régionalisation, l'ouverture progressive de l'économie et les perspectives d'intégration à la zone de libre échange avec le SADC imposeront eux aussi au système de santé, le développement progressif de ses capacités et leur renforcement pour se réajuster et s'adapter, au fur et à mesure, à l'évolution de la demande et de l'offre de soins.

Par conséquent, le système de santé se trouve maintenant à la croisée des chemins, un certain nombre de réformes s'impose en vue d'instaurer la meilleure voie pour réguler, financer et fournir des services de qualité, efficaces et équitables.

Il est donc apparu nécessaire de définir les bases d'une nouvelle stratégie de santé qui devra orienter à court, moyen et long terme toutes les actions sanitaires ainsi que le développement du système. Cependant, avant d'examiner les éléments constitutifs de cette stratégie, il paraît important de définir le système national de santé ainsi que le cadre d'analyse et de conceptualisation de la stratégie sectorielle.

1.1.1. Données géographiques

L'île de Madagascar, située entre le 12^e et le 27^e degré de latitude sud et le 43^e et le 50^e de longitude est, mesure 1580km du nord au sud et 550 km d'ouest en est. Sa superficie est de 587 047 km² avec une altitude moyenne de 800 à 2.400 m. Sur la côte orientale, le plateau tombe sur l'océan indien par un escarpement abrupt ; à l'ouest, il s'abaisse graduellement jusqu'au Canal de Mozambique.

C'est un fragment de l'Afrique qui s'est détaché du continent, plus précisément à la hauteur de Tanzanie, et a ensuite dérivé vers l'Est puis vers le Sud.

Le pays est doté d'une riche diversité physique. Il se répartit en plusieurs zones géographiques dont la savane et les plaines de l'Ouest, les hautes terres intérieures, les falaises et les forêts tropicales à l'Est, les enclaves du Nord et enfin les plateaux semi-désertiques du Sud et du Sud-Ouest.

1.1.2. Données démographiques

Estimée à 16.545.451 habitants en 2004, la population est caractérisée par sa jeunesse avec 48% de la population ayant moins de 15 ans. Le taux de croissance annuel est de 2.8% et l'espérance de vie à la naissance en 2005 est de 56 ans. Les enfants de moins de 5ans représentent 18% de la population et les femmes en âge de procréer 23.4% en 2004.

La densité moyenne de 21 habitants/km², est très inégale à travers le territoire avec des zones très faiblement peuplées à côté des zones à peuplement concentré : 62 habitants/km² dans la province d'Antananarivo contre 9 seulement dans celle de Mahajanga

1.1.3. Données socio-culturelles

Madagascar a été peuplé par les migrations successives provenant d'Indonésie et d'Afrique. Venus par vague, marins indonésiens, malais, indiens, chinois, pêcheurs africains ou arabes, pirates européens se sont amalgamés pour constituer une entité particulière. Malgré cette origine, la langue reste unique pour les dix huit ethnies. Cette unicité dans la diversité constitue un atout majeur dans le développement socioculturel du pays. Diverses religions sont librement pratiquées dans le pays, dont la religion traditionnelle, chrétienne et musulmane. Ancienne colonie française, le pays a obtenu son indépendance en 1960. Jusqu'en 2006, trois Républiques se sont succédées.

Deux problèmes sociaux prioritaires prévalent à Madagascar, à savoir la faible scolarisation des enfants et la mauvaise condition féminine. L'école que la colonisation a léguée reste élitiste, et la déperdition scolaire est importante : sur 100 élèves qui entrent en classe de 11^eme, 35 parviennent en classe de 7^eme (40% pour les garçons et 30% pour les filles). La distorsion entre la langue d'enseignement (le français) et la langue de la vie quotidienne (le malgache) écarte systématiquement les ruraux qui constituent près de 80% de la population : peu ou pas de pratique du français en dehors des villes. La maîtrise du français incite d'ailleurs de nombreux jeunes à l'exode rural. Le phénomène d'exclusion est donc important (non scolarisation et déscolarisation).

Concernant la condition féminine, la situation actuelle montre une prévalence des barrières socioculturelles à l'intégration de la femme dans le processus de développement, des inégalités liées au genre, la non prise en compte des activités féminines représentant plus de 50% des emplois informels, dans la comptabilité nationale. D'autres difficultés méritent l'attention telles que la faiblesse des données sur les femmes, le faible accès des femmes aux ressources et aux technologies nouvelles visant à réduire les charges de leur travail, et l'absence de structure d'information et d'orientation des femmes, notamment rurales sur leurs droits.

Au cours des 30 dernières années, la croissance démographique élevée combinée à une baisse du taux de croissance du PIB, a engendré les problèmes sociaux suivants :

- aggravation de la pauvreté touchant plus particulièrement les femmes et les enfants
- faible fréquentation des centres de santé
- dégradation des conditions de vie
- faiblesse de la participation des femmes au pouvoir de décision

1.1.4. Situation économique

Après 25 ans de stagnation et d'appauvrissement, Madagascar a connu à la fin des années 90 une croissance généralement supérieure au taux de croissance de la population, tirée des exportations de la Zone Franche, mais qui ne s'est pas traduite par une amélioration sensible du niveau de vie. En paralysant tous les secteurs d'activités, la crise de 2002 a provoqué une importante récession de -12%.

La confiance, dont bénéficie les autorités malgaches auprès des bailleurs de fonds après la crise, s'est traduite par un soutien massif qui permet de conduire une politique de grands investissements publics dans les domaines prioritaires des infrastructures routières et de l'éducation. Cette politique dynamise la croissance dont le taux s'élève à 9,6% en 2003, 5,3% en 2004 et 4,7% en 2005. Néanmoins, les dépréciations de la monnaie nationale par rapport au dollar et le coût élevé du pétrole ont entraîné une inflation et une forte diminution du pouvoir d'achat durement ressenties par les ménages.

Madagascar est classé 146e sur 177 pays évalués en ce qui concerne l'indice du Développement Humain 2003 qui est de 0,499. Le PIB par personne et par an était estimé à 330 US\$ en 2004.

Malgré la relance de l'économie, le ratio de pauvreté diminue très faiblement, passant de 77,2% en 2001 à 80,7% en 2002 puis à 68,7% en 2005. Selon les milieux, l'écart de l'incidence de la pauvreté reste considérable. En 2005, le taux de pauvreté était de 73,5% en milieu rural alors qu'il était de 80,7% en 2002.

1.1.5. Organisation administrative du pays

La République de Madagascar est une république démocratique et libérale. Sa Constitution garantit la liberté d'expression. La structure administrative compte 22 (vingt deux) régions, 115 Districts et 1597 communes, dont la Loi N° 94 – 007 relative aux pouvoirs, compétences et ressources des Collectivités Territoriales Décentralisées définissent les domaines de compétences à elles dévolues par la Constitution.

1.1.6. Organisation du système de santé

Le système de santé du Ministère de la Santé et du Planning Familial s'articule avec la structure administrative définie par la Constitution de la République de Madagascar ; il a trois niveaux bien distincts et fonctionnels et dont les domaines de compétences sont clairement circonscris par l'organigramme :

Le Niveau Central « Ministère de la Santé et du Planning Familial » ;

Le Niveau Régional « Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial » ;

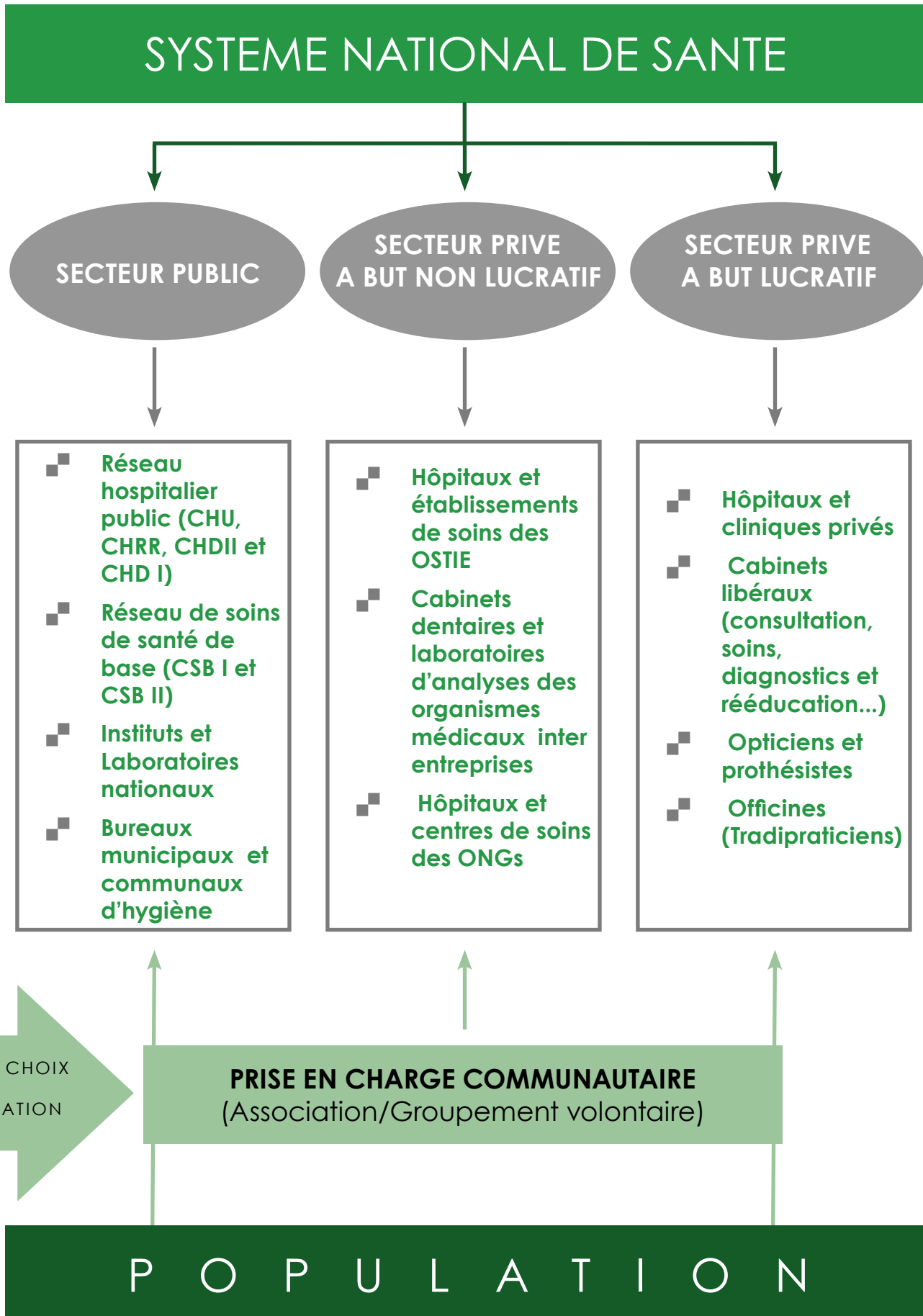
Le Niveau District « Service de Santé de District » qui représente le niveau périphérique.

1. Le Niveau Central « Ministère de la Santé et du Planning Familial » définit l'orientation globale de la Politique Nationale de Santé, les grands axes stratégiques et la mise en œuvre.
2. Le Niveau Régional « Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial » coordonne l'exécution de la Politique Nationale de Santé et la mise en œuvre au niveau de la région.
3. Le Niveau District « Service de Santé de District », constitue le niveau périphérique, et assure la mise en œuvre de toutes les activités des programmes de santé aux niveaux des Centres Hospitaliers du niveau 1 et 2 et des CSB. Ces CSB assurent les soins de santé primaire.
4. Le Niveau communautaire constitue la base du système. C'est à la fois un acteur et bénéficiaire.

1.1.7. Le système national de santé

Le système national de santé (voir figure n° 1) se définit comme l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que les institutions et les activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population.

Figure n° 1



Cette partie permet de voir les nouvelles orientations politiques et stratégiques, les priorités dans le cadre des programmes de développement. Ces documents servent de référence pour les plans stratégiques nationaux, et les différentes actions à mettre en œuvre.

1.1.8. Politiques nationales

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, des programmes ont été mis en œuvre depuis la fin des années 80. Malgré des tentatives pour la mise en place d'une stratégie nationale au cours des années 90, c'est vers le début des années 2000 que le gouvernement a décidé d'élaborer le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). La finalisation du Document intérimaire a permis à Madagascar de bénéficier du premier lot de financement de l'Initiative PPTTE au cours des années 2001-2002. Le document validé en juillet 2003, contient les grandes orientations du gouvernement traduites en termes opérationnels. La bonne gouvernance, la croissance économique à base élargie, la sécurisation humaine et matérielle, constituent les trois axes stratégiques du document.

Après l'atteinte du point d'achèvement et des objectifs du DSRP, l'Etat malagasy décide d'élaborer le Madagascar Action Plan (MAP) en 2006. La mise en œuvre du MAP se fera dans les cinq années à venir de 2007 à 2011, en vue d'un développement rapide et durable. Par rapport au DSRP, ce document se veut plus ambitieux dont le principe consiste à faire un saut qualitatif dans la lutte contre la pauvreté. Les huit engagements des dirigeants partent des Objectifs du Millénaire pour le Développement et de la vision Madagascar naturellement.

Sur le plan sectoriel, la Politique Nationale de Santé (PNS) représente le document de référence en matière de développement sanitaire. Ce document renferme les orientations, les objectifs et les stratégies du secteur santé de 2005 à 2008. Quatre axes stratégiques dictent les actions à entreprendre : renforcement du système de santé, survie de la mère et de l'enfant, lutte contre les maladies, protection de la santé et promotion des comportements sains.

Le PDSS représente donc le document de planification unifiée pour mettre en œuvre le MAP et la PNS.

1.1.9. Politiques internationales :

Madagascar a ratifié plusieurs conventions internationales. Etant un pays en voie de développement, la croissance économique dépend en grande partie de l'aide extérieure. A l'échelle mondiale, adoptée par les 189 états membres de l'ONU présents à l'Assemblée Générale de septembre 2000, la déclaration dite du Millénaire à laquelle a adhéré Madagascar, s'inscrit dans un cadre unique pour les défis que doit relever l'humanité. Ces défis consistent à réduire le taux de pauvreté de moitié d'ici 2015. Les objectifs sont au nombre de huit, dont cinq concernent directement la santé, accompagnés de 18 cibles et de 48 indicateurs : le tout forme ce qu'on appelle communément « Objectifs du Millénaire pour le Développement ou OMD ». Chaque Etat membre de l'ONU ayant adopté la déclaration s'engage à mettre en œuvre des actions pour atteindre ces objectifs.

A l'échelle continentale, les chefs d'Etat africain réunis lors du 37^e sommet de l'OUA en juin 2002, ont décidé d'adopter le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique ou NEPAD. Il s'agit d'un engagement pris par les dirigeants africains de consolider la démocratie, de mener une gestion économique saine, de promouvoir la paix, la sécurité et le développement individuel. Cette initiative audacieuse de l'Afrique est soutenue par le G8 et la communauté internationale. Cet engagement priorise l'intégration régionale.

Dans l'objectif de réduire leur dépendance économique par rapport à l'Afrique du sud, quelques pays ont créé la SADC ou Southern Africa Development Community en août 1992 à Namibie. Cette communauté de développement de l'Afrique australe a pour objectifs d'harmoniser le développement économique des pays membres. Madagascar prépare son adhésion dans cette communauté pour devenir le 14^e membre.

L'état de santé qui prévaut en 2006 est apprécié dans les paragraphes qui suivent, en partant des principaux éléments d'analyse tels qu'ils ressortent du cadre conceptuel de la figure 2.

Trois types d'actions doivent être menés par le système de santé au profit de la population pour améliorer la santé :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies ;
- le diagnostic et le traitement des maladies ;
- la réduction des incapacités et de la souffrance.

Ces actions ciblent généralement trois groupes de personnes :

La population en général au sein de laquelle, les améliorations de santé les plus spectaculaires s'obtiennent à partir des actions de santé publique, spécialement celles induites par l'amélioration de l'accès à l'eau potable, de la nutrition, des conditions d'habitat et de vie...etc. Les actions de santé publique visant toute la population continueront à offrir le potentiel d'amélioration le plus important pour la santé y compris pour les maladies métaboliques et dégénératives. Ces actions sont particulièrement efficaces parce que le plus grand nombre de décès évitables s'observe chez les patients qui ne sont pas connus comme des personnes spécialement à risque.

Les groupes vulnérables qui s'exposent à des facteurs de risque particuliers. Ces groupes doivent être identifiés pour pouvoir cibler des programmes spéciaux de prévention, de traitement et de soins. Les maladies pour lesquelles les externalités sont importantes ou dont la prévention dépend des services publics sont dans une large mesure également celles qui touchent les pauvres de façon disproportionnée.

Les patients admis dans les établissements de santé ; quel que soit l'impact de la prévention sur la population et sur les groupes vulnérables, les personnes tomberont toujours malades et chercheront par conséquent à recourir aux services de santé. L'accroissement de l'espérance de vie à la naissance avec ses conséquences sur l'augmentation des maladies chroniques et des incapacités sont aussi un énorme défi pour les services de santé. Il est donc nécessaire d'assurer une couverture de services de santé de qualité à toute la population.

L'évaluation de l'état de santé de la population, appréciée à travers un certain nombre d'indicateurs, a permis d'enregistrer d'une part les acquis positifs en terme d'amélioration des niveaux de fourniture de services et d'impact sur la réduction des niveaux de la mortalité et sur l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance et d'autre part de mesurer l'importance des efforts qu'il reste encore à déployer pour résoudre les problèmes sanitaires encore prédominants et ceux émergents.

2.1. SYSTEME NATIONAL DE SANTE

2.1.1. Cadre juridique et institutionnel

■ Situation actuelle

La législation sanitaire de Madagascar comporte plusieurs textes législatifs et réglementaires, dont certains ne sont pas à jour mais restent encore en vigueur.

L'élément essentiel du cadre législatif est l'ordonnance n°62-072 du 29 septembre 1962 portant codification des textes concernant la santé publique. Ce « Code de la Santé Publique » demeure à ce jour la référence réglementaire dans le domaine de la santé à Madagascar. Une mise à jour est en cours. Toutefois, les règles de gestion administratives et financières ne sont pas encore établies (exemple, FANOME/PFU, ...).

Par la suite, divers textes législatifs et réglementaires ont été élaborés sur la base de nouvelles situations. On peut citer entre autres :

- Le décret n°90-026 du 16 février 1992 portant création d'un conseil national de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le Syndrome d'Immunodéficience Acquisée (SIDA) ;
- La circulaire n°53-MFB/SG/DGD/DGFPE du 9 novembre 1993 instituant la déconcentration vers les services provinciaux du traitement des soldes et des pensions ;

- Le décret n°94-678 du 31 octobre 1994 fixant les attributions et l'organisation générale du Ministère de la Santé et instituant la mise en place des Services de Santé de District ou Districts Sanitaires ;
- Le décret n°95-159 du 22 février 1995 autorisant la création d'une Centrale d'Achat de Médicaments essentiels et de consommables médicaux ;
- Le décret n°95-587 du 5 septembre 1995 portant adoption de la Politique Nationale de Lutte contre les Troubles dus à la Carence en Iode.
- La loi n°2004-029 du 09 septembre 2004 autorisant la ratification de la Convention cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte antitabac.

Outre ces textes, le Ministère s'engage dans les domaines suivants :

- Lutte contre la corruption ;
- Réactualisation des textes législatifs, en particulier, le code de la santé et le code de déontologie ;
- Amélioration de la gestion des affaires patrimoniales.

■ Problèmes

Le nouveau code de la santé n'a pas encore été voté au niveau du parlement. Par ailleurs, l'absence de textes réglementaires rend difficile un contrôle financier rigoureux des recettes du recouvrement de coûts.

2.1.2. Décentralisation et déconcentration

■ Situation actuelle

La politique de décentralisation pour assurer le développement sanitaire est largement basée sur les districts sanitaires. Ces districts sont considérés comme la cheville ouvrière du système de santé. Dans la réalité, le principe de décentralisation ne commence qu'à se mettre en place. Madagascar est au stade de déconcentration avancée du système de santé.

La politique nationale de décentralisation et de déconcentration (PN2D) au niveau gouvernemental constitue la référence légale et administrative. Le MinSanPF a adapté son organigramme conformément au PN2D. De plus, la déconcentration des fonctions de budgétisation, de la gestion financière et de la planification au niveau SSD et DRSPF est en cours de réalisation.

■ Problèmes

Au niveau des districts sanitaires, une performance insuffisante de l'Equipe de Management de District (EMAD) est constatée pour diverses raisons :

1. difficultés rencontrées en matière de planification/programmation liées à l'insuffisance de l'implication de tous les partenaires œuvrant dans une zone déterminée, la non disponibilité de données fiables à jour et la non harmonisation des indicateurs de performance ;
2. insuffisance dans l'application des principes de gestion et de management au cours de la préparation et de la mise en œuvre des activités ;
3. qualité des services offerts non satisfaisante et principes de référence contre références non fonctionnelles, découlant en particulier de l'insuffisance sur le plan qualitatif et quantitatif de l'encadrement du SSD par les différents niveaux ;
4. gestion irrationnelle de ressources largement déficitaire ;
5. insuffisance d'intégration du secteur privé dans la carte sanitaire.

Le partage de pouvoir entre le MINSANPF et les communes intéresse surtout le financement et la gestion de la Pharmacie à Gestion Communautaire (PhaGeCom). Pratiquement, les communes n'arrivent pas à assumer correctement leur responsabilité, surtout concernant le paiement des indemnités des agents communautaires des CSB. La participation communautaire à travers le Comité de Gestion (COGE) ne parvient que partiellement à améliorer le fonctionnement et la qualité de service.

Par rapport aux régions, le flou persiste encore, aucun texte ne clarifie le pouvoir transféré aux régions en matière de santé. Les responsables régionaux agissent en tant que facilitateur au développement sanitaire. Le Ministère de la Santé fut le premier département à mettre en place des Directions régionales. Ces structures régionales représentent des structures d'appui technique et de prise de décisions. Mais la mise en place des DRSPF n'est pas suivie d'un transfert au préalable de ressources. Ces structures nécessitent un renforcement.

2.1.3 Ressources Humaines

■ Situation actuelle

Les établissements et centres de formation existants mettent à la disposition du secteur santé les ressources humaines pour répondre en partie à ses besoins. De 1997 à 2005, près de 1661 médecins généralistes et spécialistes ont été recrutés par le secteur public. De 2003 à 2005, 819 infirmiers et sages-femmes ont été recrutés. Le tableau suivant montre le nombre de personnel de santé par catégorie en 2005.

Tableau : Personnel de santé en mai 2005

Catégorie de Personnel	Secteur public	Secteur privé	National
Médecins Spécialistes	325	26	351
Chirurgiens	62	ND	
Médecins généralistes	2538	1348	3886
Infirmiers	2584	460	3044
Sages-Femmes	2497	76	2573
Pharmaciens	8	ND	
Chirurgiens dentistes	161	ND	
Aide Sanitaire	1050	0	1050

Sources : MSPF – Ordres des médecins et des sages-femmes

■ Problèmes

Malgré un ratio personnel santé/population en 2005 relativement satisfaisant, respectivement de 1,7/10000, 0,8/5000, 0,75/5000 pour les médecins infirmiers et sages-femmes, il apparaît que les régions rurales restent très défavorisées. 60% des paramédicaux travaillent en milieu rural alors que 72% des médecins travaillent en ville. La répartition inadéquate est illustrée par le fait que 41% du personnel s'occupent de 21% de la population⁽¹⁾. Cette situation persiste du fait que les mesures d'accompagnement et de motivation pour fixer le personnel en milieu rural et en zone enclavée sont insuffisantes.

Le développement des ressources en santé connaît une insuffisance dans le suivi des programmes de formation au niveau périphérique et la faiblesse du niveau de compétence du personnel administratif à tous les niveaux.

Le vieillissement du personnel de santé, caractérisé par une moyenne d'âge atteignant 50 ans pour ceux qui servent dans la Fonction Publique, engendre des problèmes liés à la relève, au redéploiement du personnel et à l'octroi de formation continue adaptée.

La production de ressources humaines en quantité et qualité ne suit pas une planification même indicative, et l'insuffisance de postes budgétaires limite le recrutement au sein du secteur public.

(1) Source : Direction des Ressources Humaines, 2006

La gestion des ressources humaines rencontre encore des insuffisances au niveau de la prévision, des moyens de formation utilisés pour les mettre sur le marché de travail, des moyens pour assurer le contrôle de mouvement de personnel (affectation, retraite, remplacement...) en temps réel.

L'absence d'une politique de formation à jour et de l'emploi ne permet pas d'assurer l'adéquation entre la formation et les besoins. Il n'existe pas de plans de carrière et de politique de promotion basée sur la performance.

La gestion centralisée du personnel ne permet pas de prendre des mesures adaptées aux réalités de terrain. Une analyse de structure du système de gestion des ressources humaines du haut au bas de l'échelle devrait aboutir à des propositions pour éviter une surcharge des appareils centraux. Le système d'information n'étant pas bien instaurée, la recherche de données et la gestion des fichiers du personnel connaissent des difficultés.

2.1.4. Infrastructure et équipement

■ Situation actuelle

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois niveaux :

1. le niveau central en charge de la coordination générale du secteur santé, identification des politiques nationales, normalisation, développement des ressources humaines, matérielles et financières, supervision, suivi et évaluation. Il est organisé autour du cabinet du ministre et du secrétariat général.
2. le niveau régional avec comme attribution l'appui technique aux districts sanitaires.
3. le niveau district, comportant : (i) un service de santé du premier échelon formé de Centres de Santé de Base (CSB1 et CSB2) qui constituent en fait la porte d'entrée de l'usager dans le système de santé et servent aussi d'interface entre la communauté et le système de santé. Ce premier assure un Paquet Minimum d'Activité (PMA), (ii) un hôpital de référence (CHD) assurant un Paquet Complémentaire d'Activité (PCA) et qui constitue le premier niveau de référence. Ces deux niveaux forment le Service de Santé de District, entité opérationnelle du système de santé malgache et pièce maîtresse de la politique de décentralisation dans le secteur santé.

A ces trois niveaux administratifs, il faut ajouter le niveau communautaire, qui est un niveau opérationnel pour atteindre les populations résidant à plus de 1 heure de marche d'une formation sanitaire. Le niveau communautaire comporte un réseau d'agents communautaires qui véhiculent les messages de santé ainsi que certains produits sanitaires.

Pour le premier niveau de la pyramide sanitaire, on dénombre 2347 centres de santé de base (CSB) publics et 509 relevant du secteur privé. Les CSB privés fournissent généralement un paquet d'activités différent de celui du secteur public. Le ratio population pour un CSB qui est de 1/5505 en 1998 et 1/5625 en 2004 a stagné. Les CSB1 publics sont dotés en infirmiers et aides soignants et ne dispensent que les services de vaccination et les soins de santé de base. Les CSB2 publics disposent d'un médecin et offrent en plus du paquet offert par les CSB1 les soins de maternité. Le ratio pour les CSB2 est de 1 pour environ 10 000 habitants. Le tableau suivant montre l'évolution du nombre de CSB par province de 1998 à 2003.

Tableau : Evolution du nombre des CSB de 1998 à 2003 à Madagascar

Provinces	1998		1999		2000		2003	
	Publics	Privés	Publics	Privés	Publics	Privés	Publics	Privés
Antananarivo	400	169	406	165	417	162	415	213
Antsiranana	192	23	186	24	197	28	205	34
Fianarantsoa	446	75	454	88	477	121	523	95
Mahajanga	356	52	339	50	371	47	375	50
Toamasina	412	40	410	44	431	53	431	54
Toliara	327	62	343	66	375	72	398	63
Total	2133	421	2138	437	2268	483	2347	509

Source : Annuaire Statistique Sanitaire 2000, 2001, 2002 et 2003

Il existe 106 Centres Hospitaliers de Districts (CHD), dont 73 CHD1 et 33 CHD2. Les CHD1 appartiennent à la catégorie des CSB2. Ils n'assurent pas de service de chirurgie et ne disposent pas de plateau technique adéquat permettant l'établissement de diagnostic et la prise en charge des cas complexes. Dans l'avenir les CHD1 devraient être transformés en CHD2.

Les CHD2 et les Centres Hospitaliers de Référence Régionaux (CHRR) constituent les hôpitaux de premier recours. Pour le besoin de la régionalisation, 18 CHD2 ne répondant pas pleinement aux critères minimums d'hôpitaux de district opérationnels, sont devenus des CHRR. On compte 22 CHRR dont 4 ex-hôpitaux provinciaux qui sont les seuls à répondre aux normes. Cette situation évoque une disparité importante en matière de ressources matérielles, humaines et financières pour les CHRR et constitue le principal problème de la régionalisation. Le coût moyen de réhabilitation d'un CHD2 est estimé à \$ 1 million.

Le secteur privé compte 12 CHD1 et 22 CHD2 qui, dans une large mesure ne sont pas complémentaires aux structures publiques si on considère l'accessibilité financière, la disparité géographique et la fourniture de soins.

Les Hôpitaux de 2ème référence sont composés du groupe CHU d'Antananarivo et de Mahajanga. Ce sont des Hôpitaux de Référence Nationaux et lieux de formation universitaire initiale et post-universitaire. Ils assurent l'encadrement des hôpitaux de premier et deuxième recours. Pour un meilleur équilibre régional, les anciens hôpitaux provinciaux vont être promus en CHU.

Le tableau 1 suivant récapitule les différentes catégories d'établissements de soins.

Tableau 1 : Catégories de personnel et fonctions des différentes structures sanitaires

Structure	Niveau	Fonction	Soins dispensés	Personnel
CHU	3	2ème référence	Complets	Toutes spécialités
CHRR CHD 2	2	1ère référence	Chirurgie d'urgence, soins obstétricaux complets	Chirurgien, spécialiste en réanimation, assis- tant chirurgien, infirmière anesthésiste, paramédi- caux
CHD 1 CSB 2	1	1er contact	Soins obstétricaux essentiels	Médecin, paramédicaux
CSB 1	1	1er contact	Vaccination, soins de santé de base	Infirmier, sage-femme, aides-soignants

■ Problèmes

D'une manière générale, moins de 65% de la population est située dans un rayon de 5 km d'une structure de soins et le taux d'utilisation des services de santé de base publics est de 50%. Ce taux montre qu'une partie importante de la population, surtout localisée en zones enclavées, n'a pas encore accès aux soins essentiels.

Le manque de ressources humaines spécialisées pour les CHD2 et CHRR, notamment pour assurer le fonctionnement des blocs opératoires, constitue une contrainte majeure.

En outre, la question de la qualité des services en lien avec la non application de l'assurance qualité, l'insuffisance en capacité technique, l'insuffisance en audit technique ainsi que l'inexistence d'un système de contrôle, la restriction en gamme de soins et l'inefficacité du système de référence contre référence reste d'actualité.

En ce qui concerne les infrastructures, une insuffisance de synergie découlant d'une programmation non harmonisée entre la finition des constructions, la dotation des équipements et l'affectation du personnel retarde l'utilisation des formations sanitaires. Un retard est également connu dans la mise en œuvre de la politique nationale de l'assainissement et du génie sanitaire.

2.1.5. Réforme hospitalière

■ Situation actuelle

La section OI 1.4 décrit en détail la situation de la couverture des hôpitaux. Les observations suivantes complètent cette analyse de la situation :

- Statut d'hôpital mal défini
- Hôpital ne jouant pas son rôle de référence
- Gestion / Administration de l'hôpital non performante
- Qualité de soins variable et insuffisante
- Fréquentation hospitalière basse, TOM 34%
- Existence des CHD au niveau des districts
- Existence de 39 ambulances gérées par des ONG
- Existence d'un plan de maintenance des équipements
- Système financier d'EPA pour les CHU : autonomie financière
- Système financier sur le budget général de l'Etat pour les CHRR et les CHD
- Existence d'intéressement pour le personnel sur les recettes des actes
- Existence de comptabilité matière

■ Problèmes

Les problèmes qui émanent de la situation actuelle sont multiples et ils justifient une réforme hospitalière :

- Faible accessibilité financière et géographique
- Sous utilisation des services hospitaliers
- Sous utilisation du système d'évacuation sanitaire
- Non existence de texte juridique sur le statut et le niveau d'autonomie de gestion financière et de gestion administrative des hôpitaux
- Non standardisation des équipements
- Directeur de l'hôpital non formé en matière de management hospitalier
- Peu de présence d'une équipe de management



Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianaivalona (HJRA) - Antananarivo

2.1.6. Médicaments essentiels, consommables médicaux et réactifs

■ Situation actuelle

Le système actuel de réapprovisionnement des médicaments au niveau des formations sanitaires est pérennisé grâce à l'utilisation des fonds recueillis à partir des paiements directs effectués par les ménages. La Centrale d'achats SALAMA est une structure d'approvisionnement en médicaments, consommables médicaux et réactifs de laboratoire. Elle a pour vocation de ravitailler les structures sanitaires des secteurs public et privé à but non lucratif. Le suivi de cet approvisionnement est assuré par la Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle, au sein du Ministère de la Santé et du Planning Familial. Cette Direction est également chargée du contrôle de drogues illicites. La disponibilité des médicaments traceurs de 1997 à 2005 montre un taux de couverture de 90%. Mais la gamme des produits offerts par la Centrale d'Achats SALAMA est restreinte, et ne permet pas de satisfaire les besoins des Centres Hospitaliers de Référence, d'où la nécessité de l'extension de cette gamme.

Notons que 48% des médicaments enregistrés auprès du secteur pharmaceutique privé sont des médicaments génériques dont les coûts sont plus abordables par rapport aux spécialités pharmaceutiques. Le tableau suivant montre l'évolution des types de médicaments enregistrés par le secteur pharmaceutique privé.

Tableau : Evolution des types de médicaments

Année	Spécialité	Générique	Total	% du générique
1998-2002	458	375	833	45,01%
2003	115	101	216	46,76%
2004	177	203	380	53,42%
2005	104	96	200	48,0%
Total	854	775	1629	47,57%

L'Agence du Médicament a pour mission essentielle le suivi de l'assurance qualité des médicaments fournis à la population. Malgré l'existence de laboratoire de contrôle de qualité, on note l'absence d'unité de microbiologie et l'insuffisance de locaux. L'inspection des dépôts de médicaments au niveau périphérique n'est pas encore effective.

Par ailleurs, Madagascar avec sa biodiversité, possède une multitude de plantes médicinales. Malgré cette richesse botanique, la pharmacopée ou médecine traditionnelle reste un secteur peu structuré et peu exploité. Or, selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé, dans les pays en développement, 80% des populations ont recours à la Médecine Traditionnelle pour les soins de santé primaire. Au cours des dix dernières années, des pharmaciens et des botanistes exploitent industriellement les plantes médicinales malagasy. Les produits sont largement appréciés par les consommateurs malagasy et commencent à percer sur le marché extérieur. Conscient de l'importance de la médecine traditionnelle par le faible coût et par la facilité d'accès aux produits, le Ministère s'engage dans la structuration et la professionnalisation du secteur, en intégrant la médecine traditionnelle



Phagecom du CSB II – Talata Ampano
Fianarantsoa II - 2006

aux systèmes de soins de santé nationaux, de manière appropriée. Cette intégration se fera par la mise en œuvre des politiques et programmes de médecine traditionnelle nationaux. Pour l'année d'études 2006-2007, une filière de formation spécialisée en médecine traditionnelle sera ouverte à l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) d'Antananarivo.

En ce qui concerne la disponibilité des produits sanguins et ses dérivés, sa gestion est assurée par les Centres de Transfusion Sanguine. A cet effet, il a été créé au niveau national le CNTS, au niveau régional le CRTS et au niveau des districts les PTS. Ces CTS assurent la qualité et la disponibilité des produits sanguins et ses dérivés sur le territoire. L'ARRÊTE N° 9562/99(2) en date du 16 Septembre 1999 portant création du Centre National de Transfusion Sanguine, stipule l'organisation, le rôle et l'attribution de ces CTS.

■ Problèmes

Les pharmacies de gros de distribution, installées au niveau des districts (PhaGdis) et gérées par des privés, rencontrent un problème de réapprovisionnement dû au retard d'établissement de commandes de la part des Formations Sanitaires, mais aussi du non respect du rythme d'approvisionnement par la Centrale d'Achats SALAMA.

La gestion des médicaments demeure insatisfaisante, surtout en ce qui concerne la gestion des stocks et la prescription rationnelle dû au redéploiement du personnel nouvellement affecté, et ceci malgré les séances de formation déjà dispensées. La sécurisation des fonds connaît des problèmes graves au niveau des centres de santé de base.

D'autres contraintes posent des problèmes aux systèmes d'approvisionnement en médicaments. Elles sont d'ordre financier, réglementaire (autorisation : psychotropes, stupéfiants) et géographique. Ces problèmes sont liés à la courte durée de vie des produits pharmaceutiques, la capacité de stockage limitée au niveau de la Centrale d'Achats SALAMA et des PhaGDis. Des problèmes sur le cycle d'approvisionnement des formations sanitaires, notamment l'étape de la sélection et de distribution des produits pharmaceutiques sont aussi constatées.

2.1.7. Financement du système de santé

■ Situation actuelle

La santé est financée pour 32% par l'Etat, 36% par les bailleurs et 32% par des fonds privés comprenant les versements directs des ménages (19,1%). Par rapport aux produits et services fournis dans le secteur, les services de prévention et de santé publique représentent 28% des dépenses totales de santé. 20% sont pour les produits pharmaceutiques et 22% pour les soins ambulatoires. Ce qui dénote une affectation convenable des fonds par rapport aux besoins en santé de la population. Concernant les dépenses des ménages pour la santé, 70% sont des dépenses liées à l'achat de produits pharmaceutiques.

Les dépenses totales de santé de Madagascar représentent 3,5% du PIB (CNS 2003). Les dépenses de santé par habitant sont de US\$ 11,9 alors que la moyenne africaine est de US\$ 12,9. Cette moyenne est très en deçà des US\$ 34 par habitant recommandée par la Commission Macro Economique de Santé de l'OMS pour financer les soins essentiels de santé y compris le VIH/SIDA.

Les principaux types de ressources dans le domaine du financement du secteur santé sont entre autres l'IPPTE et l'appui budgétaire non ciblé. Par ailleurs, pour améliorer l'accès de la population aux soins, le fonds d'équité est mis en place au niveau des CSB pour la prise en charge des démunis et il existe 60 mutuelles de santé au niveau des communes sur un total de 1597.

Pour l'année 2005, le budget de l'Etat alloué à la santé qui s'élève à 144 milliards MGA représente environ 8,7% du budget général (5 US\$ par tête). Le tableau suivant indique l'évolution de la part du budget alloué au secteur santé par rapport au budget général de l'Etat de 1994 à 2005.

(2) Politique Nationale de Transfusion Sanguine



Marc RAVALOMANANA
Président de la République
Distribution de la Carte de Solidarité
Manjakandriana - 25 juin 2005

Tableau : Evolution de la part du budget alloué au secteur santé par rapport au budget général en % de 1994 à 2005

Libellé	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Fonctionnement	8,6	10,9	10,1	10,4	10,8	8,2	9,1	23,3	19,9	18,5	17,4	10,33
Investissement	6,5	6,2	11,8	10,3	12,4	14,3	16,9	7,67	8,15	ND	ND	7,91
Part du budget santé	7,5	8,1	11,0	10,3	10,3	9,2	10,2	10,4	12,9	7,7	5,8	8,74
Part du budget de santé dans le PIB (en%)	-	0,6	0,7	1,0	1,0	1,2		1,8	2,0	1,5	1,3	-

Sources : Annuaire Statistique sanitaire, CDMT du secteur Santé

En matière de répartition du budget de l'Etat par niveau, le tableau ci-après montre son évolution de 1998 à 2006.

Tableau : Evolution du taux de répartition du budget santé par niveau de 1998 à 2006

NIVEAU	Exercice 1998	Exercice 1999	Exercice 2000	Exercice 2001	Exercice 2002	Exercice 2003	Exercice 2004	Exercice 2005	Exercice 2006
Central	48,5	57,4	62,6	54,9	47,4	43,4	41,4	45,8	41,40
Intermédiaire	9,9	10,7	9,7	13,9	22,9	18,8	58,6	54,20	58,60
Périphérique	41,6	31,9	27,7	31,2	29,7	37,8	58,6	54,20	58,60
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : SCSO/Min San, annuaire Statistique sanitaire

La part affectée au niveau central, qui est de 45,8% en 2005 et 41,4% en 2006 est toujours élevée par rapport à celle des niveaux intermédiaires et périphériques.

■ Problèmes

Le système de santé actuel n'offre pas de protection financière adaptée à la majorité de la population (68,7% vivant en dessous du seuil de pauvreté). En effet, 23% de la population en recherche de soin ont un problème financier. La plupart des ménages, obligés d'acheter des soins, notamment au niveau hospitalier, sont confrontés à des dépenses de santé trop élevées ou des dépenses catastrophiques les empêchant d'utiliser les services hospitaliers.

Les mutuelles de santé présentent un faible taux de couverture (5 à 20%) de la population cible. Les mutuelles n'arrivent pas à atteindre les familles très pauvres ou très malades sans ressources incapables de cotiser. La redynamisation des mutuelles et crédits santé pour un financement plus équitable de la santé est en phase de développement. Le pays ne connaît qu'une seule expérience de mutuelle rattachée à l'hôpital de district, initiée par l'Etat.

Les ménages participent, dans le secteur public, au financement direct de leur santé à travers le mécanisme FANOME, instauré par l'Etat à tous les niveaux de structures de soins. Ce système permet essentiellement d'assurer le réapprovisionnement des médicaments et consommables médicaux dans les formations sanitaires et d'utiliser une part égale à 2,2% de la valeur de vente des médicaments pour la constitution de fonds d'équité pour la prise en charge gratuite des démunis.

La faible proportion des populations (environ 1%) qui jusqu'ici bénéficie du fonds d'équité et la faible proportion des CSB et communes (30%) organisés pour gérer les fonds d'équité montre encore la faiblesse du dispositif.

Le FANOME connaît une insuffisance par rapport au suivi et contrôle de sa gestion.



*Cotisation en paddy – Mutuelle de santé de
Talata Ampano
Fianarantsoa II - 2005*

Les mutuelles spécialisées de santé dans les secteurs structurés, financées par les cotisations des employeurs et des employés contribuent à 1% des dépenses nationales de santé. Une perspective de développement de l'assurance sociale de santé, basée en partie sur le système de tiers payant pour supporter les grosses dépenses de santé et cherchant à intégrer progressivement le secteur informel et le monde rural, pourrait être envisagée comme une solution efficace pour lutter contre le faible accès de la population majoritairement pauvre aux soins de santé.

Concernant les sources et la gestion du financement du secteur santé, on rencontre un certain nombre de problèmes à savoir, la faible proportion du budget de l'Etat allouée à la santé, le déséquilibre entre investissement et fonctionnement, la difficulté d'obtenir un mécanisme permettant de déterminer la répartition de l'allocation en investissement par niveau, l'imprévisibilité des fonds alloués par les partenaires et la capacité d'absorption du secteur santé.

2.1.8. Organisation et gestion

• Système d'informations Sanitaires et de Communication :

■ Situation actuelle

Le système d'informations et de gestion des données constitue un élément essentiel du système de santé. Dans ce domaine, plusieurs actions ont été entreprises, en particulier, la mise en place d'un système d'informations informatisé et intégré jusqu'au niveau des Districts Sanitaires, la création de postes sentinelles en matière de Surveillance épidémiologique pour certains programmes (palu, peste) et du système d'alerte précoce et la dotation d'une centaine de BLU-DATA aux Districts Sanitaires. En outre, la mise en réseau et l'interconnexion (intranet) du niveau central est en cours de réalisation. Ce réseau sera étendu ultérieurement jusqu'au niveau des Districts Sanitaires par l'intermédiaire des Régions. Actuellement, le Ministère dispose d'une carte sanitaire mais sa mise à jour n'est pas encore finalisée.

■ Problèmes

Malgré l'adoption d'un système d'informations intégré, on note une multiplication de demande de données complémentaires en dehors du SIG par les programmes verticaux. Cette situation entraîne une surcharge de travail des agents de santé en matière de collecte et traitement des données ainsi qu'un manque de promptitude des rapports mensuels.

Au niveau des hôpitaux, le système d'informations non standardisé rend difficile l'exploitation des données hospitalières.

Les principaux problèmes rencontrés par le système d'informations relèvent de l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et en équipement, la gestion, la collecte, l'analyse, l'utilisation, la dissémination et la rétro-information.

La non notification, surtout au niveau des structures sanitaires privées et l'insuffisance de rapportage à tous les niveaux, diminuent la qualité des données. De même, l'insuffisance de l'utilisation des données recueillies, à tous les niveaux du système de santé pour identifier et résoudre les problèmes importants, ne valorise pas l'utilité du système d'informations sanitaires.

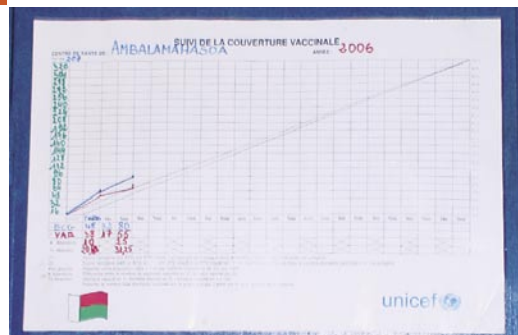


Tableau de suivi de la couverture vaccinale au niveau du CSB Ambalamahasoa Fianarantsoa II

• Système de suivi et évaluation

■ Situation actuelle

Bien que le Ministère de la Santé et du Planning Familial dispose au niveau central d'un logiciel opérationnel de suivi et d'évaluation des activités et programmes de santé, le réseau de suivi et évaluation n'est pas encore fonctionnel sur l'ensemble du territoire national. Dans le cadre du FANOME, on procède à un audit interne périodique

■ Problèmes

Dans la pratique, beaucoup de projets possèdent leur propre système de suivi et évaluation avec leurs indicateurs. Au sein du Ministère, un système de suivi et évaluation standardisé par niveau n'est pas mis en place. Enfin, on constate une insuffisance de l'audit interne organisationnel et de performance.

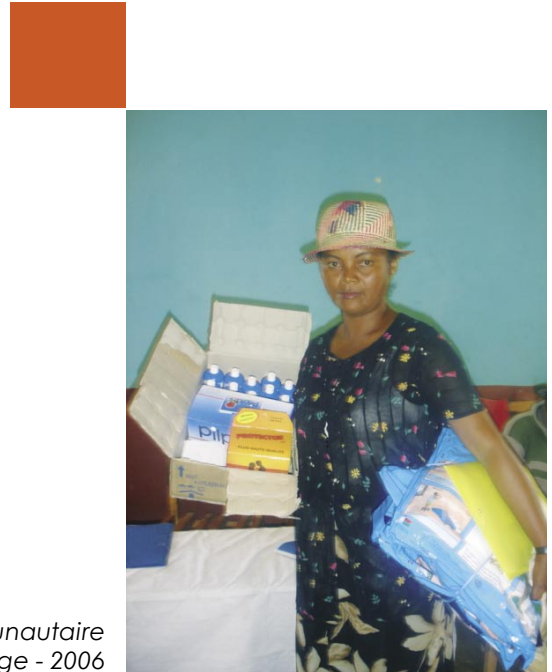
• Système Communautaire

■ Situation actuelle

Le niveau communautaire représente le dernier maillon du système de santé. C'est la base de la pyramide sanitaire, des activités préventives et promotionnelles se réalisent à ce niveau. A Madagascar, il existe un réseau d'agents communautaires en santé et en nutrition. De nombreuses initiatives s'appuient à la base communautaire. Chaque programme vertical recrute ses agents et les motive différemment. Ce constat rend assez difficile l'organisation à ce niveau.

■ Problèmes

Malgré les avancées réalisées en matière d'approche communautaire, le statut ainsi que les rôles et responsabilités des Agents de Service à Base Communautaire ne sont pas bien définis, d'où les confusions et les abus d'appellation de ces agents par rapport aux agents de santé fonctionnaires. Par ailleurs, l'effectif total des agents communautaires n'est pas encore disponible. Du fait de l'absence de mécanisme pérenne pour motiver ces agents communautaires, chaque programme vertical adopte sa propre stratégie pour le service à base communautaire, d'où l'absence d'harmonisation.



*Agent de Vente à Base Communautaire
avec le lot de démarrage - 2006*

• Planification

■ Situation actuelle

La maîtrise de la planification indique la capacité institutionnelle du secteur. Le processus de planification comprend trois phases, à savoir la conception, la mise en œuvre et le suivi et évaluation. A travers l'élaboration des plans de développement du district (PDD), des plans de travail annuel (PTA) et des plans stratégiques par programme, il est permis de dire que la capacité en planification est déjà acquise pour chaque niveau du secteur santé. La planification ascendante existe au sein du système de santé : les PTA issus des CSB sont considérés dans l'élaboration du PDD, et ces derniers sont compilés pour le PTA de la DRSPF.

Les indicateurs constituent un élément-clé dans l'évaluation et le suivi des plans et des programmes. Malgré la multiplicité des programmes, le secteur santé procède actuellement depuis 2005 à l'uniformisation des indicateurs.

■ Problèmes

Le niveau central exerce la planification descendante en donnant les orientations et les politiques sectorielles. Il est à remarquer qu'il manque une harmonisation entre cette planification et celle qui est exercée par les structures déconcentrées. Par ailleurs, il est à noter aussi une faible exécution des activités planifiées au niveau périphérique. Des activités verticales non planifiées prédominent au niveau des SSD, surtout au niveau des CSB. Cette situation entraîne une surcharge de travail pour les agents de santé et la non adéquation des activités aux besoins réels de la population desservie.

2.1.9. Partenariat

■ Situation actuelle

Le partenariat revêt deux aspects pour le secteur santé. Il y a le partenariat public privé et le partenariat entre l'Etat et les principaux bailleurs de fonds. Des rencontres et des revues conjointes sont tenues entre le Ministère de la santé et ses principaux partenaires depuis quelques années. Celles ci sont réalisées dans le but d'harmoniser les appuis au secteur santé.

Dans le domaine de la santé, le secteur privé présente un certain dynamisme. D'après l'annuaire statistique 2004, les associations à but lucratif ou non, y compris les ONG confessionnelles ou non, tiennent 448 centres de santé de base niveau 2, 117 CSB1, 22 centres hospitaliers niveau 2 et 12 CHD1, répartis sur le territoire national. Le plateau technique des cliniques privées dépasse même celui des hôpitaux publics. Le secteur santé constitue donc une filière rentable en matière d'investissement privé. En terme de financement, selon le Compte National de la Santé, le secteur privé y compris les ménages apporte les 32% c'est-à-dire le tiers du montant total. Cette capacité de paiement constitue une piste de réflexion pour le développement sanitaire.

■ Problèmes

Malgré les rencontres et revues conjointes régulières entre le Ministère de la Santé et du Planning Familial et les principaux partenaires au développement sanitaire, la coordination des actions sanitaires est peu efficace à cause de l'inexistence de plan de développement sanitaire pour la mise en œuvre et le suivi de la performance et l'absence de carte sanitaire à jour intégrant le secteur privé et les ONG quant à la mise en œuvre des services et à leur suivi. Cette situation se traduit par une répartition inégale des appuis sur le plan géographique et des interventions.

La stratégie liée à l'alignement et l'harmonisation, devant permettre aux bailleurs de fonds d'organiser l'ensemble de leur soutien par rapport aux programmes du pays et d'améliorer l'efficacité des politiques de développement sanitaire et l'utilisation des ressources, n'est pas encore développée. Il en résulte une insuffisance de données sur le partenariat.

Concernant les formations sanitaires privées, leur zone d'intervention se limite surtout au niveau des grandes villes, des centres urbains et des zones à forte potentialité économique. Cette répartition accentue la disparité régionale en matière de couverture sanitaire.

La mise en œuvre de la politique nationale de contractualisation n'est qu'à ses débuts, malgré les pratiques contractuelles connues à différents niveaux du système de santé.

2.2. SANTE DE LA MERE ET SURVIE DE L'ENFANT

2.2.1. Santé de la Mère

• Maternité à Moindre Risque

■ Situation actuelle

La santé de la mère fait partie des priorités du Ministère de la Santé et du Planning familial. La plupart des programmes sanitaires prennent en compte la santé de la mère en particulier au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Au niveau des Centres de Santé, 80% des Femmes enceintes effectuent une consultation prénatale. Concernant les accouchements, 51% sont assistés par un personnel qualifié dont 32% dans les Formations Sanitaires. La couverture vaccinale en TT2 chez les femmes enceintes au cours des cinq dernières années atteint 40%. En matière de service néonatal, 17% des naissances présentent un poids inférieur à la moyenne.

Ces dernières années, on observe une progression lente des indicateurs en matière de mortalité maternelle et néonatale. En effet, le taux de mortalité maternelle est passé de 488 à 469 pour 100.000 naissances vivantes de 1997 (EDS II) à 2003 (EDS III), et le taux de mortalité néonatale est passé de 40 à 32 pour 1000 naissances vivantes de EDS II à EDS III.

Le Ministère de la Santé et du Planning Familial, par son budget propre et avec l'appui de la Coopération internationale, fournit des efforts appréciables dans le renforcement des services en matière de SONU depuis quelques années avec la mise en place d'Unité Laparo-Césarienne (ULC) dans les zones enclavées.

■ Problèmes

Quoiqu'il en soit, la santé maternelle demeure tout de même une préoccupation à Madagascar. Moins de la moitié des femmes enceintes (40%) effectuent en moyenne quatre visites de CPN alors que 10% des grossesses attendues présentent en principe des risques. Dans la pratique, 40% des accouchements se font sans assistance de personnel qualifié. Au niveau des CSB, on remarque une insuffisance des compétences des Agents de santé en SONUB. Le programme d'approche communautaire en soins maternels et néonataux reste encore à développer. Enfin, le système de référence contre référence présente des différences notables selon les régions.

• Planning Familial

■ Situation actuelle

La politique nationale en Santé de la reproduction vise à promouvoir la planification familiale et reçoit l'appui des hautes autorités du Pays. Le taux de prévalence contraceptive a gagné 13 points de pourcentage entre 1992 et 2003, passant de 5% à 18% pour les méthodes modernes de contraception. La prévalence contraceptive augmente en parallèle avec



Pour le bien être des familles Malagasy

le niveau d'instruction, le nombre de la parité de la femme et le niveau de bien être. Ce résultat vient de l'amélioration de l'accessibilité aux produits contraceptifs modernes et de l'augmentation des sites PF. L'indice synthétique de fécondité est de 5,2 selon l'EDS III.

■ Problèmes

Actuellement, les besoins non satisfaits des femmes en matière de contraception restent encore importants car près du quart (24%) ont exprimé des demandes de PF. Au niveau des provinces, ces besoins non satisfaits varient d'un minimum de 22% pour Toliara à 29% pour Mahajanga. L'utilisation des méthodes de longue durée n'est pas encore satisfaisante dans l'ensemble du pays. Sur le plan offre de service, la qualité présente de différences remarquables selon les sites. Enfin, compte tenu des demandes réelles et potentielles exprimées par les femmes, la sécurité contraceptive risque de ne pas être assurée.

2.2.2. Survie de l'enfant

■ Situation actuelle

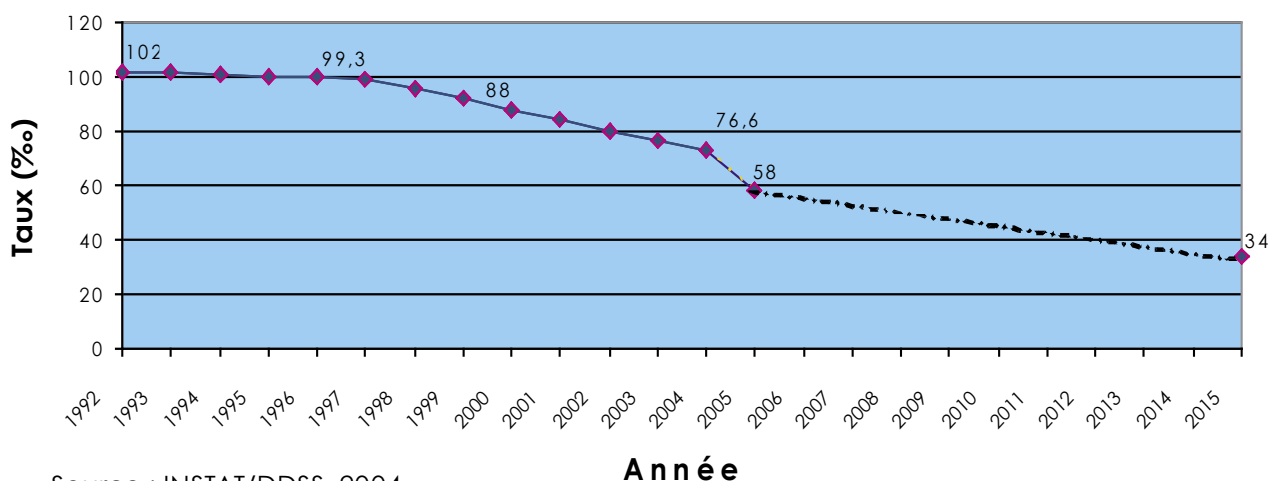
Dans le cadre de la survie de l'enfant, plusieurs programmes ont été mis en œuvre. Ils concourent à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants. La stratégie PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant) est instituée aux différents niveaux du système et introduite dans les programmes de la formation initiale du personnel de santé. Pour la vaccination, on peut retenir les résultats suivants : 52,2% enfants complètement vaccinés, 72% vaccinés en BCG, 71% en DTCPI. Le taux des enfants de moins de 5ans immunisés contre la rougeole est de 65%. L'année précédente, une campagne de vaccination de masse contre la rougeole a été organisée (HIAKA). Dans les activités des CSB, la vaccination représente une des activités prioritaires. La couverture en chaîne de froid est de l'ordre de 75% dans le pays. Sur le plan nutrition, des activités relatives à l'AME (Allaitement Maternel Exclusif) et des campagnes de supplémentation en micronutriments sont menées. La surveillance et la prise en charge des enfants malnutris s'effectuent à tous les niveaux selon leur gravité : NAC (Nutrition à Assise Communautaire), CRENA (Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire) pour les malnutritions modérées et CRENI (Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive) pour les malnutritions sévères.

■ Problèmes

Les principales causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans sont les IRA : 34%, la fièvre : 21% et les diarrhées : 13%.

Selon les statistiques recueillies entre 1999 et 2005, le taux de mortalité infantile a amorcé une décroissance continue. Cette diminution fut de plus en plus significative à partir de l'année 1996. Ainsi, entre 1992 et 2005 le taux de mortalité infantile est passé de 102‰ à 58‰, soit une baisse de 43,5 points⁽³⁾. Ce résultat provient surtout des activités relatives à la vaccination, à la promotion de l'allaitement maternel exclusif, aux campagnes de supplémentation en Vit A, à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et à la mise en place des centres de récupération nutritionnelle. Le graphique ci-dessous montre l'allure de la courbe, en mettant comme objectif en 2015 la réduction du taux de mortalité infantile à 34‰.

Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes



Source : INSTAT/DDSS, 2004

(3) Annuaire Statistique Sanitaire 2004

La mortalité infantile présente un taux assez élevé en milieu rural (76‰) par rapport au milieu urbain (43‰). L'EDS 2003-2004 a montré aussi que le taux de mortalité infantile est élevé pour les catégories de mères n'ayant aucun niveau d'instruction, et dans le quintile le plus pauvre. Le niveau de ce taux varie aussi d'une province à une autre (de 53‰ dans la province d'Antananarivo à 90‰ dans la province de Toliara).

• Mortalité infanto-juvénile

Parallèlement à la mortalité infantile, la mortalité infanto-juvénile a connu une diminution notable grâce aux actions relatives à la santé de l'enfant précédemment citées. En effet, entre 1992 et 2004 elle a varié de 162,6‰ à 94‰, soit une baisse de 68,6 points. Dans le cadre de l'élaboration du Madagascar Action Plan, cet indicateur est choisi afin d'apprécier les résultats en matière de santé de l'enfant. Le tableau ci-après montre la tendance à la baisse de ce taux.



Mères avec leurs enfants pour la vaccination

Taux de mortalité infanto-juvénile de 1992 à 2004

Année	1992	1995	1997	1998	2000	2004
Taux (‰)	162,6	158,9	148	142	136	94

Sources : annuaires statistiques sanitaires de 1992 à 2004

• Malnutrition chez les enfants

La malnutrition des enfants de moins de 5 ans fait partie intégrante du problème de la pauvreté à Madagascar, et constitue un problème de santé publique. Elle est mesurée par le taux d'insuffisance pondérale. L'évolution de ce taux jusqu'en 2004 a été de : 39% en 1992, 33,1% en 2000 et 40% en 2003-2004. Il est très élevé pour la tranche d'âge 12 à 23 mois, pour les enfants vivant en milieu rural, pour ceux dont la mère n'a pas d'instruction et ceux des ménages les plus pauvres(4). Le taux de malnutrition sévère observé atteint 23,4% des enfants de moins de 5ans. Malgré la promotion de l'allaitement maternel exclusif, la supplémentation

en vitamine et en micronutriments et le renforcement des interventions nutritionnelles à base communautaire depuis quelques années, le taux d'insuffisance pondérale n'affiche pas une amélioration significative au cours des dix dernières années. Cette évolution démontre bien que l'état nutritionnel résulte des facteurs déterminants multisectoriels qui interviennent aux différents niveaux de la société : accès aux produits alimentaires, existence de filet de sécurité et des projets sociaux pour les groupes vulnérables.



Formation en nutrition

(4) EDS 2003-2004

2.3. MALADIES LIEES A L'ENVIRONNEMENT

La lutte contre les maladies liées à l'environnement concerne les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles. L'analyse porte essentiellement sur les affections suivies dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement et le Madagascar Action Plan concernant les maladies transmissibles. Pour les maladies non transmissibles, les pathologies les plus fréquentes et celles qui ont tendance à augmenter, sont retenues pour l'analyse.

2.3.1. Maladies Transmissibles

Les maladies infectieuses et parasitaires fortement liées à la salubrité de l'environnement et aux conditions de vie touchent toutes les tranches d'âges. La lutte contre ces maladies constitue un volet important des programmes du Ministère de la Santé et du Planning familial.

• Paludisme

■ Situation actuelle

Plusieurs programmes sont préconisés pour lutter efficacement contre le paludisme. Les campagnes d'aspersion intra domiciliaire d'insecticides, l'utilisation de masse des moustiquaires imprégnées pour les enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes, ainsi que l'application du Traitement Présomptif Intermittent chez les femmes enceintes, contribuent à la réduction du taux de morbidité. Dans ce cadre, la performance des agents de santé, la reprise de la formation continue en matière de prestation de soins est prévue. Par contre, 21 % à 50 % des malades sont pris en charge à domicile ; ce comportement mérite d'être soutenu et amélioré pour lutter contre la mortalité due au paludisme⁽⁵⁾.

Depuis la découverte d'un niveau de résistance à la chloroquine dépassant le seuil toléré par l'OMS en 2003, le pays étudie l'introduction d'un traitement alternatif à base d'artémisinine⁽⁶⁾.

■ Problèmes

Le paludisme représente la deuxième cause de morbidité et la première cause de mortalité à Madagascar. De 2002 à 2004, le taux de morbidité lié au paludisme dans les CSB a varié de 19,5% à 17,5% .Par contre, le taux de mortalité hospitalière pour cause de paludisme est passé de 14,8% à 17,5% et atteint un niveau assez élevé pour les femmes enceintes et les enfants moins de 5 ans⁽⁷⁾.



Promotion de l'utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides

La réduction du taux de mortalité du paludisme en milieu hospitalier à 9% en 2012, constitue un des objectifs du Madagascar Action Plan. Comme vu plus haut, ce taux a augmenté de 3,3% entre 2002 et 2004. Il est donc impératif de mettre en œuvre dans un bref délai les stratégies préconisées pour réduire la mortalité liée au paludisme. La mise en place d'un laboratoire performant, permettant de porter le diagnostic biologique du paludisme au niveau des Centres Hospitaliers de District s'avère nécessaire.

(5) Annuaire Statistique Sanitaire 2004

(6) Politique Nationale de Santé

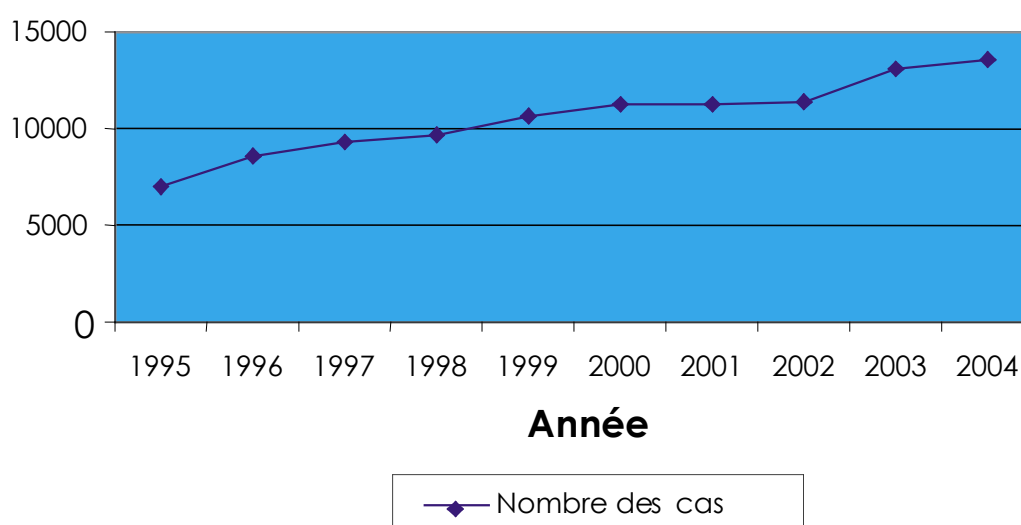
(7) Annuaire Statistique Sanitaire

• Tuberculose

■ Situation actuelle

La tuberculose reste endémique à Madagascar, les nouveaux cas dépistés se situent autour de 65% à 71% des 20 000 cas suspects par an, au cours des années 2002 à 2004. Ce chiffre, même élevé, ne reflète pas la réalité, car le taux de dépistage n'est que de 62% des cas suspects. L'évolution des nouveaux cas bacillifères est passée de 6948 à 13536 entre 1995 et 2004. Cette situation résulte de la méconnaissance de la maladie par la population, la faible capacité des prestataires de soins à prendre correctement en charge les tousseurs chroniques et les malades tuberculeux et le manque de coordination des activités. Ainsi, la décentralisation des Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) et des centres de microscopie, la participation communautaire dans la mobilisation sociale et le renforcement du suivi et de l'évaluation des activités constituent les mesures prises pour redresser la situation.

Evolution des cas de tuberculose bacillifère dépistée à Madagascar



Sources : Service de lutte contre la tuberculose, 2006

Actuellement, la stratégie de lutte contre la tuberculose consiste à assurer la disponibilité d'une quantité suffisante de médicaments anti-tuberculeux pour la généralisation de la stratégie DOTS dans 205 CDT. Le gouvernement est en ce moment, dans une phase de révision de sa stratégie avec l'intention d'étendre le nombre de CDT à près de 1 000 et d'établir des collaborations entre les CDT et les départements faisant du dépistage et du traitement du VIH/SIDA, afin d'assurer un meilleur suivi des patients.

■ Problèmes

Dans la pratique, le Programme de lutte se heurte encore à deux écueils majeurs : un faible taux de guérison (72%) et un taux élevé de perdus de vue (17%)(8). Néanmoins, il est important de signaler que ce taux de guérison était de 60,7% en 2000. Cette amélioration est due au renforcement et à la décentralisation de la lutte antituberculeuse. Des efforts notables sont encore nécessaires pour lutter contre cette affection.

• VIH/SIDA et IST

■ Situation actuelle

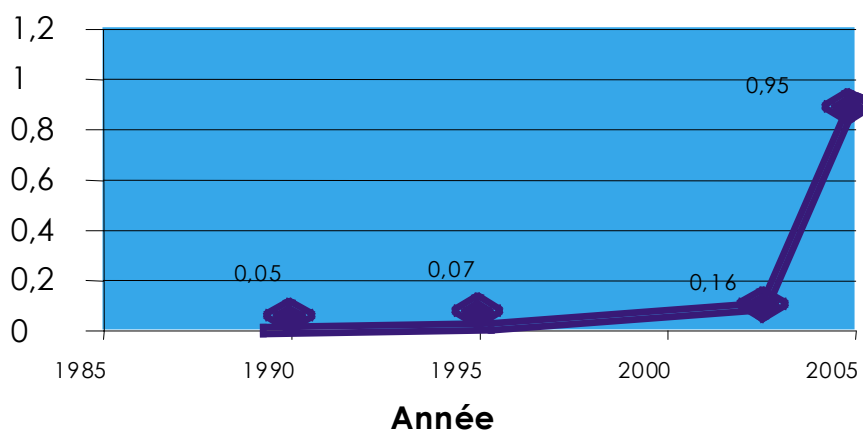
Le VIH/SIDA a été découvert à Madagascar en 1987. La prévalence du VIH/SIDA à Madagascar a été estimée à 0,95%. A la lecture de la courbe, on constate que malgré le faible niveau relatif du taux, celui-ci augmente de façon exponentielle passant de 0,05% en 1990 à 0,95%. Entre 2001 et 2005, l'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA a pris une allure exponentielle.

(8) PNS et Service de Lutte contre la Tuberculose 2006

Par ailleurs, il est à noter que 67,4% des personnes touchées sont de nationalité malgache. Le graphique ci-après montre la tendance de l'évolution de la prévalence du VIH/SIDA à Madagascar.

Evolution de la prévalence de l'infection VIH/SIDA

Taux de prevalence



Sources : Programme VIH/SIDA

Concernant les IST, en 2002 sa prévalence a été estimée à 14%⁽⁹⁾. Le taux de syphilis active chez les femmes enceintes est de 8%, de 6.3% dans la population générale⁽¹⁰⁾, et de 28.3% chez les travailleurs du sexe.

L'enquête nationale auprès des femmes enceintes⁽¹¹⁾ montre aussi qu'il existe des disparités géographiques importantes dans les taux de prévalence du VIH/SIDA : les hauts plateaux (Tananarive et Fianarantsoa) sont moins touchés que les zones côtières, les milieux urbains affichent un taux de prévalence légèrement inférieur à celui des zones rurales. De plus, cette enquête confirme la corrélation entre le niveau d'éducation, le niveau de vie et le taux de prévalence du VIH/SIDA : les populations plus pauvres et moins éduquées sont plus affectées que les populations plus riches et plus éduquées.

■ Problèmes

Malgré une prévalence encore relativement basse, le VIH/SIDA constitue sans nul doute une menace grave pour la santé publique malgache, compte tenu de la prévalence élevée des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et l'existence de nombreux comportements sexuels à risque (rapports non protégés, multi partenariat), faisant craindre une évolution explosive. Ces données sont inquiétantes, dans la mesure où la séroprévalence du VIH a quadruplé en 10 ans chez les porteurs d'IST. En outre, la capacité de prévention et de prise en charge est insuffisante dans les milieux de soins (sécurité transfusionnelle et des injections, gestion des déchets médicaux, formation et disponibilité des agents de santé, accessibilité aux soins). Selon les estimations actuelles, il y aurait au moins 35.000 séropositifs à Madagascar. Or seulement 59 cas cumulés de SIDA maladies et 226 cas séropositifs ont été notifiés entre 1987 et mai 2003. Madagascar est donc en premier lieu confronté au problème de l'identification des malades.

(9) Madagascar Common Country Analysis 2003

(10) DHS 2003-2004

(11) EDSIII

• Les autres maladies et programmes

■ Situation actuelle

La filariose : le taux de couverture thérapeutique de cette maladie dans trois districts endémiques est de 81,36%.

Concernant **la lèpre**, le seuil d'élimination est atteint et son taux de prévalence actuel est de 0,995 cas pour 10.000 habitants. Les patients sont sous polychimiothérapie.

Pour **la peste**, 80% des districts foyers sont dotés en stock épidémique et en support d'informations

Les bilharzioses, uro-génitale dans la partie occidentale, et intestinale dans les parties orientale et centrale du pays, touchent 88 districts. Dans 437 villages hyper endémiques, 130.342 personnes ont été traitées.

En outre, chaque année plusieurs flambées épidémiques meurtrières menacent le pays, particulièrement **les diarrhées épidémiques** (dysenterie bacillaire, voire choléra comme au début des années 2000), **les toxi-infections alimentaires** collectives, **la grippe**, ainsi que d'autres maladies émergentes et réémergentes comme **la cysticercose, la tungose, la rage** etc.

Les mesures sanitaires aux frontières se développent et 9 SSD littoraux sur 40 disposent de Centre de Santé aux Frontières (CSF)

■ Problèmes

La filariose lymphatique se rencontre dans une grande partie des Régions du pays. La prévalence de l'infection peut dépasser les 50% dans plusieurs localités de ces zones fortement endémiques, et représente un obstacle au développement socio-économique. Face à cette situation, Madagascar s'est résolument engagé dans le Programme mondial d'élimination de la maladie. Une politique nationale est en cours d'élaboration.

Pour *la lèpre*, malgré une importante diminution du nombre de malades depuis 2002 suite à d'intenses campagnes d'élimination, cette affection a comme principal problème le retard du dépistage. En conséquence, on trouve un nombre élevé de multibacillaires supérieur à 70% des cas dépistés et les infirmités de degré 2 atteint 13,07%. Il est à noter que les cas de lèpre se rencontrent chez les enfants dans 14,71%.

Concernant *la peste*, le taux de létalité est de 11%. Malgré l'importance reconnue du problème sur la santé publique malgache et les efforts de lutte menés depuis 1998, le Programme National peste, mis en place dans 67 districts sanitaires parmi les 88 SSD cibles, est lourdement handicapé par la mobilité du personnel formé, le non transfert des compétences au sein de chaque SSD et une insuffisance d'appuis financiers pour atteindre les objectifs fixés.

Les bilharzioses, sous ses deux formes, uro-génitale, et intestinale, affectent respectivement cinq cent mille et deux millions d'individus. Cette affection constitue donc un problème sanitaire non négligeable.

Les flambées épidémiques, posent des problèmes car l'impact de ces menaces sur la population est majoré du fait des difficultés du système de surveillance et de riposte, ainsi que par des facteurs socioculturels entravant la prévention et la prise en charge précoce et correcte des cas.

En matière de *santé aux frontières*, le problème concerne l'insuffisance de la connaissance des voyageurs et de la communauté sur les urgences de santé publique de portée internationale et les précautions à prendre.

2.3.2. Maladies Non Transmissibles

Les maladies non transmissibles constituent des problèmes de santé publique puisqu'elles commencent à s'émerger de plus en plus dans le pays. Parmi les dix principales causes de morbidité vue dans les CSB, la proportion des affections bucco-dentaires, de l'hypertension artérielle, des affections de l'œil et ses annexes et des accidents et traumatismes, augmente progressivement.

Le tableau ci-après montre l'évolution du pourcentage de ces maladies non transmissibles parmi les dix principales causes de morbidité vues dans les CSB de 1999 à 2004.

Evolution du % de quelques maladies non transmissibles par rapport aux dix pathologies dominantes vues dans les CSB

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Affections bucco-dentaires	2,8	3,1	3,5	3,0	3,0	3,4
Infections de l'œil et ses annexes	1,7	1,8	2,0	1,8	2,8	2,2
HTA	1,2	1,3	1,4	1,3	1,4	1,8
Accidents et traumatismes	1,7	1,8	2,5	1,7	1,8	2,3

Sources : Annuaires Statistiques du Secteur Santé de 1999 à 2004.

• Maladies bucco –dentaires

■ Situation actuelle

Les maladies bucco dentaires constituent un problème de santé publique puisque la prévalence de la carie dentaire chez les âgés de 6 à 44 ans varie de 63 à 98%. Face à cette situation, la couverture en service de santé bucco-dentaire public et privé confondu se résume aux 138 dentisteries au niveau des SSD et des CSB, 17 centres bucco-dentaires scolaires pour 85 écoles, des nombreux cabinets dentaires. Des activités préventives sont menées dans 2500 écoles.

La fluoruration du sel mise en place récemment, témoigne la volonté d'agir efficacement dans la réduction des caries dentaires.

Il est à noter aussi l'existence d'une pratique illicite des soins dentaires.

■ Problèmes

La précocité de la survenue de la carie dentaire chez les enfants de 6 ans représente un problème majeur en matière de maladies bucco dentaires. Malgré la répartition inégale de la couverture en soins dentaires, la non accessibilité financière des soins dentaires freine l'utilisation des services par les ménages. De ce fait, le secteur informel gagne de l'ampleur.

• Maladies oculaires

■ Situation actuelle

Les maladies oculaires prioritaires à Madagascar sont représentées par la cécité et le vice de réfraction. Le nombre de cas de malvoyant atteint 500 000 et la cécité des adultes s'élève à 160 000 cas dont 80 000 par cataracte, tandis que 25 000 cas pour les enfants.

En terme de ressources humaines spécialisées, il y a 19 ophtalmologues, 31 chirurgiens de cataracte, 59 infirmiers en soins oculaires, 5 réfractionnistes, 3 techniciens de maintenance et 32 agents communautaires.

L'offre de service ophtalmologique du secteur public compte 2 unités au niveau CHU, 18 au niveau CHRR, 1 au niveau communautaire et 1 en service ambulatoire.

Il est à noter aussi l'existence d'un partenariat avec le privé en matière de dépistage de cataracte.

■ Problèmes

En matière de santé oculaire, l'insuffisance de la prise en charge des cas dépistés, avec le manque de moyens de dépistage constitue le problème fondamental. L'insuffisance de personnel spécialisé reste aussi un problème crucial.

La stratégie avancée par l'offre de service de proximité (ambulatoire et communautaire) n'arrive pas à couvrir le territoire national. Par ailleurs, le non évaluation des offres de service du secteur privé risque de fausser la couverture sanitaire pour la santé oculaire.

• Maladies mentales

■ Situation actuelle

Les conditions de vie liées à la pauvreté et l'acculturation constituent les causes majeures des troubles mentaux à Madagascar. La prévalence de ces troubles atteint 47% à Tana, 31% à Mahajanga, celle des troubles dépressifs à 11% et celle des troubles psychiques liés à l'alcool à 8%.

Concernant la ressource humaine spécialisée pour les secteurs public et privé confondus, il existe 12 psychiatres, 2 psychologues, 5 internes qualifiants, 15 infirmiers en santé mentale. Ce personnel spécialisé exerce dans 10 services de neuropsychiatrie.

■ Problèmes

En plus de l'insuffisance de personnel qualifié, les principaux problèmes concernent surtout : l'absence de cadre législatif sur la santé mentale, les infrastructures asilaires archaïques, la stigmatisation des malades mentaux et l'absence de pédopsychiatrie..

• Maladies liées aux modes de vie

■ Situation actuelle

Ce groupe est composé par les maladies cardio – vasculaires (MCV), les cancers et le diabète. Ces trois groupes de pathologies méritent plus d'attention de la part du pouvoir public. Une enquête sur les facteurs de risques communs aux maladies chroniques non transmissibles menée en 2005 a permis d'identifier les indicateurs clés des facteurs de risques dans la population malgache :

- 17,45% fument actuellement et quotidiennement ;
- 24,58% utilisent du tabac à chiquer actuellement et quotidiennement ;
- 24,53% des consommateurs actuels ont consommé 5 verres ou plus quel que soit le jour de la semaine écoulée ;
- 24,27% consomment moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour ;
- 1,89% sont la plupart du temps inactifs ;
- 2,42% sont obèses ;
- 17,57% ont une hypertension artérielle.

Le tableau suivant montre des résultats comparatifs de ces facteurs de risque dans quelques pays de la région africaine et de l'océan indien :

Facteurs de risque	Valeurs au niveau des différents pays							
	Toliara	Antananarivo	Seychelles** (2004)	Maurice* (1998)	Algérie* (2003)	Congo* (2004)	Erythrée* (2004)	Cameroun* (2004)
Tabagisme	23%	17,6 %	-	20,2%	12,8%	14,4%	8,0%	4,0%
Alcoolisme	7,3%	6,3%	-	15,9%	5,1%	62,5%	39,6%	11%
Obésité	2,61%	1,85%	10,00%	11,50%	16,40%	8,60%	3,30%	18,00%
Hypertension artérielle	11,1%	24,3%	-	29,60%	29,1%	32,5%	16%	25%

Sources : * OMS- Les maladies cardio-vasculaires dans la région africaine : situation actuelle et perspectives. AFR/RC55/12, 2005 ; 1-9.

** Bulletin épidémiologique des Seychelles, 2004, n° 7, 1-4.

Pour y faire face, une politique nationale intégrée des Maladies Chroniques Non Transmissibles a été élaborée.

Dans le Service d'Oncologie – Radiothérapie d'Antananarivo, seul centre spécialisé en oncologie à Madagascar, 1.200 nouveaux cas (dont plus du quart était des cancers gynécologiques) ont été enregistrés en 2003. Ce chiffre ne représente toutefois pas la réalité, dans la mesure où 70% de ces malades proviennent uniquement d'Antananarivo et des environs⁽¹²⁾.

■ Problèmes

Pour le cancer, les malades arrivent à un stade avancé de la maladie à cause d'un dépistage tardif des cas. Par ailleurs, le coût élevé du dépistage et du traitement ne permet pas la prise en charge correcte des cas. Les laboratoires d'anatomopathologie et de cytologie ne couvrent pas les centres hospitaliers de référence.

Entre autre, les maladies cardio-vasculaires et le diabète ne sont pas dépistés systématiquement dans les CSB et le CHD. Un manque de prise en charge au niveau communautaire et au niveau des CSB entraîne l'apparition des séquelles et des handicaps.

• Handicap

■ Situation actuelle

Une enquête nationale menée en 2003, a estimé la prévalence globale des différents types de handicap à 7,5%, incluant par ordre d'importance la déficience visuelle, la déficience motrice, la déficience auditive, la déficience intellectuelle et la déficience psychique. Dans 50% des cas, la cécité est évitable, et la cataracte, à elle seule, est à l'origine d'un très grand nombre de cécités évitables⁽¹³⁾.

Les principales pathologies invalidantes répertoriées sont l'infirmité motrice cérébrale, les pieds bots, les infections ostéo-articulaires, l'otite moyenne chronique, les accidents vasculaires cérébraux, l'épilepsie et les bouffées délirantes aiguës.

■ Problèmes

Les services de rééducation et d'appareillage sont encore mal intégrés et souffrent d'insuffisance d'équipements et de ressources humaines qualifiées.

(12) PNS
(13) Idem

2.4. PROMOTION DES COMPORTEMENTS SAINS ET PROTECTION DE LA SANTE

Dans cet axe, la considération porte sur les principaux facteurs qui influencent directement la santé de la population en générale. Les conditions d'hygiène et d'assainissement de l'environnement et de l'alimentation, constituent les éléments de ces principaux facteurs.

2.4.1. Promotion de la santé et IEC – Mobilisation Sociale

■ Situation actuelle

Au sein du Ministère il existe une entité responsable de la coordination des activités d'IEC-MS. Pour mener sa mission, elle est soutenue par une définition des mandats et des relations de travail entre les différents programmes en matière d'IEC-MS. En effet, chaque Direction/Programme comporte des volets promotion de la santé planifiés et exécutés par des acteurs à différents niveaux du système de santé sans coordination ni harmonisation.

Des résultats encourageants sont perceptibles sur le changement de comportement des individus en particulier dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

■ Problèmes

Un ensemble de facteurs comportementaux liés d'une part à l'offre de service, et d'autre part à la communauté constitue l'une des causes majeures des problèmes sanitaires.

Les facteurs liés à l'offre de service concernent le comportement des agents de santé et leurs prestations :

- non maîtrise des techniques de communication et de mobilisation sociale surtout en Communication Interpersonnelle (CIP),
- insuffisance des outils de communication sociale (imprimés, supports audio et audiovisuels).

Les facteurs liés à la communauté sont :

- la méconnaissance des maladies et des préventions des maladies,
- la persistance des croyances et des préjugés,
- les pratiques socioculturelles défavorables à la santé.

L'organisation sociale des communautés malgaches reste très traditionnelle, surtout en milieu rural, qui conserve encore leurs propres règles respectées par tous les membres ; les traditions constituent souvent un blocage à la percée vers un état sanitaire acceptable.

Par ailleurs, on déplore l'absence d'une politique nationale et d'orientation stratégique en matière de promotion de la santé. En plus, il existe un chevauchement et duplication des activités promotionnelles qui engendrent un gaspillage de ressources.

2.4.2. Sécurité alimentaire et qualité des denrées alimentaires

■ Situation actuelle

Le programme de contrôle de la sécurité sanitaire et de la qualité des aliments a été initié par le Ministère de la Santé et du Planning Familial en 2003 avec un laboratoire de fraude alimentaire. Récemment, Madagascar dispose d'une loi alimentaire. La réglementation des produits alimentaires et non alimentaires (répression des fraudes et contrôle de qualité) qui date de 1905 a été réactualisée.

Depuis la création de l'Agence de Contrôle de la Sécurité et Qualité des Denrées Alimentaires (ACSQDA) en 2002, les responsables ont commencé à constituer une banque de données sur l'Intoxication Alimentaire Collective (IAC), le toxi-infection alimentaire collective (TIAC) et l'Intoxication par Consommation d'Animaux Marins (ICAM). Le tableau récapitulatif ci-après montre l'évolution des cas pendant les quatre dernières années (2002 à 2005).

Evolution des Intoxications alimentaires à Madagascar de 2002 à 2005

Année	IAC	TIAC	ICAM	Total cas	Décès
2002	652	0	5	657	13
2003	734	28	10	772	1
2004	1109	49	0	1158	0
2005	788	0	39	827	8

Source : ACSQDA 2006

■ Problèmes

D'après les données, l'IAC représente la pathologie dominante en terme d'intoxication alimentaire (95% des cas). Ce phénomène d'intoxication est fréquemment observé dans 11 régions, notamment dans les régions d'Analamanga et de Vatovavy Fitovinany. Les cas d'IAC n'ont cessé de s'accroître pendant les trois dernières années, même si en 2005 une baisse sensible par rapport à 2004 a été enregistrée suite aux campagnes de sensibilisation.

Il est à remarquer une insuffisance palpable d'inspections et de contrôles, particulièrement au niveau périphérique, en matière de qualité des denrées alimentaires.

2.4.3. Tabagisme et toxicomanie

■ Situation

Le programme de lutte contre le tabagisme et la toxicomanie est développé ces dernières années. Madagascar figure parmi les premiers pays au monde à ratifier la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et de ce fait s'engage à prendre les mesures nécessaires pour la mise en œuvre des dispositions relatives à ce document.

Il existe des textes et un cadre réglementaire régissant la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

La prévalence de la consommation de boissons alcoolisées à Madagascar atteint 8,9% des ménages.

■ Problèmes

Le tabagisme, première cause de décès prématurés dans le monde, affecte plus de 46,9 % de la population rurale malgache en ce qui concerne le tabac à chiquer, et un âge d'initiation tabagique se situant entre 11 et 15 ans pour le tabac à fumer.

En outre, l'alcoolisme et l'abus de drogues affectent de plus en plus les jeunes. Il importe ainsi de renforcer les mesures de lutte contre ces deux fléaux, facteurs de blocage du développement socio-économique du pays. En plus, il manque des activités de sensibilisation dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

2.4.4. Hygiène et assainissement.

■ Situation actuelle

Au sein du secteur santé, une structure assure les activités spécifiques en matière d'hygiène et d'assainissement. Cependant une stratégie nationale sur le domaine santé et environnement n'est pas encore élaborée pour le pays. Par contre, il existe une politique nationale sur la gestion des déchets.

D'après le rapport mondial de l'OMS⁽¹⁴⁾ en juin 2006, 24% des maladies sont causées par des expositions environnementales évitables. Cette proportion est plus forte dans les pays en voie de développement ainsi que chez les enfants.

Le taux d'accès à l'eau potable pour l'ensemble du pays, après avoir stagné pendant quelques années, a augmenté de 20,9% à 29,9 % entre 1999 et 2005, soit 9 points en six ans. Toutefois la situation montre que le taux d'accès est très faible en milieu rural : en 2005 ce taux est de 16% contre 67% en milieu urbain

(14) OMS 2006 Preventing disease through healthy environments

Par ailleurs, en matière d'assainissement, il est à noter un changement positif dans l'utilisation des toilettes : le taux d'utilisation est passé de 39 % à 50,7 % entre 1997 et 2004

■ Problèmes

L'accès à l'eau potable constitue un élément essentiel de l'indicateur du développement humain durable. En effet, une grande partie des maladies diarrhéiques, surtout chez les enfants, proviennent de l'utilisation des eaux non salubres.

Concernant les formations sanitaires, on observe un important retard au niveau des infrastructures sanitaires (eau, assainissement, déchets). Seules 23 % ont accès à l'eau potable, les installations d'assainissement sont en général déficientes et les dispositifs d'élimination des déchets de soins opérationnels restent une exception, soit seulement 5 % des centres hospitaliers en 2004. Cette situation résulte de la non application des normes lors de la construction des nouvelles infrastructures et de l'insuffisance des réhabilitations des anciennes installations.



Adduction d'eau potable

2.4.5. Gestion des risques et des catastrophes

■ Situation

Dans le cadre de la gestion des risques et des catastrophes, des structures opérationnelles sont mises en place jusqu'au niveau régional au sein du secteur santé. Elles ont contribué à la prise en charge des sinistrés dont l'évolution est illustrée dans le tableau ci-après.

Tableau : Pourcentage de personnes prises en charge par rapport au nombre total de sinistrés (années : 1996 à 2005)

Années	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Taux	37%	37,5%	39%	40%	41%	44%	48%	51%	52%	60%

La prise en charge des sinistrés ne cesse d'augmenter durant les dix dernières années

■ Problèmes

Parmi les problèmes de santé dans notre pays, deux situations distinctes constituent des facteurs de risque et de vulnérabilité :

- L'inaccessibilité géographique aux centres de santé pour 40% de la population, qui vivent à plus de 10 km des structures sanitaires ;
- la survenue périodique de perturbations géoclimatiques tels les cyclones et inondations, qui exposent annuellement 40 districts et 1/3 de la population du pays aux flambées épidémiques et/ou famine post-catastrophe.

Par ailleurs, ces catastrophes entraînent une désorganisation socio-économique, une destruction des cultures vivrières, menaçant ainsi la communauté sinistrée de sous nutrition, qui accentuera la pauvreté.

CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATEGIE SECTORIELLE SANTE MALAGASY

III

L'engagement n°5 du Madagascar Action Plan concerne le volet santé et le planning familial : « nous œuvrerons pour assurer que toute notre population est en bonne santé et peuvent contribuer de manière productive au développement de la nation et mène une longue et fructueuse existence. On mettra fin aux problèmes de malnutrition et le paludisme. Le VIH et le SIDA ne connaîtront plus des augmentations ; l'eau potable sûre deviendra accessible ; et, au moyen de l'éducation et de la fourniture de services de santé, la taille moyenne de la famille Malagasy sera réduite ».

Comme déjà spécifié plus haut, le Plan de Développement Sectoriel Santé constitue le document de mise en œuvre de Madagascar Action Plan. Les défis énoncés dans l'engagement 5 sur la santé et le planning familial sont priorisés dans le présent document. Le cadre logique entre le MAP et les activités clés du PDSS est résumé dans le tableau ci-dessous.

L'approche adoptée est une analyse de l'état de santé, de l'organisation du système, son fonctionnement ainsi que sa gestion et son financement à l'aide d'un cadre conceptuel qui s'articule autour de deux axes principaux :

- le premier concerne *l'amélioration de la gestion du système et la mise en œuvre des mesures d'accompagnement* : cadre qui détermine les différents aspects organisationnels du système de santé, notamment le renforcement du système de santé, ainsi que les outils de mise en œuvre de la stratégie ;
- le second concerne *l'amélioration de la santé* : cadre d'analyse de l'état de santé de la population, des facteurs primordiaux qui nuisent à la santé ainsi que des problèmes sanitaires et les priorités de services qui en découlent.

Il est évident que les deux axes concourent ensemble à la réalisation des objectifs pour la santé qui restent en définitive la préoccupation majeure du système de santé (voir figure n° 2).

Figure n° 2

CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATEGIE SECTEUR SANTE MADAGASCAR

AMELIORATION DE LA GESTION ET MISE EN ŒUVRE

Renforcement du Système de Santé

- Cadre juridique et institutionnel
- Décentralisation et déconcentration
- Ressources humaines
- Infrastructure et équipement
- Réforme hospitalière
- Médicaments
- Financement du système
- Système d'information Sanitaire
- Planification
- Suivi et évaluation
- Système communautaire
- Stimulation de la demande

Mise en oeuvre

- 1. Les actions de régulation et de coordination nationale.**
 - La fonction de financement
 - La fonction de régulation et de coordination du système
 - La fonction de planification
 - Le système d'information sanitaire
 - La politique du médicament
 - La politique des ressources humaines
 - La coordination de la santé publique
 - Le développement et l'actualisation du code la santé et de la législation sanitaire
- 2. Modernisation de la Gestion**
 - La séparation des fonctions de financement et de prestation de services
 - L'autonomie de Gestion
 - Le système d'accréditation des hôpitaux
 - La formation en Management
 - L'évaluation des technologies
 - La stratégie de qualité
 - La valorisation des ressources humaines
- 3. Renforcement de l'outil juridique**

Objectif du MAP Engagement 5

- Challenge 1**
ASSURER LA FOURNITURE DE SERVICES DE SANTE DE QUALITE A TOUS
- Challenge 2**
ELIMINATION DES PRINCIPALES MALADIES TRANSMISSIBLES
- Challenge 3**
GAGNER LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA
- Challenge 4**
METTRE EN ŒUVRE UNE STRATEGIE EFFICACE DE PLANNING FAMILIAL
- Challenge 5**
REDUIRE LA MORTALITE INFANTO JUVENILE
- Challenge 6**
REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE
- Challenge 7**
AMELIORER LA NUTRITION ET LA SECURITE ALIMENTAIRE
- Challenge 8**
APPROVISIONNER LA POPULATION EN EAU POTABLE ET GENERALISER LES PRATIQUES HYGIENIQUES ET SANITAIRES

AMELIORATION DE LA SANTE ET PRIORITES

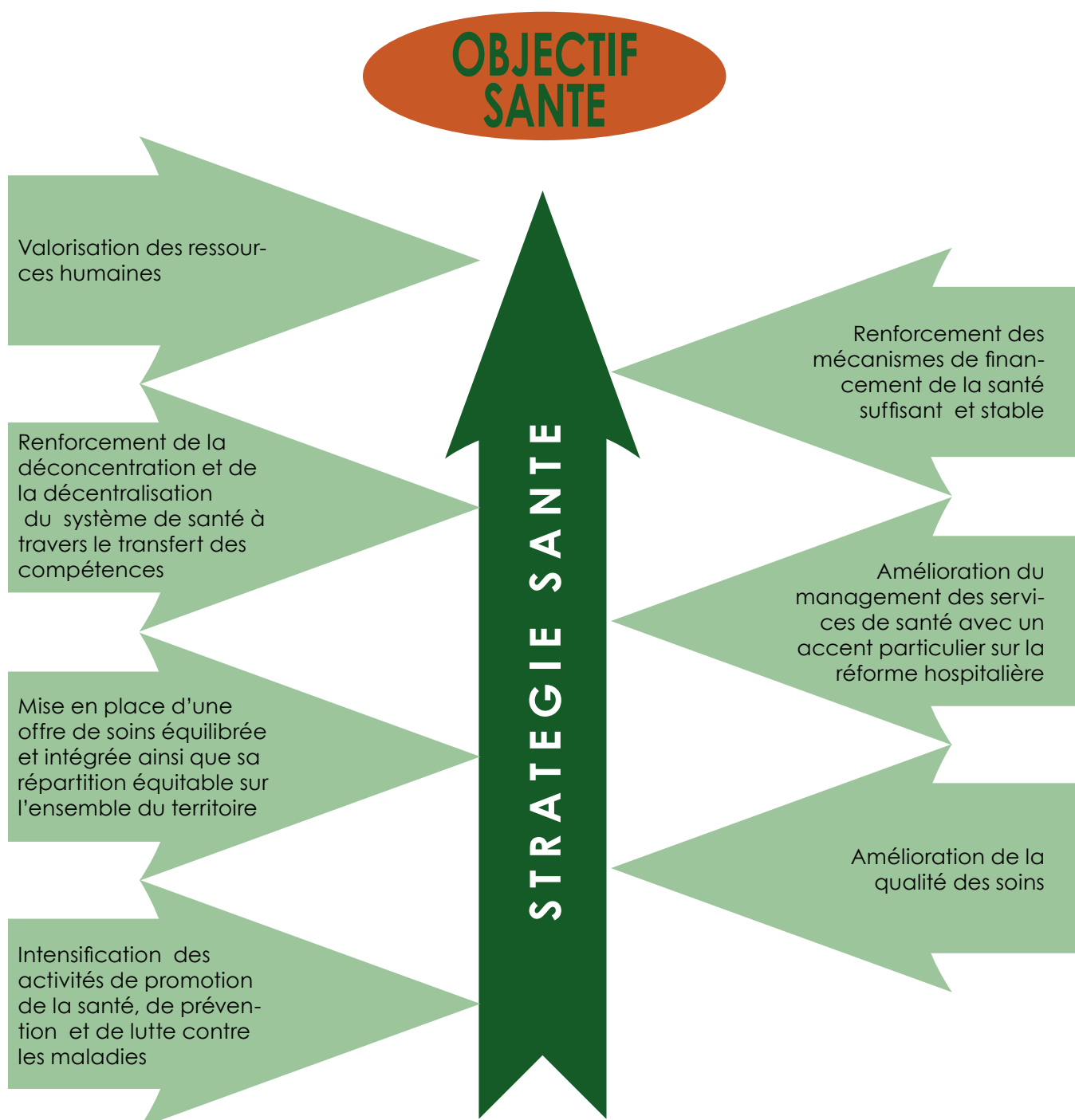
Survie de la mère et de l'enfant	Maternité à moindre risque
	PF
Maladies transmissibles et non transmissibles	Survie de l'Enfant (P.CIME, Vaccination, Nutrition)
	Paludisme
	Tuberculose
	Lèpre
	VIH/SIDA/IST
	Autres maladies : Peste, Filariose Cysticercose, et Bilharziose
	Santé oculaire
	Santé mentale
	Santé bucco-dentaire
	Maladies liées aux modes de vie (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète)
Handicap	
Protection de la santé et Promotion des comportements sains	Promotion de la santé et IEC/MOB SOC
	Sécurité sanitaire et qualité des denrées alimentaires
	Lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme
	Eau potable, hygiène et assainissement
	Gestion des risques et des catastrophes

RESULTATS FINAUX, STRATEGIES ET INTERVENTIONS IV

Il s'agit de donner à la santé sa juste place dans le processus de développement. Pour plus d'efficacité et d'équité, une meilleure gestion s'impose dans le secteur de la santé. Celle-ci devra reposer sur une administration plus efficiente, un exercice plus rigoureux des responsabilités envers la population, et des services plus performants et de meilleures qualités.

Compte tenu du contexte national actuel ainsi que des perspectives du développement sanitaire, les éléments constitutifs de la stratégie du secteur de la santé peuvent se résumer par la figure n° 3.

Figure n° 3 : Principaux éléments de la stratégie sectorielle de santé



L'objectif général du PDSS est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations.

Ce faisant, le PDSS va contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations Malagasy pour leur permettre de participer pleinement à la lutte contre la pauvreté, l'exclusion et au développement socio économique global du pays, ce à quoi vise d'ailleurs la PNS et le Madagascar Action Plan (MAP).

Les quatre objectifs intermédiaires ci-après sont définis sur la base des besoins minimaux définis à partir de l'analyse des problèmes de santé, ainsi que des ressources potentiellement mobilisables au cours des cinq prochaines années. Leur atteinte à l'horizon 2011, reste liée à une bonne organisation du système, aux performances de sa gestion et à une optimisation de l'utilisation de toutes les ressources disponibles.

- Renforcer le système national de santé
- Améliorer la survie de la mère et de l'enfant
- Renforcer la lutte contre les maladies liées à l'environnement
- Accroître la protection de la santé ainsi que la promotion des comportements sains

4.1. RENFORCER LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE

4.1.1. Cadre juridique et institutionnel

Objectif spécifique 4.1.1.1 D'ici 2011, Améliorer le cadre juridique et institutionnel du système de santé aux priorités des OMD, du MAP, de la politique nationale de santé et du plan sectoriel santé

■ Résultats attendus

Les résultats attendus à l'atteinte de cet objectif consistent en :

1. Un nouveau code de santé adoptée par l'Assemblée Nationale et appliquée par le secteur
2. Une bonne gouvernance de la participation financière des usagers par des textes réglementaires.

■ Stratégies

Cinq stratégies sont proposées pour atteindre les résultats attendus.

1. Promulgation du code de la santé réactualisé
2. Réactualisation des textes en se basant sur le nouveau code de santé
3. Instauration d'un cadre légal de la gestion financière du FANOME
4. Instauration de la lutte contre la corruption

■ Interventions

1. Finaliser le code de santé et le soumettre au parlement
2. Mettre à jour les textes régissant le secteur santé selon le nouveau code
3. Mettre en place un cadre légal de la gestion financière du FANOME
4. Réactualiser le cadre législatif et réglementaire de la gestion des patrimoines du Ministère
5. Institutionnaliser les standards de services en vue de la réduction de la corruption au niveau opérationnel (CSB et hôpitaux)

4.1.2. Décentralisation et déconcentration

Objectif spécifique 4.1.1.2 Promouvoir la décentralisation de la gestion du système de santé et de la prise de décision au niveau des CTD (Régions, communes)

■ Résultats attendus

Les résultats attendus à l'atteinte de cet objectif consistent en :

1. CTD compétentes en matière de développement sanitaire

2. Capacités institutionnelles des Services Techniques Déconcentrés (DRSPF, SSD) renforcées
3. Contribution effective des acteurs locaux au développement sanitaire

■ Stratégies

Les stratégies proposées pour atteindre les résultats attendus sont :

1. Décentralisation de la gestion du développement sanitaire et du financement du système de santé avec prise de décision au niveau des Régions et Communes
2. Décentralisation de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans de développement consolidé (région, district, commune)
3. Renforcement de l'implication des intervenants à tous les niveaux en matière de développement sanitaire

■ Interventions

1. Transférer les compétences et les ressources au niveau décentralisé (CTD/STD)
2. Elaborer et appliquer les manuels de procédures pour chaque niveau
3. Impliquer tous les intervenants dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement consolidé
4. Mettre en place et pérenniser un comité multisectoriel en matière de santé au niveau des CTD

4.1.3. Ressources Humaines

Objectif spécifique 4.1.1.3 : Améliorer la disponibilité en ressources humaines qualifiées dans au moins 70% des formations sanitaires

■ Résultats attendus

Les résultats attendus à l'atteinte de cet objectif consistent en :

1. Formation adaptée aux réalités des professions
2. Personnel qualifié et suffisant et bien réparti au niveau décentralisé, surtout en zones enclavées et peuplées
3. Personnel motivé avec un plan de carrière à tous les niveaux du système de santé et pour toutes les catégories

■ Stratégies

Les stratégies proposées pour atteindre les résultats attendus sont :

1. Renforcement de la formation du personnel de santé en qualité et en quantité
2. Répartition adéquate du personnel qualifié dans tous les centres de santé et les hôpitaux de première référence pour offrir les services de qualité
3. Contractualisation des personnels de santé qualifiés (garantis par des associations) surtout pour les zones enclavées
4. Informatisation de la gestion du personnel à tous les niveaux
5. Motivation du personnel qualifié pour s'installer en périphérie
6. Développement d'un plan de carrière (avec des critères de performance et d'incitation)

■ Interventions

1. Redynamiser la formation à tous les niveaux et donner priorité aux formations initiales des sages-femmes et des paramédicaux
2. Continuer la formation en chirurgie essentielle
3. Appuyer les établissements privés de formation des paramédicaux et travailleurs sociaux
4. Contracter et redéployer les médecins et paramédicaux, surtout les sages-femmes et infirmières pour tous les CSB (niveau 1 et 2) du pays

5. Mettre en place le logiciel de gestion du personnel réactualisé
6. Améliorer les conditions de travail du personnel de santé surtout dans les zones enclavées selon la liste officielle (plan de carrière, revenu, logement, indemnités, primes)
7. Mener des plaidoyers pour la révision des indemnités d'éloignement des agents exerçant en zones enclavées
8. Mettre en place un mécanisme de perfectionnement et de motivation du personnel selon leur performance
9. Mettre en place un système de coaching au niveau des STD

4.1.4. Infrastructure, équipement et qualité de service

Objectif spécifique 4.1.1.4 **Améliorer la couverture sanitaire et la qualité de service**

■ Résultats attendus

1. Des CHU et CHRR offrant des services de qualité selon les priorités
2. Des CHD I transformés en CHD II selon les normes (chirurgie d'urgence)
3. Des CSB mis aux normes (en kits de base, équipement, infrastructure, eau et assainissement)
4. Accès géographique dans les zones à forte concentration de population augmentée

■ Stratégies

Les stratégies proposées pour obtenir les résultats attendus sont :

1. Adaptation du plateau technique des Centres hospitaliers (CHU, CHRR, CHD) en rapport à la productivité et à la densité de la population
2. Transformation progressive des CHDI en CHD II selon des critères de priorité (cible, enclavement,...)
3. Mise aux normes des CSB
4. Construction des CSB pour une population supérieure à 10 000 habitants et située à plus de 10 km

■ Interventions

1. Adopter et appliquer les normes en infrastructure, en équipement et en personnel des centres hospitaliers (CHU/CHRR/CHD) selon les besoins
2. Identifier et transformer les CHDI prioritaires en CHDII
3. Réhabiliter et équiper les CSB ne respectant pas les normes
4. Reconstruire les CSB en matériaux locaux ou très délabrés
5. Construire des nouveaux CSB en respectant les critères et selon les possibilités
6. Construire des logements pour le personnel exerçant en zones enclavées
7. Assurer la maintenance des équipements et l'entretien des infrastructures à tous les niveaux
8. Appliquer l'assurance qualité à tous les niveaux du système de santé

4.1.5. Réforme hospitalière

Objectif spécifique 1.5 **Développer la réforme hospitalière**

■ Résultats attendus

1. Utilisation des hôpitaux augmentée
2. Usagers satisfaits
3. Autonomie de gestion hospitalière effective
4. Normes de qualité respectées y compris hygiène et précautions universelles

■ Stratégies

Les stratégies proposées pour atteindre les résultats attendus sont :

1. Renforcement de statut juridique des hôpitaux
2. Mise en place d'un système de financement adapté pour les usagers
3. Dotation de subvention liée à la performance
4. Intensification du Système de suivi et de contrôle en gestion hospitalière

■ Interventions

1. Elaborer et appliquer le statut des hôpitaux
2. Mettre en place un système de mutuelle, de caisse d'assurance ou autres modalités de paiement
3. Subventionner les Centres Hospitaliers selon leur performance suivant des critères définis
4. Mettre en place un système de management responsable
5. Instituer un système d'audit, de suivi et d'évaluation au niveau des hôpitaux

4.1.6. Médicaments

Objectif spécifique 4.1.1.6 **Assurer au moins à 85% la disponibilité et l'accessibilité en médicaments essentiels, en consommables médicaux, en réactifs dans toutes les formations sanitaires**

L'atteinte de cet objectif spécifique se fera par :

■ Résultats attendus

1. Tolérance zéro pour les ruptures de stock et la péremption
2. Médicaments de qualité mis à la disposition de la population
3. Commandes satisfaites pour toutes les catégories des FS en produits pharmaceutiques
4. Médecine traditionnelle intégrée dans les services des CSB

■ Stratégies

1. Clarification et application des TDR et rôles des intervenants à tous les niveaux du système d'approvisionnement et de distribution
2. Renforcement du contrôle de qualité des médicaments
3. Extension de gamme de SALAMA pour les médicaments et consommables hospitaliers
4. Recherche d'une synergie entre les pratiques de médecine traditionnelles et modernes

■ Interventions

1. Rendre disponible les produits pharmaceutiques de qualité à tous les niveaux
2. Elaborer et appliquer un document de référence pour les intervenants en matière de gestion de médicaments
3. Etablir un système de distribution et de contrôle à tous les niveaux : Centrale d'achat, pharmacie de gros, FS
4. Assurer l'utilisation rationnelle des médicaments
5. Contrôler la qualité des produits pharmaceutiques fournis à la population
6. Redynamiser l'industrie pharmaceutique locale surtout pour les solutés massifs
7. Mettre à jour la liste des médicaments et consommables pour les hôpitaux
8. Faire la promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles
9. Elaborer un plan de sécurisation des produits essentiels (Produits pharmaceutiques, contraceptifs...)

4.1.7. Financement du système de santé

Objectif spécifique 4.1.1.7 **Renforcer le financement de la santé pour répondre aux besoins du secteur public et de la population**

■ Résultats attendus

1. Flux financiers du secteur harmonisés/coordonnés
2. Coûts récurrents des investissements garantis
3. Viabilité financière des actions prioritaires
4. Allocation et taux d'exécution budgétaire augmentés
5. Accès financier amélioré de la population
6. Prestataires de service et des organismes payeurs bien séparés

■ Stratégies

1. Mise en place d'un mécanisme d'allocation des fonds au niveau décentralisé
2. Mise en place d'une approche adéquate envers le gouvernement, les parlementaires et les partenaires sur le financement du secteur santé
3. Développement du système de financement communautaire en matière de santé
4. Introduction des modalités innovatrices de financement du secteur santé
5. Amélioration de l'exécution budgétaire à court terme
6. Renforcement des comités de santé en tant que tiers payant

■ Interventions

1. Mettre en commun les différentes ressources financières (assurance, mutuelle, FANOME,...)
2. Mobiliser les acteurs au niveau local ou décentralisé pour financer le secteur santé
3. Mener des plaidoyers auprès du gouvernement, des parlementaires et des partenaires, soutenus par des documents stratégiques et financiers (MAP, PDSS, CDMT, CNS)
4. Appliquer la décentralisation du PIP
5. Mettre en place un système de subvention pour les interventions prioritaires
6. Alléger les procédures administratives d'exécution budgétaire pour l'Etat et les partenaires
7. Renforcer les compétences en programmation budgétaire et en gestion financière au niveau décentralisé
8. Revitaliser et redéfinir les rôles des comités de santé dont le rôle de tiers payant
9. Mener des études sur les systèmes de sécurisation sociale (mécanisme de solidarité et d'entre aide)
10. Rationaliser l'allocation des ressources en fonction des capacités d'exécution selon un cadre ou enveloppe budgétaire claire
11. Assurer l'institutionnalisation des comptes nationaux de santé

4.1.8. Organisation et Gestion

Objectif spécifique 4.1.1.8 **Améliorer l'organisation et la gestion du système de santé, d'ici 2011**

L'organisation et la gestion du système de santé constituent un élément essentiel du développement sanitaire. Elles comportent plusieurs volets entre autre : le système d'informations sanitaires et de communication, la planification, le système de suivi et évaluation ainsi que le système communautaire.

- **Système d'informations sanitaires et de communication**

- **Résultats attendus**

1. Informations fiables et disponibles à temps pour la prise de décision des utilisateurs à tous les niveaux
2. Utilisation du BLU-Data et autres systèmes de communication pérennisée
3. Rapport de synthèse périodique standardisé
4. Niveau communautaire intégré dans le système d'information sanitaire
5. Système d'alerte et de riposte efficace pour toute épidémie
6. Carte sanitaire dynamique et à jour disponible et accessible pour la planification

- **Stratégies**

1. Adaptation du système d'information selon le schéma directeur du système informatique jusqu'au niveau des 111 SSD
2. Mise en place du système intégré de collecte de données au niveau des CSB
3. Mise en place d'un logiciel de gestion hospitalière uniforme
4. Intégration du système de surveillance épidémiologique par région
5. Définition des rôles/responsabilités et paquets des acteurs communautaires en matière de surveillance épidémiologique

- **Interventions**

1. Elaborer et mettre en œuvre le schéma directeur du système informatique
2. Réviser le RMA pour intégrer et synthétiser les données nécessaires aux utilisateurs
3. Appliquer le logiciel de gestion hospitalière
4. Relancer le processus de mise à jour du système d'information y compris la carte sanitaire
5. Mettre en place un réseau de laboratoire de référence et de surveillance intégrée des maladies à potentielle épidémique
6. Elaborer et appliquer le document définissant les rôles /responsabilités et paquets des acteurs communautaires en surveillance épidémiologique
7. Mettre en place une banque de données informatives relative au système de santé
8. Relancer le processus de mise à jour du système d'information

- **Planification**

- **Résultats attendus**

1. Plan unique et consolidé axé sur les résultats à chaque niveau
2. Échéance respectée des étapes de planification

- **Stratégies**

1. Consolidation des plans par paquet d'activités et par niveau du système et par niveau de soins
2. Mise en place d'un système de planification budgétaire standardisé
3. Intégration des activités prioritaires au niveau opérationnel

- **Interventions**

1. Mettre à jour les PMA et les normes de service pour chaque niveau budgétaire
3. Etablir et appliquer un plan de mise en œuvre unifié et consolidé pour tous les intervenants
2. Appliquer le manuel de procédures de planification et de programmation

- **Système de Suivi et Evaluation**

- **Résultats attendus**

1. Système de suivi et évaluation efficace et répondant aux besoins de chaque niveau
2. Prise de décision rapide et adéquate en vue d'atteindre les objectifs

- **Stratégies**

1. Intégration et mise en œuvre de plan de suivi et d'évaluation pour tous les programmes
2. Standardisation de l'Audit interne par niveau
3. Harmonisation du système de suivi et évaluation
4. Renforcement de la capacité de supervision, de suivi et évaluation à tous les niveaux

- **Interventions**

1. Appliquer le guide de suivi et évaluation par niveau y compris communautaire
2. Réaliser l'évaluation intégrée par niveau
3. Doter en ressources les unités de Planification, Suivi et Evaluation des régions et des districts
4. Harmoniser le suivi et l'évaluation par niveau et par programmes
5. Appliquer un outil d'audit interne standard

- **Système communautaire**

- **Résultats attendus**

1. Paquet d'activités à base communautaire intégré pour chaque agent
2. Système communautaire fonctionnel et pérenne
3. Population éloignée couverte par le niveau communautaire

- **Stratégies**

1. Recherche de mécanismes de pérennisation des activités à base communautaire
2. Mise en place du système de gestion de santé communautaire, surtout pour les zones éloignées
3. Capitalisation des réseaux d'agents communautaires existants, en priorité dans les zones éloignées

- **Interventions**

1. Intégrer les agents communautaires dans le système de santé avec allocation de prime selon leur performance
2. Créer des structures de gestion de santé communautaire adéquates et opérationnelles
3. Renforcer les réseaux d'agents communautaires
4. Elaborer et mettre en œuvre la politique de santé communautaire

- **Partenariat**

- **Résultats attendus**

1. Harmonisation Appropriation Alignement entre le Ministère de la santé et ses partenaires
2. Procédures simplifiées (planification, financement, suivi)

■ Stratégies

1. Développement des modalités opérationnelles pour le partenariat public- public (central, décentralisé)
2. Amélioration du partenariat public- privé au delà de la politique de contractualisation
3. Mise en place des procédures communes pour les partenaires (décaissement lié aux résultats)
4. Suivi et évaluation conjointe

■ Interventions

1. Réviser les modalités de collaboration Etat-Partenaires pour la mise en œuvre des activités
2. Mettre en place un mécanisme de coordination avec des comités techniques
3. Coordonner les activités de planification, de suivi et d'évaluation du Ministère de la Santé et du Planning Familial et celles des Partenaires
4. Appliquer le guide opérationnel de la contractualisation en matière d'offre de service
5. **Intégrer le secteur privé et libéral en tant qu'acteur dans le processus du développement sanitaire**

4.1.9. Stimulation de la demande

Objectifs spécifiques 4.1.1.9. **Accroître le taux d'utilisation des consultations externes des CSB de 45% à 70% d'ici 2012**

■ Résultats attendus

1. Utilisation accrue des services de santé
2. Satisfaction des usagers envers le système de santé

■ Stratégies

1. Appui aux associations villageoises pour la solidarité sociale
2. Amélioration des structures d'accueil au niveau hospitalier (surtout hébergement des accompagnants, pré positionnement)
3. Diversification des stratégies ciblées pour les groupes vulnérables (stratégie avancée et mobile)
4. Sensibilisation de la population à travers la politique de santé communautaire et les services de proximité

■ Interventions

1. Appliquer la méthode RRI pour toutes les programmes prioritaires
2. Mener des activités de mobilisation sociale intégrée
3. Créer ou réhabiliter des structures d'accueil au niveau des formations sanitaires
4. Utiliser les moyens de communication de proximité (radio, télévision, ...)
5. Concevoir des supports standard de mobilisation sociale sur les programmes prioritaires et sur les soins dispensés dans les formations sanitaires
6. Mettre à l'échelle l'approche commune MENDRIKA
7. Mener des activités de mobilisation communautaire au niveau périphérique
8. Intensifier les activités de stimulation de la demande au niveau régional et périphérique
9. Renforcer la collaboration avec les autres secteurs chargés de l'éducation, de la jeunesse, de la communication pour stimuler l'utilisation des services de santé

4.2. AMELIORER LA SURVIE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

4.2.1 Santé de la Mère

Objectif spécifique 4.2 1.1 : Réduire le taux de mortalité maternelle de 469 à 156 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale de 32 à 20 % d'ici la fin 2011

• **Maternité à Moindre Risque**

■ Résultats attendus

1. Grossesses et accouchements bien suivis à tous les niveaux
2. Utilisation augmentée des maternités au niveau des formations sanitaires
3. Baisse de la mortalité maternelle et néo-natale
4. Interventions communautaires efficaces en matière de maternité à moindre risque

■ Stratégies

1. Mise en œuvre de la feuille de route en MMR et PNSR
2. Augmentation de la demande en matière de soins prénataux et obstétricaux chez les femmes enceintes
3. Amélioration de la prise en charge des grossesses à risque et des accouchements difficiles
4. Mise en œuvre des programmes éducatifs à l'intention des mères sur les soins à domicile
5. Promotion de l'assistance lors de l'accouchement (surtout à domicile)
6. Offre de service de SONU de qualité accessible à tous les niveaux
7. Amélioration du système de référence contre référence en matière d'urgence obstétricale

■ Interventions

1. Instituer la gratuité des accouchements au niveau des FS avec dotation de kits pour la mère et l'enfant
2. Assurer la prise en charge des cas référés obstétricaux avec gratuité des Opérations césariennes (transport et hébergement pris en charge par les mutuelles ou par les CTD)
3. Mettre aux normes les formations sanitaires en matière de SONU, SMI, accouchement
4. Renforcer la compétence des Agents de santé en SONU et MMR
5. Informer/impliquer les structures communautaires en soins maternels et néonataux
6. Réaliser deux fois par an la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME)
7. Mettre en œuvre le plan de formation continue en SONUB
8. Renforcer l'équipe régionale chargée de la santé de la mère et de l'enfant
9. Intégrer les stratégies de communication des interventions clés en matière de santé mère et enfant dans les Plans de Développement Communal

• **Planning Familial**

■ Résultats attendus

1. Taux de Prévalence Contraceptive augmenté
2. Indice Synthétique de Fécondité réduit
3. Satisfaction des demandes en matière de PF surtout en zones enclavées et rurales

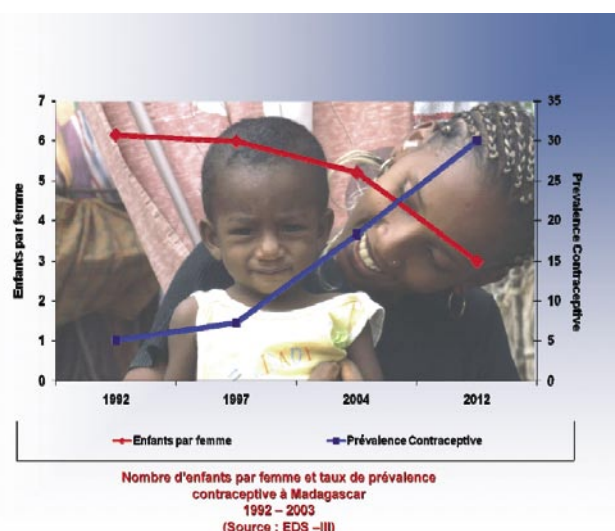
■ Stratégies

1. Création d'un environnement favorable à la PF, y compris le cadre institutionnel et la politique

2. Stimulation de la demande en service PF
3. Mise en œuvre des programmes éducatifs appropriés aux hommes, femmes et jeunes
4. Intensification des activités SRA à tous les niveaux
5. Amélioration de l'offre de service en PF
6. Intégration du planning familial dans d'autres campagnes majeures

■ Interventions

1. Réviser le cadre légal et juridique en matière de PF
2. Accélérer la mise en œuvre d'un plan sectoriel en PF
3. Actualiser les stratégies de CCC
4. Mettre en place un réseau de communication opérationnelle
5. Créer des services de PF pour les adolescents au niveau des centres de jeunes et des FS
6. Renforcer la compétence des agents de santé et communautaire en PF
7. Introduire des nouvelles méthodes contraceptives et assurer leur disponibilité
8. Mettre à l'échelle les prestations de service de PF surtout en MLD, au niveau des structures sanitaires publiques et privées (clinique, cabinet médical, ...)
9. Intégrer le volet santé de la reproduction et planning familial dans les programmes de VIH et SIDA, et dans les campagnes en matière d'activité sociale à tous les niveaux
10. Etablir et appliquer les normes et procédures en matière de prestations de service de PF
11. Identifier des stratégies innovatrices de financement pour une pérennisation des programmes et activités de PF
12. Introduire de nouvelles méthodes contraceptives et assurer leur disponibilité



4.2.2 Surveillance de l'enfant

Objectif spécifique 4.2.2.1 : Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 94 à 73 pour 1000 naissances vivantes d'ici la fin 2011

Cette composante inclut la PCIME, le PEV et la nutrition. Les interventions liées à ces volets concourent essentiellement à la réduction de la mortalité infanto-juvénile.

- **PCIME**

■ Résultats attendus

1. Mortalité Infanto-juvénile réduite
2. Prise en charge efficace des enfants à tous les niveaux

■ Stratégies

1. Intensification de la stratégie PCIME à tous les niveaux
2. Disponibilité en médicaments et en équipement PCIME

■ Interventions

1. Renforcer les compétences des intervenants dans le cadre de la PCIME
2. Généraliser la PCIME communautaire.
3. Doter en médicaments et équipement PCIME les FS publiques et privées
4. Diffuser les documents de PCIMEC auprès de la communauté
5. Organiser les campagnes de SSME
6. Mener des activités de suivi et évaluation en matière de santé maternelle et infantile
7. Redynamiser la participation communautaire pour la promotion des activités intégrées en matière de santé infantile

• Vaccination

■ Résultats attendus

1. Couverture vaccinale augmentée pour tous les Antigènes et pour chaque district
2. Maladies cibles du PEV contrôlées et/ou éliminées

■ Stratégies

1. Relance du PEV pour l'amélioration de la couverture vaccinale
2. Disponibilité et bonne gestion des vaccins, consommables et logistiques PEV
3. Lutte contre les maladies cibles du PEV
4. Extension du programme PEV par de nouveaux antigènes

■ Interventions

1. Généraliser l'approche ACD
2. Mettre en œuvre des campagnes de vaccination
3. Renforcer la capacité des Agents de santé et communautaire en matière de vaccination
4. Mener des activités de formation, de suivi et évaluation en PEV à tous le niveaux
5. Remettre aux normes la chaîne de froid, les matériels roulants et maintenance préventive
6. Intensifier la surveillance épidémiologique et la capacité de riposte des maladies cibles du PEV
7. Introduire de nouveaux vaccins
8. Sensibiliser les familles sur le changement de comportement par le biais de programme tels que ,PEV...
9. Combiner et coordonner toutes les campagnes d'envergure nationale (vaccination)



Vaccination au CSB

- **Nutrition**

- **Résultat attendu**

Taux de malnutrition réduit chez les enfants de moins de 5 ans

- **Stratégies**

1. Concentration sur la malnutrition au niveau des enfants de moins de 5 ans en traitant surtout les déficiences en micronutriments
2. Diminution des déficiences en micronutriments chez les femmes enceintes et les mères allaitantes pour réduire l'insuffisance pondérale des nouveaux nés
3. Prise en charge des enfants malnutris
4. Promotion des activités de prévention de la malnutrition chez les enfants

- **Interventions**

1. Donner aux enfants atteints de malnutrition sévère ou modérée l'alimentation et les micronutriments adéquats
2. Intégrer la nutrition dans les programmes scolaires et dans les activités de promotion de la santé
3. Généraliser les CRENA et CRENI
4. Mettre en place un système de réponses aux urgences nutritionnelles
5. Vulgariser le programme AME (FS, Lieu de travail...)
6. Mener des campagnes de masse en supplémentation en micronutriments
7. Effectuer des activités de surveillance nutritionnelle à tous les niveaux
8. Equiper les sites de surveillance nutritionnelle communautaire

4.3. RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES LIEES A L'ENVIRONNEMENT

4.3.1 Lutte contre les Maladies Transmissibles

Objectif spécifique 4.3.1.1 :

Réduire de 50% la prévalence des principales endémo-épidémies et les Maladies Tropicales Négligées, d'ici 2011

D'ici fin 2011, maintenir la prévalence de l'infection VIH à <1% et réduire de 50% la prévalence des IST dans les groupes cibles

- **Paludisme**

- **Résultats finaux**

1. Paludisme correctement pris en charge à tous les niveaux
2. Taux de mortalité hospitalière du paludisme réduit
3. Morbidité et létalité palustre réduites

- **Stratégies**

1. Assurance d'une totale couverture des services de prévention et de traitement du paludisme
2. Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse
3. Lutte anti-vectorielle
4. Prise en charge effective des cas de paludisme par des médicaments efficaces
5. Renforcement du système de surveillance épidémiologique du paludisme
6. Mise à l'échelle de l'utilisation des MID

- **Interventions**

1. Mettre en œuvre la stratégie d'élimination du paludisme incluant : CAID, distribution de MID, ACT
2. Combiner et coordonner toutes les campagnes d'envergure nationale (vaccination, planning familial,...)
3. Distribuer gratuitement des MID pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans
4. Assurer le TPI chez les Femmes enceintes
5. Prendre en charge précocement les cas de paludisme en particulier chez les enfants de moins de 5 ans
6. Mener des CAID au niveau des zones ciblées (Hautes terres Centrales, Ouest)
7. Mettre à l'échelle le nouveau protocole de prise en charge des cas de paludisme
8. Mettre en œuvre la prise en charge à domicile pour les enfants de moins de 5 ans
9. Mettre en place des postes sentinelles au niveau des hautes terres centrales et du sud subdésertique dans le cadre de la lutte contre le paludisme
10. Renforcer les compétences des agents de santé en diagnostic et traitement approprié du paludisme
11. Vulgariser l'utilisation des MID au niveau de la communauté

- **Tuberculose**

- **Résultats finaux**

1. Taux de guérison de la tuberculose bacillifère augmenté
2. Taux de détection des cas de tuberculose augmenté

■ Stratégies

1. Amélioration des capacités des agents de santé à prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose, par le biais des vaccinations, de l'éducation et de la mobilisation sociale
2. Amélioration de la prise en charge des tuberculeux et des tousseurs chroniques
3. Renforcement du partenariat dans la détection et la prise en charge.

■ Interventions

1. Former les agents de santé en matière de diagnostic et de traitement approprié de la tuberculose, y compris sa prévention
2. Mettre en place un système d'incitation des tuberculeux à l'observance du traitement (prime de fin de traitement)
3. Créer des nouveaux centres de microscopie et de centres de traitement de la tuberculose
4. Impliquer les agents communautaires et les ONG dans la lutte contre la tuberculose (IEC et suivi des malades)
5. Renforcer les compétences des agents de santé en diagnostic et traitement approprié de la tuberculose

• Lèpre

■ Résultat final

Taux de prévalence maintenu à moins de 1 cas pour 10 000 habitants

■ Stratégies

1. Amélioration de la qualité de diagnostic
2. Remise à niveau du personnel de santé
3. Mise en place d'un système de suivi des malades à base communautaire (DOTS)

■ Interventions

1. Mener des supervisions formatives couplées aux Contrôles de diagnostic et Mise à jour des registres dans le cadre de l'élimination de la lèpre.
2. Renforcer la compétence des agents de santé sur le programme d'élimination de la lèpre
3. Assurer la formation/information des Agents Communautaires en matière d'élimination de la lèpre

• VIH/SIDA et IST

■ Résultats finaux

1. Transmission du VIH et des IST réduite et taux de prévalence VIH maintenu à moins de 0,9%
2. PVVIH détectées et prises en charge
3. Prévalence des IST réduite

■ Stratégies

1. Disponibilité des kits de traitement des IST dans tout le pays
2. Mise en place de nouveaux CTV
3. Intégration du programme PTME dans les PMA des formations sanitaires
4. Création d'une banque de données épidémiologiques actualisées sur la prévalence du VIH
5. Intensification de la lutte contre les IST

6. Amélioration de l'accès des groupes vulnérables et des populations vivant dans les zones à haut risque d'infection du VIH aux services médicaux promotionnels
7. Amélioration et mise en œuvre des pratiques standard de fourniture de services intégrés à tous les niveaux
8. Amélioration de la stimulation de la demande et de la fourniture de services
9. Renforcement de la sécurité transfusionnelle et des précautions universelles
10. Amélioration de l'accès et de la gestion des services de diagnostic et du traitement des IST, du VIH/SIDA incluant les médicaments antirétroviraux

■ Interventions

1. Mettre aux normes les kits IST, les équipements et les réactifs dans les centres de prise en charge des IST
2. Renforcer la capacité des prestataires de service à diagnostiquer et à traiter les IST
3. Sensibiliser les personnes ayant les maladies sexuellement transmissibles à suivre des traitements
4. Réaliser les volets biologique et comportemental de la surveillance de seconde génération
5. Réhabiliter, équiper et approvisionner les centres de PEC médicale
6. Renforcer la capacité des agents de santé.
7. Acquérir des matériels, consommables, réactifs et médicaments en IST pour les FS
8. Approvisionner en Kits IST (Cura7 et Génicure) les 111 districts
9. Mettre à l'échelle le programme PTME
10. Mettre en place des banques de sang sain dans les 22 régions
11. Mettre en œuvre la politique nationale pour les précautions universelles à tous les niveaux
12. Instaurer des services pour l'accès des malades du VIH et du SIDA à la prévention, à la prise en charge et au traitement des infections opportunistes incluant les ARV (lien avec la tuberculose et le soutien psychosocial)

• **Lutte contre les Maladies Emergentes et Réémergentes**

Les maladies émergentes et réémergentes concernent les différentes maladies nécessitant des mesures particulières : rage, peste,, arboviroses, choléra, grippe aviaire...

■ Résultat final

Létalité et durée des flambées épidémiques des MER réduites

■ Stratégies

1. Coordination des investigations et ripostes à tous les niveaux
2. Prépositionnement des stocks épidémiques
3. Intégration des missions d'appui et de supervision
4. Renforcement des préventions en MER
5. Intensification des missions de prospection des centres anti-rabiques
6. Renforcement de la lutte contre la peste.
7. Renforcement de la collaboration inter-pays sur les réseaux d'information sur les urgences de santé publique de portée internationale.

■ Interventions

1. Renforcer le système de prévention et de riposte sur les MER
2. Faire la promotion des comportements favorables en matière de lutte contre les MER au sein de la population

3. Mener des campagnes de prévention en matière de MER
4. Renforcer la capacité des Agents de santé sur la lutte contre les MER
5. Accroître la capacité communautaire en matière de surveillance et de riposte en cas d'épidémie de MER
6. Approvisionner les centres antirabiques en vaccins antirabiques
7. Mobiliser les structures communautaires à contribuer aux coûts relatifs à la lutte contre les maladies dans leurs localités (Associations de bienfaisance, CTD...)
8. Programmer dans leur plan de travail les différentes sources de financement des activités de lutte contre les maladies dans leurs circonscriptions
9. Mobiliser les partenaires financiers locaux en matière de lutte contre les maladies (Associations, ONG,CTD...)

- **Les autres maladies et programmes**

- **Résultats finaux**

1. Cas déclarés diminués
2. Extension des zones foyers déclarants diminuée
3. Population des Districts foyers de bilharziose sensibilisée
4. Prévalence en Bilharziose dans chaque village hyper endémique réduite
5. Population des districts endémiques traitée avec des médicaments anti-téniasis
6. Population sensibilisée sur la cysticercose

- **Stratégies**

1. Remise à niveau du personnel de santé
2. Intensification des moyens IEC/MOB SOC
3. Vulgarisation des médicaments anti-téniasis
4. Renforcement de la disponibilité des équipes d'intervention fonctionnelles dans les 86 Districts endémiques en bilharziose
5. Renforcement de la disponibilité des médicaments pour le traitement de masse des villages hyper endémiques
6. Intensification de la sensibilisation pour la prévention primaire de la bilharziose

- **Interventions**

1. Organiser des campagnes de sensibilisation de la population et des autorités locales sur la lutte contre la cysticercose
2. Mener des campagnes de traitement anti-téniasis
3. Effectuer la supervision formative périodique des Equipes d'intervention des Districts sanitaires endémiques en bilharziose (20 SSPFD par an)
4. Assurer le financement des traitements de masse de bilharziose et de filariose
5. Elaborer et diffuser des supports de sensibilisation audio visuels pour la lutte contre le péril fécal et urinaire
6. Mener des campagnes de Distribution de Masse de Médicaments (DMM) à base communautaire dans les zones endémiques de filariose
7. Mener un traitement de masse de la bilharziose dans les localités hyperendémiques (praziquantel)

4.3.2 Lutte Contre Les Maladies Non Transmissibles

Objectif spécifique 4.3.2.1 : Réduire de 20% la morbidité due aux maladies non transmissibles, d'ici 2011

- **Santé bucco-dentaire**

- **Résultat final**

Prévalence des caries dentaires réduite

- **Stratégies**

1. Intensification de la fluoration du sel
2. Intégration des activités de prévention dans les écoles primaires et au niveau communautaire
3. Extension de la couverture sanitaire bucco dentaire
4. Augmentation de l'utilisation des services de santé bucco-dentaire

- **Interventions**

1. Mener des suivi- évaluations sur les sites de fluoration du sel et au niveau des régions
2. Elaborer et mettre en œuvre un programme national conjoint (avec le MENRES) sur la prévention SBD dans les écoles
3. Réaliser des dépistages et traitements prophylactiques gratuits des maladies buccodentaires
4. Renforcer les structures existantes et créer des nouvelles structures

- **Santé oculaire**

- **Résultat final**

Cas de cécité et des handicaps visuels réduits

- **Stratégies**

1. Prévention et prise en charge correcte des cas de cécité
2. Prévention et prise en charge correcte des cas de vice de réfraction
3. Intensification de l'approche communautaire

- **Interventions**

1. Renforcer la capacité du personnel du programme et du personnel spécialisé
2. Mettre en place des services de santé oculaire
3. Réaliser des opérations de cataracte
4. Distribuer des lunettes à prix modique
5. Mener des campagnes de dépistage

- **Santé mentale**

- **Résultat final**

Malades mentaux pris en charge au niveau des FS et intégrés au sein de la communauté

- **Stratégies**

1. Création d'un environnement juridique et institutionnel favorable à la prise en charge des maladies mentales
2. Intégration de la prise en charge des malades mentaux au niveau des FS

■ Interventions

1. Elaborer et appliquer un texte législatif sur la santé mentale
2. Assurer la disponibilité en médicaments spécialisés
3. Renforcer la prise en charge spécialisée
4. Mettre en place la pédopsychiatrie

• **Lutte contre les cancers**

■ Résultat final

Baisse de la mortalité liée aux cancers

■ Stratégie

Renforcement de la lutte contre les cancers

■ Interventions

1. Mettre en œuvre les programmes de lutte contre les cancers
2. Sensibiliser la communauté sur le dépistage précoce des cancers en particulier les cancers gynécologiques

• **Lutte contre maladies liées aux modes de vie**

Cette composante concerne particulièrement le diabète et l'HTA ...

■ Résultat final

Mortalité due aux maladies liées à la mode de vie réduite

■ Stratégies

1. Intensification du dépistage des Maladies Liées aux modes de vies
2. Intensification de la prise en charge des Maladies Liées aux modes de vies

■ Interventions

1. Mener des activités préventives des facteurs de risque des MCNT
2. Effectuer un dépistage systématique de l'HTA au niveau des FS et du diabète au niveau des CHD
3. Assurer la prise en charge des MCNT au niveau des FS et au niveau communautaire

• **Prévention des handicaps**

■ Résultat final

Taux de prévalence des personnes en situation de handicap réduit

■ Stratégies

1. Intensification de la prise en charge correcte des pathologies causales des handicaps
2. Renforcement de la prise en charge des handicaps
3. Promotion des activités communautaires pour la prévention des handicaps

■ Interventions

1. Redynamiser et renforcer les services de rééducation fonctionnelle
2. Mener des activités communautaires pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des handicaps
3. Mener des activités préventives, de dépistage et de prise en charge des pathologies causales des handicaps

4.4. ACCROITRE LA PROTECTION DE LA SANTE AINSI QUE LA PROMOTION DES COMPORTEMENTS SAINS

4.4.1. Promotion de la santé

Objectif spécifique 4.4.1.1 : **Promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé par au moins 60% de la population d'ici 2011**

■ Résultats finaux

1. Communauté engagée dans les activités promotionnelles et préventives des programmes prioritaires
3. Prévalence des maladies liées à l'environnement et au comportement diminuée

■ Stratégies

1. Elaboration et mise en œuvre de la Politique Nationale de Promotion de la Santé
2. Intégration/coordination des activités promotionnelles en matière de santé
3. Mobilisation sociale IEC/CCC, Plaidoyer
4. Renforcement de l'initiative « Ecole santé »

■ Interventions

1. Elaborer et valider la Politique nationale de Promotion de la Santé
2. Mettre en place une structure de coordination à différents niveaux des actions promotionnelles dans le domaine de la santé
3. Mettre en place des structures à base communautaire sur la promotion et protection de la santé
4. Mener des activités de prévention/promotion de la santé à différents niveaux du système
6. Renforcer le cadre institutionnel de l'école santé
7. Intégrer les services de santé scolaire dans les activités des CSB

4.4.2. Sécurité alimentaire et qualité des denrées alimentaires

Objectif spécifique 4.4.2.1 : **Réduire de 10% par an l'incidence des intoxications alimentaires rapportées d'ici fin 2011**

■ Résultat final

Incidence des intoxications alimentaires réduite

■ Stratégies

1. Mise en place d'un système de contrôle de qualité des denrées alimentaires
2. Implication de la communauté dans la prévention des intoxications alimentaires

■ Interventions

1. Elaborer des normes et directives en matière d'hygiène alimentaire
2. Mettre en place des Inspecteurs aux différents niveaux selon le besoin
3. Mobiliser les autorités et la communauté sur la prévention des intoxications alimentaires

4.4.3. Tabagisme et toxicomanie

Objectif spécifique 4.4.3.1 : Réduire de 5% d'ici 2011 la prévalence du tabagisme d'ici la fin du PDSS et réduire le taux de consommation des boissons alcoolisées et des drogues.

■ Résultat final

Prévalence du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, réduite

■ Stratégies

1. Amélioration du cadre juridique et institutionnel de la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie
2. Renforcement de la prévention et de la prise en charge des accidents, des violences et des maladies liés à la consommation d'alcool et à la consommation des drogues
3. Développement du système de suivi en matière de lutte contre l'alcoolisme et la consommation de drogues
4. Intensification de la lutte contre le tabagisme

■ Interventions

1. Mettre à jour la réglementation en matière de lutte contre l'alcoolisme
2. Renforcer les compétences des agents à tous les niveaux en matière de lutte contre l'alcoolisme et la consommation de drogues
3. Mener des activités de sensibilisation et de promotion sur la lutte contre l'alcoolisme et la consommation des drogues
4. Assurer le suivi des activités sur la lutte contre l'alcoolisme et la consommation de drogues
5. Appliquer les réglementations et mesures en matière de lutte contre le tabac
6. Sensibiliser les jeunes à adhérer dans les associations pour lutter contre l'alcoolisme et la consommation des drogues

4.4.4. Hygiène et assainissement

Objectif spécifique 4.4.4.1 : D'ici 2011, tous les hôpitaux et 70% des CSB disposent d'eau potable et des installations d'assainissement adéquates

■ Résultats finaux

1. Normes en matière d'hygiène et d'assainissement (eau potable, gestion des déchets, système d'assainissement) respectées par toutes les formations sanitaires
2. Changement positif du comportement de la population vis-à-vis de l'hygiène et de l'assainissement

■ Stratégies

1. Education de la population sur les pratiques hygiéniques et sanitaires
2. Mise en œuvre de la stratégie WASH
3. Approche intégrée dans la gestion des déchets (formation, équipement, plan de gestion)
4. Priorisation des sites et Approche interministérielle
5. Application de la trilogie Eau, Assainissement, Hygiène pour le personnel de la santé
6. Promotion des équipements familiaux en eau et assainissement
7. Renforcement des structures de Génie Sanitaire au sein du MINSANPF

■ Interventions

1. Former les personnes-relais pour la sensibilisation sur les pratiques d'hygiène (Agent Santé, Agent Communautaire)
2. Introduire l'éducation sanitaire dans le programme scolaire
3. Centraliser toutes les activités du Ministère relatives à l'eau et l'hygiène pour la population en un seul service
4. Assurer la participation active du MINSANPF à l'initiative Diorano-WASH
5. Mettre en œuvre le Plan d'Action sur la gestion des déchets
6. Mobiliser les associations à participer activement aux activités des comités locaux de promotion de la santé dans le domaine de l'hygiène et assainissement
7. Elaborer la Politique Nationale en santé et environnement
8. Réorganiser les services du Génie Sanitaire à tous les niveaux
9. Mobiliser les CTD à contribuer au financement des activités d'hygiène et d'assainissement
10. Poursuivre la construction des incinérateurs au niveau des établissements sanitaires
11. Mettre en œuvre un plan d'équipement en eau et assainissement au niveau des formations sanitaires

4.4.5. Gestion des risques et des catastrophes

Objectif spécifique 4.4.5.1 : **Augmenter de 60 à 100% la proportion des sinistrés pris en charge en matière de santé d'ici 2011 en cas de situations d'urgences et de catastrophes**

■ Résultats finaux

1. Zones enclavées et peuplées desservies par des Equipes Sanitaires Mobiles
2. Prise en charge des sinistrés augmentée

■ Stratégies

1. Mise en place d'un Pré positionnement en matériels de secours et en médicaments d'urgence des zones à risques.
2. Intensification de la capacité de riposte et de la Célérité de réponses face aux urgences
3. Renforcement de la Capacité de riposte de proximité par les ESM

■ Interventions

1. Renforcer la capacité de réponse du système de santé face aux catastrophes
2. Assurer la coordination avec les autres entités intervenant lors des catastrophes sous l'égide du Conseil National de Secours
3. Mener des activités sanitaires intégrées au niveau des zones enclavées et peuplées
4. Sensibiliser la communauté sur les mesures à prendre en cas de catastrophe, en particulier au niveau des zones à risque

PRIORISATION ET MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

Pour la priorisation et la mise en œuvre des différentes interventions selon les axes stratégiques, les critères suivants ont été retenus :

- période d'exécution des interventions : immédiat, à court terme ou à moyen terme
- niveau d'intervention : Communautaire, District, Région ou Central
- domaines des interventions : Organisation /Gestion, Ressources humaines, financement, stimulation de la demande ou infrastructures, équipement et produits

L'échéancier des interventions découle des principes suivants :

Les interventions immédiates se rapportent particulièrement aux actions pertinentes de base, utiles au démarrage du processus de réforme (jump start). Leur réalisation s'effectuera au cours de la période 2007 à mi-2008. Par ailleurs, les interventions à court terme renforcent et complètent les résultats obtenus précédemment. Leur mise en œuvre s'étale jusqu'en 2009. Enfin, les interventions à moyen terme correspondent aux actions nécessitant des phases préparatoires. Par ailleurs, elles maintiennent et consolident les réalisations dans le domaine du développement sanitaire. Elles seront réalisées avant la fin de l'année 2011.

Il est à souligner qu'en réalité les interventions sont complémentaires et s'étalent sur toute la période du PDSS.

PRIORISATIONS ET MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

5.1. OBJECTIF INTERMEDIAIRE 1 : RENFORCER LE SYSTEME DE SANTE

5.1.1. Interventions/actions Immédiates

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	Mettre en œuvre la politique de santé communautaire Revitaliser et redéfinir les rôles des comités de santé dont le rôle de tiers payant	Renforcer les réseaux d'agents communautaires	Mettre en commun les différentes ressources financières (assurance, mutuelle, FANOME,...) Subventionner les produits de base pour les plus pauvres	Mettre à l'échelle l'approche communale MENDRIKA Mener des activités de mobilisation sociale intégrée Utiliser les moyens de communication de proximité (radio, télévision, ...)	Augmenter la disponibilité des produits et médicaments essentiels (moustiquaires imprégnées, ORS nouvelle formule, antibiotiques et antipaludéens) au niveau des villages par l'intermédiaire des relais communautaires et le renforcement du marketing
Périphérique (District Sanitaire)	Appliquer la méthode RRI pour tous les programmes prioritaires Appuyer les STD dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement Assurer l'utilisation rationnelle des médicaments Appliquer le guide de suivi et évaluation par niveau y compris communautaire Réaliser l'évaluation intégrée par niveau	Contracter et redéployer les médecins et paramédicaux, surtout les sages-femmes et infirmières pour tous les CSB (niveau 1 et 2) du pays	Mettre en place un système de mutuelle ou de caisse de micro assurance Mener un plaidoyer au niveau local ou décentralisé pour financer le secteur santé Mettre en place un système de subvention pour les interventions prioritaires	Appliquer la méthode RRI pour amener les femmes à accoucher au niveau des formations sanitaires	Identifier et transformer les CHDI prioritaires en CHDI Reconstruire les CSB en matériaux locaux ou très délabrés Rendre disponible les produits pharmaceutiques de qualité à tous les niveaux
Intermédiaire (Région Sanitaire)	Relancer le processus de mise à jour du système d'information y compris la carte sanitaire Appliquer le guide opérationnel de la contractualisation en matière d'offre de service	Réviser les curricula de formation du personnel de santé (IFRP)	Renforcer les compétences en programmation budgétaire et en gestion financière au niveau décentralisé		Adopter et appliquer les normes en infrastructure, en équipement et en personnel des centres hospitaliers (CHU/CHRR/CHD)

<p>Central</p>	<p>Finaliser le code de santé et le soumettre au parlement Elaborer et appliquer un document de référence pour les intervenants en matière de gestion de médicaments Contrôler la qualité des produits pharmaceutiques fournis à la population Mettre à jour la liste des médicaments et consommables pour les hôpitaux Elaborer et appliquer le statut des hôpitaux Réviser le RMA pour intégrer et synthétiser les données nécessaires aux utilisateurs</p>	<p>Adapter l'effectif de la formation initiale aux besoins du secteur santé Appliquer la contractualisation du personnel de santé additionnel Continuer la formation en chirurgie essentielle Mettre en place le logiciel de gestion du personnel réactualisé</p>	<p>Mettre en place un cadre légal de la gestion financière du FANOME Alléger les procédures administratives d'exécution budgétaire pour l'Etat et les partenaires Mener des plaidoyers auprès du gouvernement, des parlementaires et des partenaires, soutenus par des documents stratégiques et financiers (MAP, PDSS, CDMT, CNS)</p>		<p>Redynamiser l'industrie pharmaceutique locale surtout pour les solutés massifs</p>
-----------------------	---	---	--	--	---

5.1.2. Interventions/actions à court terme

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
<p>Communautaire</p>	<p>Créer des structures de gestion de santé communautaire adéquates et opérationnelles Elaborer et mettre en œuvre la politique de santé communautaire Elaborer et appliquer le document définissant les rôles /responsabilités et paquets des acteurs communautaires en surveillance épidémiologique</p>	<p>Intégrer les agents communautaires dans le système de santé avec allocation de prime selon la performance</p>	<p>Mener des études sur les systèmes de sécurisation sociale (mécanisme de solidarité et d'entre aide)</p>		

<p>Niveau Périphérique (District Sanitaire)</p>	<p>Promouvoir la pharmacopée et la médecine traditionnelles</p> <p>Renforcer les capacités en organisation, en programmation budgétaire et en gestion financière au niveau décentralisé</p> <p>Intégrer le secteur privé et libéral en tant qu'acteur dans le processus du développement sanitaire au niveau périphérique</p> <p>Mettre à jour les PMA et les normes de service pour chaque niveau</p>	<p>Améliorer les conditions de travail du personnel de santé surtout dans les zones enclavées inscrites dans la liste officielle (plan de carrière, revenu, logement, indemnités, primes)</p>	<p>Rationaliser l'allocation des ressources en fonction des capacités d'exécution selon un cadre ou enveloppe budgétaire claire</p> <p>Appliquer les manuels de procédures de planification et de programmation budgétaire</p>	<p>Créer ou réhabiliter des structures d'accueil au niveau hospitalier (surtout hébergement des accompagnants, pré positionnement)</p> <p>Intensifier les activités de stimulation de la demande au niveau périphérique</p>	<p>Réhabiliter et équiper les CSB ne respectant pas les normes</p>
<p>Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)</p>	<p>Transférer les compétences et les ressources au niveau décentralisé (CTD/STD)</p> <p>Mettre en place un système de management responsable et transparent au niveau des hôpitaux</p> <p>Appliquer le logiciel de gestion hospitalière</p> <p>Intégrer le secteur privé et libéral en tant qu'acteur dans le processus du développement sanitaire au niveau régional</p>	<p>Redynamiser la formation à tous les niveaux et donner priorité aux formations initiales des sages-femmes et des paramédicaux</p> <p>Mettre en place un système de coaching au niveau des STD</p> <p>Développer le plan de carrière des agents de santé (avec des critères de performance et d'incitation clairs)</p>	<p>Mettre en place un système de mutuelle, de caisse d'assurance ou autres modalités de paiement au niveau des hôpitaux</p>	<p>Intensifier les activités de stimulation de la demande au niveau régional</p> <p>Concevoir des supports standard de mobilisation sociale sur les programmes prioritaires et sur les soins dispensés dans les formations sanitaires</p>	<p>Doter en ressources les unités de Planification, Suivi et Evaluation des régions et des districts</p>
<p>Central</p>	<p>Mettre à jour les textes régissant le secteur santé selon le nouveau code</p> <p>Coordonner les activités de planification, de suivi et d'évaluation du Ministère de la Santé et du Planning Familial et celles des Partenaires</p> <p>Réactualiser le cadre législatif et réglementaire de la gestion des patrimoines du Ministère</p> <p>Mettre en place un cadre légal de la gestion financière du FANOME</p> <p>Définir les critères de performance des Centres hospitaliers</p> <p>Impliquer tous les intervenants dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement consolidé</p>	<p>Mener des plaidoyers pour la révision des indemnités d'éloignement des agents exerçant en zones enclavées</p>	<p>Mise en place d'une approche adéquate envers le gouvernement, les parlementaires et les partenaires sur le financement du secteur santé</p>		<p>Construire des logements pour le personnel exerçant en zones enclavées</p> <p>Elaborer un plan de sécurisation des produits essentiels (Produits pharmaceutiques, contraceptifs, vaccins...)</p>

	<p>Mettre en place un réseau de laboratoire de référence et de surveillance intégrée des maladies à potentielle épidémique</p> <p>Réviser les modalités de collaboration Etat – Partenaires pour la mise en œuvre des activités</p> <p>Mettre en place des procédures communes pour les partenaires (décaissement lié aux résultats)</p> <p>Mettre en place un mécanisme de coordination, de suivi et évaluation avec des comités techniques</p> <p>Etablir et appliquer un plan de mise en œuvre unifié et consolidé pour tous les intervenants</p> <p>Appliquer l'assurance qualité à tous les niveaux du système de santé</p>		<p>Subventionner les Centres Hospitaliers selon leur performance suivant des critères définis</p>		
--	--	--	---	--	--

5.1.3. Interventions/actions à moyen terme

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	<p>Intégrer les agents communautaires dans le système de santé avec allocation de prime selon la performance</p> <p>Faire la promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles</p>				
Niveau périphérique (District Sanitaire)	<p>Appliquer le manuel de procédures de planification et de programmation budgétaire</p> <p>Institutionnaliser les standards de services en vue de la réduction de la corruption au niveau opérationnel (CSB et CHD)</p>	<p>Mettre en place un mécanisme de perfectionnement et de motivation du personnel selon leur performance</p>	<p>Mobiliser les acteurs au niveau local ou décentralisé pour financer le secteur santé (ONG, associations, CTD...)</p>		<p>Construire des nouveaux CSB en respectant les critères et selon les possibilités</p> <p>Assurer la maintenance des équipements et l'entretien des infrastructures au niveau périphérique</p>

PRIORISATIONS ET MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

<p>Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)</p>	<p>Appliquer le manuel de procédures de planification et de programmation au niveau Régional Institutionnaliser les standards de services en vue de la réduction de la corruption au niveau opérationnel (hôpitaux) Mettre en place et pérenniser un comité multisectoriel en matière de santé au niveau des CTD Instituer un système d'audit, de suivi et d'évaluation au niveau des hôpitaux</p>	<p>Redynamiser la formation à tous les niveaux et donner priorité aux formations initiales des sages- femmes et des paramédicaux</p>	<p>Appliquer la décentralisation du PIP</p>	<p>Renforcer la collaboration avec les autres secteurs chargés de l'éducation, de la jeunesse, de la communication pour stimuler l'utilisation des services de santé</p>	<p>Assurer la maintenance des équipements et l'entretien des infrastructures au niveau régional</p>
<p>Niveau Central</p>	<p>Etablir un système de distribution et de contrôle à tous les niveaux : Centrale d'achat, pharmacie de gros, FS Elaborer et mettre en œuvre le schéma directeur du système informatique Harmoniser le suivi et l'évaluation par niveau et par programmes Appliquer un outil d'audit interne standard</p>	<p>Appuyer les établissements privés de formation des paramédicaux et travailleurs sociaux</p>	<p>Assurer l'institutionnalisation des comptes nationaux de santé</p>		<p>Assurer la maintenance des équipements et l'entretien des infrastructures à tous les niveaux</p>

5.2. OBJECTIF INTERMEDIAIRE 2 : SURVIE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

5.2.1. Interventions/actions Immédiates

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	Organiser et coordonner les agents de santé et les agents communautaires à prendre en charge les enfants malades de 0 à 5 ans selon des procédures uniques Généraliser la PCIME communautaire			Combiner et coordonner toutes les campagnes d'envergure nationale (vaccination, planning familial,...) Sensibiliser les familles sur le changement de comportement par le biais de programme tels que PCIME, PF, PEV ...	Diffuser les documents de PCIMEC auprès de la communauté
Niveau périphérique (District Sanitaire)	Effectuer des activités de surveillance nutritionnelle à tous les niveaux Généraliser l'approche ACD	Renforcer la capacité des Agents de santé et communautaire en matière de vaccination, PF et PCIME	Instituer la gratuité des accouchements au niveau des FS avec dotation de kits pour la mère et l'enfant	Mettre à l'échelle les prestations de service de PF surtout en MLD, au niveau des structures sanitaires publiques et privées (clinique, cabinet médical, ...)	Instituer la gratuité des accouchements au niveau des FS avec dotation de kits pour la mère et l'enfant Assurer le paquet de services PEV+, Vitamine A incluant la surveillance épidémiologique dans tous les centres de santé de base Doter en médicaments et équipement PCIME les FS publiques et privées
Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)		Mettre en œuvre le plan de formation continue en SONUB	Assurer la prise en charge des cas référés obstétricaux avec gratuité des Opérations césariennes (transport pris en charge par les mutuelles)		
Niveau Central	Mettre en œuvre la feuille de route en MMR et PNSR Accélérer la mise en œuvre d'un plan sectoriel en PF et mener une campagne nationale Mettre en œuvre des campagnes de vaccination			Organiser les campagnes de SSME	

PRIORISATIONS ET MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

5.2.2. Interventions/actions à court terme

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	Organiser la prise en charge des urgences au niveau de la communauté (premiers soins et référence...)	Former les agents communautaires sur la préparation et la réponse en situation d'urgence (santé mère, enfant)	Développer un système autonome de prise en charge financière des urgences au niveau de la commune/communauté	Effectuer des campagnes de sensibilisation	Doter les agents communautaires en matériels IEC
Niveau Périphérique (District Sanitaire)	Intégrer le volet santé de la reproduction et planning familial dans les programmes de VIH et SIDA Mettre en place un système de réponses aux urgences nutritionnelles Généraliser l'approche ACD Intensifier la surveillance épidémiologique et la capacité de riposte des maladies cibles du PEV Étendre les services de PF pour les adolescentes par la redynamisation et l'augmentation des centres pour jeunes	Former les agents des centres de santé de base et des hôpitaux de référence en matière de soins des enfants et des nouveaux nés Renforcer les compétences des intervenants dans le cadre de la PCIME		Mobiliser les jeunes sur la SR par le biais des Associations et/ou Educateur pair	
Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)	Renforcer l'équipe régionale chargée de la santé de la mère et de l'enfant	Mener des activités de suivi et évaluation en matière de santé maternelle et infantile		Elaborer et mettre en œuvre le programme régional de mobilisation sociale en SR	Mettre aux normes (réhabilitation et/ou équipement, médicaments essentiels) tous les centres sanitaires en matière de SONU, SMI, accouchement Remettre aux normes la chaîne de froid, les matériels roulants et maintenance préventive Généraliser les CRENA et GRENI
Niveau Central			Identifier des stratégies innovatrices de financement pour une pérennisation des programmes et activités de PF	Intégrer la nutrition dans les programmes scolaires et dans les activités de promotion de la santé	

5.2.3. Interventions/actions à moyen terme

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	Intégrer les stratégies de communication des interventions clés en matière de santé mère et enfant dans les Plans de Développement Communal			Redynamiser la participation communautaire pour la promotion des activités intégrées en matière de santé infantile	Equiper les sites de surveillance nutritionnelle communautaire
Niveau Périphérique (District Sanitaire)	Introduire de nouvelles méthodes contraceptives et assurer leur disponibilité			Vulgariser le programme AME (FS, Lieu de travail...)	
Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)		Renforcer la compétence des agents de santé en PF			
Niveau Central	Veiller à l'application des normes et procédures pour une disponibilité des services de qualité à tous les niveaux Introduire de nouveaux vaccins		Accélérer la mise en œuvre d'un plan sectoriel en PF		

5.3. OBJECTIF INTERMEDIAIRE 3 : LUTTE CONTRE LES MALADIES LIEES A L'ENVIRONNEMENT

5.3.1. Interventions/actions Immédiates

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	<p>Mener des CAID au niveau des zones ciblées (Hautes terres centrales, ouest)</p> <p>Mettre en œuvre la prise en charge à domicile pour les enfants de moins de 5 ans</p> <p>Mener des campagnes de distribution de Masse de Médicament (DMM) à base communautaire dans les zones endémiques de filariose</p> <p>Faire un traitement de masse de la bilharziose dans localités hyperendémiques (praziquantel)</p>	<p>Impliquer les agents communautaires et les ONG dans la lutte contre la tuberculose (IEC et suivi des malades)</p>	<p>Mobiliser les structures communautaires à contribuer aux coûts relatifs à la lutte contre les maladies dans leurs localités (Associations de bienfaisance, CTD...)</p>	<p>Mener des activités communautaires pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des handicaps</p> <p>Sensibiliser la communauté sur le dépistage précoce des cancers en particulier les cancers gynécologiques</p>	<p>Distribuer gratuitement des MID pour les femmes enceintes</p>
Niveau Périphérique (District Sanitaire)	<p>Mettre en œuvre la stratégie d'élimination du paludisme incluant : CAID, distribution de MID, ACT</p> <p>Prendre en charge les cas de paludisme chez les femmes enceintes</p> <p>Réaliser des opérations de cataracte</p> <p>Mettre à l'échelle le nouveau protocole de prise en charge des cas de paludisme</p>	<p>Renforcer les compétences des agents de santé en diagnostic et traitement approprié de la tuberculose et du paludisme</p>	<p>Programmer dans leur plan de travail les différentes sources de financement des activités de lutte contre les maladies dans leurs circonscriptions</p>		<p>.Acquérir des matériels, consommables, réactifs et médicaments en IST pour les FS</p> <p>Approvisionner en Kits IST (Cura7 et Génicure) les 111 districts</p>
Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)	<p>Mener des suivi- évaluations sur les sites de fluoration du sel et au niveau des régions</p>				
Niveau Central	<p>Mettre en place des postes sentinelles au niveau des hautes terres centrales et du sud subdésertique dans le cadre de la lutte contre le paludisme</p> <p>Mettre en œuvre la politique nationale sur les précautions universelles à tous les niveaux</p> <p>Appliquer les programmes nationaux de lutte contre les cancers</p> <p>Elaborer et appliquer un texte législatif sur la santé mentale</p>		<p>Rechercher les financements des activités à tous les niveaux en matière de lutte contre les maladies</p>		

5.3.2. Interventions/actions à court terme

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	Impliquer la communauté (agents communautaires, ONG...) dans la lutte contre la tuberculose (IEC et suivi des malades)	Assurer la formation et informations des ASV en matière d'élimination de la lèpre	Mettre en place un système d'incitation des tuberculeux à l'observance du traitement (prime de fin de traitement)	Sensibiliser les personnes ayant les maladies sexuellement transmissibles à suivre des traitements Organiser des campagnes de sensibilisation de la population et des autorités locales sur la lutte contre les maladies transmissibles Mener des campagnes de dépistage des affections oculaires	
Niveau Périphérique (District Sanitaire)	Assurer le TPI chez les Femmes enceintes Assurer l'opérationnalisation du nouveau protocole de prise en charge des cas de paludisme Renforcer le système de prévention et de riposte sur les MIER , Réaliser des dépistages et traitements prophylactiques gratuits des maladies buccodentaires Mener des activités préventives des facteurs de risque des Maladies Chroniques Non Transmissibles (MCNT) Effectuer un dépistage systématique de l'HTA au niveau des FS et du diabète au niveau des CHD	Assurer la formation et informations des agents de santé en matière d'élimination de la lèpre	Mobiliser les partenaires financiers locaux en matière de lutte contre les maladies (Associations, ONG,CTD...)		Mener des campagnes de traitement anti-téniasis Assurer la disponibilité en médicaments spécialisés psychotropes Créer des nouveaux centres de microscopie et de centres de traitement de la tuberculose

PRIORISATIONS ET MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

<p>Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)</p>	<p>Mettre en œuvre les programmes de lutte contre les cancers</p>	<p>Renforcer la capacité des agents de santé sur la PEC des IST Effectuer la supervision formative périodique des Equipes d'intervention des Districts sanitaires endémiques en bilharziose (20 SSD par an)</p>	<p>Assurer le financement des traitements de masse de bilharziose et de filariose</p>		
<p>Niveau Central</p>				<p>Elaborer et diffuser des supports de sensibilisation audio visuels pour la lutte contre le péril fécal et urinaire Elaborer et mettre en œuvre un programme national conjoint (avec le MENRES) sur la prévention SBD dans les écoles</p>	

5.3.3. Interventions/actions à moyen terme

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire				Promouvoir au sein de la population des comportements favorables pour de lutte contre les MER	Distribuer des lunettes à prix modique
Niveau périphérique (District Sanitaire)	<p>Mener des supervisions formatives couplées aux Contrôles de diagnostic et Mise à jour des registres dans le cadre de l'élimination de la lèpre.</p> <p>Mettre aux normes les kits IST, les équipements et les réactifs dans les centres de prise en charge des IST</p> <p>Mener la lutte contre la rage</p> <p>Assurer la prise en charge des MCNT au niveau des FS et au niveau communautaire</p> <p>Instaurer des services pour l'accès des malades du VIH et du SIDA à la prévention, à la prise en charge et au traitement des infections opportunistes incluant les ARV (lien avec la tuberculose et le soutien psychosocial)</p>	Renforcer la capacité des intervenants en matière de MER		Mettre à l'échelle le programme PTME	<p>Mettre en place des postes sentinelles au niveau des hautes terres centrales et du sud subdésertique</p> <p>Renforcer les structures existantes et créer des nouvelles structures de dentisterie</p> <p>Mettre en place des services de santé oculaire</p>
Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)	<p>Réaliser les volets biologique et comportemental de la surveillance de seconde génération</p> <p>Renforcer la prise en charge spécialisée en maladie mentale</p>				<p>Réhabiliter, équiper et approvisionner les centres de PEC médicale</p> <p>Mettre en place des banques de sang sain dans les 22 régions et CHD2</p> <p>Redynamiser et renforcer les services de rééducation fonctionnelle</p>
Niveau Central	<p>Organiser ou participer à des réunions intéressant les MER</p> <p>Mettre en place la pédopsychiatrie</p>	Renforcer la capacité du personnel du programme et du personnel spécialisé en matière de santé oculaire			

5.4. OBJECTIF INTERMEDIAIRE 4 : ACCROITRE LA PROTECTION DE LA SANTE AINSI QUE LA PROMOTION DES COMPORTEMENTS SAINS

5.4.1. Interventions/actions Immédiates

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	Mener des activités de sensibilisation et de promotion sur la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation des drogues Assurer le suivi, évaluation des activités d'interventions sanitaires et la remise en état des localités affectées par les catastrophes Mener des activités sanitaires intégrées au niveau des zones enclavées et peuplées			Impliquer activement les associations de jeunes dans la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme (scouts, associations sportives....)	Equiper les structures communautaires en supports IEC pour la protection de la santé promotion des comportements sains
Niveau périphérique (District Sanitaire)	Renforcer le cadre institutionnel de l'école santé Intégrer les services de santé scolaire dans les activités des CSB Appliquer les réglementations et mesures en matière de lutte contre le tabac	Renforcer les compétences des agents à tous les niveaux en matière de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation de drogues		Sensibiliser les jeunes à adhérer dans les associations pour lutter contre l'alcoolisme et la consommation des drogues	Mettre en place les matériels de secours et les médicaments d'urgence au niveau des zones à risque
Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)	Réorganiser les services du Génie Sanitaire Renforcer la capacité de réponse du système de santé face aux catastrophes Mettre en œuvre le Plan d'Action sur la gestion des déchets		Mobiliser les CTD à contribuer au financement des activités d'hygiène et d'assainissement		Mettre en place des stocks d'urgence au niveau des structures régionales

Central	<p>Elaborer et valider la Politique nationale de Promotion de la Santé</p> <p>Assurer la participation active du MINSANPF à l'initiative WASH</p>				<p>Mettre en œuvre un plan d'équipement en eau et assainissement au niveau des formations sanitaires</p>
----------------	---	--	--	--	--

5.4.2. Interventions/actions à court terme

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	Mettre en place des structures à base communautaire sur la promotion de la santé				
Niveau périphérique (District Sanitaire)	Mettre en place une structure de coordination à différents niveaux en matière de promotion de la santé	Former les personnes-relais pour la sensibilisation sur les pratiques d'hygiène (Agent Santé, Agent Communautaire)		Mobiliser les associations à participer activement aux activités des comités locaux de promotion de la santé dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement	Poursuivre la construction des incinérateurs au niveau des établissements sanitaires
Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)	Mener des activités correctrices après évaluation des actions de promotion de la santé	Mettre en place des Inspecteurs contrôle de qualité des denrées alimentaires aux différents niveaux			
Niveau Central	Mettre à jour la réglementation en matière de lutte contre l'alcoolisme Elaborer des normes et directives en matière d'hygiène alimentaire Elaborer la Politique Nationale en santé et environnement				

5.4.3. Interventions/actions à moyen terme

Niveau d'intervention	Organisation/Gestion/Management	Ressources Humaines	Financement santé	Stimulation de la demande	Infrastructures, équipements et produits
Communautaire	Mobiliser les autorités et la communauté sur la prévention des intoxications alimentaires Sensibiliser la communauté sur les mesures à prendre en cas de catastrophe, en particulier au niveau des zones à risque	Former les relais communautaires en matière de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation de drogues			
Niveau périphérique (District Sanitaire)	Introduire l'éducation sanitaire sur l'hygiène et l'assainissement dans le programme scolaire				Diffuser des supports IEC en matière d'hygiène et assainissement au niveau des écoles
Niveau Intermédiaire (Région Sanitaire)	Assurer le suivi des activités sur la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation de drogues				
Central	Assurer la coordination avec les autres entités intervenant lors des catastrophes sous l'égide du Conseil National de Secours		Mener des plaidoyers auprès des partenaires pour le financement de la promotion de la santé et des interventions au cours des catastrophes		

L'étude du financement constitue un volet important dans le PDSS. Elle consiste à estimer les coûts des interventions qui sont groupées par composante. Cette estimation sera complétée par une appréciation des sources de financement. Un schéma de financement qui montre les apports des principaux bailleurs de fonds et de l'Etat, permet d'évaluer à priori le gap à rechercher par rapport au coût estimatif. L'établissement des scénarii complète la projection et la prévision du financement.

6.1. METHODOLOGIE D'ESTIMATION BUDGETAIRE

Le secteur santé à Madagascar n'utilise pas encore un modèle uniformisé en matière d'évaluation budgétaire. Ainsi plusieurs méthodes d'estimation ont permis d'évaluer le coût global du PDSS. Les modèles d'analyse dépendent du programme ou du volet à aborder. Pour la survie de la mère et de l'enfant, le MBB a beaucoup aidé à déterminer les coûts additionnels pour les interventions. Pour les autres programmes qui entrent dans le cadre de l'atteinte des OMD, le Millenium Project qui est un modèle du PNUD, a été utilisé. La méthodologie classique d'estimation budgétaire n'est pas écartée pour les autres interventions qui sont difficiles à modéliser, telles que la lutte contre les maladies non transmissibles, la lutte antitabac.

. D'après le CNS, le financement du secteur santé vient de trois grandes catégories de sources, à savoir le fonds public, le fonds privé et le reste du monde ou bailleurs de fonds. L'estimation des coûts de financement du PDSS concerne seulement le budget général de l'Etat et les allocations des partenaires techniques et financiers. Par ailleurs, le système de financement du secteur privé devrait être considéré dans les projections sur les ressources disponibles.

6.2. COÛTS ESTIMATIFS

Objectif intermédiaire/ Objectif spécifique/ Composante	Budget annuel					Coût total (USD)
	2007	2008	2009	2010	2011	
1. Renforcer le système national de santé	63 829 344	149 715 661	124 429 770	109 869 849	84 766 300	532 610 923
Améliorer le cadre juridique et institutionnel du système de santé aux priorités des OMD, du MAP, de la politique nationale de santé et du plan sectoriel santé	2 376 868	2 376 868	2 376 868	-	-	7 130 603
Cadre juridique et institutionnel	2 376 868	2 376 868	2 376 868	-	-	7 130 603
Promouvoir la décentralisation de la gestion du système de santé et de la prise de décision au niveau des CTD (Régions, communes)	318 472	318 472	304 722	301 925	301 925	1 545 516
Décentralisation et Déconcentration	318 472	318 472	304 722	301 925	301 925	1 545 516
Améliorer la disponibilité en ressources humaines qualifiées à tous les niveaux du système de santé	37 123 764	37 123 764	37 123 764	37 123 764	37 123 764	185 618 820
Ressources Humaines	37 123 764	37 123 764	37 123 764	37 123 764	37 123 764	185 618 820
Améliorer la couverture sanitaire et la qualité de service	840 232	58 113 867	36 356 931	26 571 271	4 814 334	126 696 635
Infrastructures, Equipement et Qualité de service	840 232	58 113 867	36 356 931	26 571 271	4 814 334	126 696 635
Développer la réforme hospitalière	4 811 600	32 560 975	29 079 420	27 759 420	26 439 420	120 650 835
Réforme hospitalière	4 811 600	32 560 976	29 079 420	27 759 420	26 439 420	120 650 836
Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, des consommables médicaux, des réactifs et produits sanguins de qualité	12 921 055	13 934 362	13 934 362	12 921 055	10 894 443	64 605 277
Médicaments et consommables	12 921 056	13 934 363	13 934 362	12 921 055	10 894 443	64 605 277
Renforcer le financement de la santé pour répondre au besoin des populations	503 130	353 130	353 130	304 383	304 383	1 818 156
Financement du système de santé	503 131	353 131	353 130	304 383	304 383	1 818 158
Améliorer l'organisation et la gestion du système de santé	4 934 223	4 934 223	4 900 573	4 888 031	4 888 031	24 545 081
Système d'informations sanitaires et de communication	1 245 880	1 245 880	1 245 880	1 233 338	1 233 338	6 204 316
Planification	15 954	15 954	5 954	5 954	5 954	49 770
Système de suivi et évaluation	320 531	320 531	320 531	320 531	320 531	1 602 655
Système communautaire	106 582	106 582	92 832	92 832	92 832	491 660
Partenariat	170 276	170 276	160 376	160 376	160 376	821 680
Stimulation de la demande	3 075 000	3 075 000	3 075 000	3 075 000	3 075 000	15 375 000

2. Améliorer la survie de la mère et de l'enfant	60 100 955	60 010 955	59 852 970	59 852 502	59 852 502	299 669 883
Réduire le taux de mortalité maternelle de 469 à 156 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale de 32 à 20 pour 1000 naissances vivantes d'ici la fin 2011	29 422 351	29 332 351	29 174 833	29 174 833	29 174 833	146 279 200
Maternité à moindre risque	109 573 940	109 573 940	21 833 781	21 833 781	21 833 781	109 573 940
Planning familial	7 341 052	7 341 052	7 341 052	7 341 052	7 341 052	36 705 260
Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 94 à 73 pour 1000 naissances vivantes d'ici la fin 2011	30 678 604	30 678 604	30 678 137	30 677 669	30 677 669	153 390 683
PCIME	2 930 914	2 930 914	2 930 447	2 929 979	2 929 979	14 652 233
PEV	15 402 572	15 402 572	15 402 572	15 402 572	15 402 572	77 012 860
Nutrition	12 345 118	12 345 118	12 345 118	12 345 118	12 345 118	61 725 590
3. Renforcer la lutte contre les maladies liées à l'environnement	69 044 821	70 006 928	66 989 527	63 061 220	61 034 608	330 137 104
Réduire de 50% la prévalence des principales endémo épidémiques et les Maladies Tropicales Négligées	66 376 394	67 338 501	64 321 100	60 392 793	58 366 181	316 794 969
Paludisme	42 464 200	42 464 200	42 464 200	42 464 200	42 464 200	212 321 000
Tuberculose	1 218 600	1 218 600	1 218 600	1 218 600	1 218 600	6 093 000
Lèpre	174 600	174 600	174 600	174 600	174 600	873 000
Maladies Émergentes et Réémergentes (MER)	566 000	566 000	566 000	566 000	566 000	2 830 000
Autres maladies	1 058 400	1 058 400	1 058 400	1 058 400	1 058 400	5 292 000
VIH/SIDA/IST	20 894 594	21 856 701	18 839 300	14 910 993	12 884 381	89 385 969
Objectif spécifique : Réduire de 20% la morbidité due aux maladies non transmissibles	2 668 427	2 668 427	2 668 427	2 668 427	2 668 427	13 342 135
Santé Bucco-Dentaire	858 540	858 540	858 540	858 540	858 540	4 292 700
Santé mentale	19 020	19 020	19 020	19 020	19 020	95 100
Maladies liées aux modes de vie	1 778 287	1 778 287	1 778 287	1 778 287	1 778 287	8 891 435
Prévention des handicaps	28 580	12 580	12 580	12 580	12 580	78 900
4. Accroître la protection de la santé ainsi que la promotion des comportements sains	12 117 825	19 591 185	19 471 644	4 393 991	4 263 056	59 837 701
Promotion de la santé	4 810 870	8 580 605	8 580 605	1 041 136	1 041 136	24 054 352
Sécurité et qualité des denrées alimentaires	252 338	252 338	242 680	242 680	242 680	1 232 715
Tabagisme et toxicomanie	939 761	873 651	850 768	852 053	721 118	4 237 350
Eau, Hygiène et assainissement	4 114 856	7 884 591	7 817 591	278 122	278 122	20 373 282
Gestion des risques et catastrophes	2 000 000	2 000 000	1 980 000	1 980 000	1 980 000	9 940 000
TOTAL	205 092 945	299 324 729	270 743 911	237 177 562	209 916 466	1 222 255 611
Per capita (USD)	11	14	11	12	10	

La présentation du tableau du coût estimatif est structurée en trois niveaux. Le niveau supérieur concerne les axes stratégiques ou les objectifs intermédiaires, qui sont au nombre de quatre. Le deuxième niveau décrit les objectifs spécifiques. Le dernier niveau représente les composantes regroupant plusieurs interventions.

Le coût global du PDSS est estimé à 1 222 255 611 USD. Le tableau récapitulatif, ci-après, montre la répartition des coûts entre les axes stratégiques. Il est bien entendu que l'axe 1 (RH, Médicaments, infrastructures) représente la catégorie où les coûts sont les plus élevés.

Axe stratégique	Axe 1 : Renforcement du système de santé	Axe 2 : Survie de la mère et de l'enfant	Axe 3 : Lutte contre les maladies liées à l'environnement	Axe 4 : Protection de la santé et promotion des comportements sains	TOTAL
Montant en USD	532 610 923	299 669 883	330 137 104	59 837 701	1 222 255 611
Pourcentage %	43,58	24,52	27,01	04,89	100

En outre, le tableau montre que les coûts annuels les plus élevés se situent en 2008 et 2009.

6.3 ESTIMATION DES RESSOURCES DISPONIBLES

Le tableau ci-dessous montre les ressources qui sont prévues pour le financement du PDSS. Le budget de l'Etat et l'apport des partenaires constituent les éléments de cette estimation.

Sources de financement (en million USD)	Montant disponible en million USD					
	2007	2008	2009	2010	2011	Total
	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Grand total	158,041	130,637	125,489	118,763	126,067	658,996
Internal	54,874	60,361	66,398	73,038	80,341	335,011
Contrepartie état	53,674	53,024	58,326	64,159	70,575	299,758
Taxe d' import	0,095	0,494	0,543	0,598	0,658	2,387
TVA	1,106	1,217	1,338	1,472	1,619	6,752
External	103,167	70,276	59,092	45,726	45,726	323,985
IDA	24,250	18,250	22,000	16,000	16,000	96,500
CRESAN	11,000					11,000
PMPS I&II	7,000	7,000	7,000	6,000	6,000	33,000
SEECALINE	5,250	5,250				10,500
FID	1,000	1,000				2,000
SWAp	2,500	5,000	12,500	10,000	10,000	40,000
BAD/FAD	9,750	3,750	3,750	-	-	17,250
Santé 2	6,000					6,000
Santé 3	3,750	3,750	3,750			11,250
Agence Française de Développement		5,000	5,000	5,000	5,000	20,000
SCAC / FAC	0,692	-	-	-	-	0,692
VIH/SIDA	0,136					0,136
Appui au renforcement institutionnel/ Formation et RH	0,180					0,180
Appui aux districts sanitaires	0,163					0,163

Appui au système hospitalier/Réhab des hôpitaux	0,213					0,213
<i>USAID</i>	19,200	19,200	12,000	12,000	12,000	74,400
Santé maternelle et infantile						
Sécurité alimentaire et nutrition						
Lutte contre les IST/VIH/SIDA						
Planning familial et santé de la reproduction						
<i>USAID Washington</i>						
Title II	7,200	7,200				14,400
Malaria						
<i>JICA</i>	1,750					1,750
<i>KFW / GTZ</i>						
VIH/SIDA						
<i>Union Européenne</i>						
<i>UNICEF</i>	7,000	7,000	7,000	7,000	7,000	35,000
Survie des enfants	5,600	5,600	5,600	5,600	5,600	28,000
VIH/SIDA	1,400	1,400	1,400	1,400	1,400	7,000
<i>OMS</i>	5,726	5,726	5,726	5,726	5,726	28,628
<i>FNUAP</i>	3,208	1,208	1,208			5,623
Santé de la reproduction	0,912	0,912	0,912			2,736
Contraceptive	2,000					2,000
VIH/SIDA	0,296	0,296	0,296			0,887
<i>PNUD</i>	0,744					0,744
VIH/SIDA	0,744					0,744
<i>PAM</i>	1,750	1,750				3,500
SECALINE	1,750	1,750				3,500
<i>Global Fund</i>	20,743	2,654	2,409			25,806
PSI	1,750					1,750
CNLS (VIH/SIDA)	3,734					3,734
CNLS (TB)	1,167	1,167				3,500
CRESAN (Paludisme)	14,093	1,487	1,242			16,822
<i>GAVI2 310</i>	1,155	0289				1,444

Le financement disponible pour les 5 ans (2007-2011) est de 658 996 000 USD, montrant un gap de 563 260 611 USD

MÉCANISME DE SUIVI ET EVALUATION

VII

7.1. SYSTEME DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le dispositif de suivi et d'évaluation constitue un volet essentiel du PDSS. Il a pour objet de suivre et de mesurer l'évolution des indicateurs par rapport aux objectifs pendant et après la période de mise en oeuvre du plan sectoriel.

Le système permet en particulier, de prendre les mesures adéquates par rapport aux problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre et l'atteinte des objectifs;

Des indicateurs clés annuels et périodiques sont définis afin de suivre les performances du secteur au niveau national, régional et périphérique

Les principales sources de données dans le cadre du suivi et de l'évaluation relèvent du système de gestion des informations sanitaires, des surveillances de sites sentinelles, des rapports d'études et de supervision, enfin des enquêtes au niveau national (EPM,EDS,MICS).

7.2. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION

Le suivi des performances se fera chaque année, sous la conduite du Ministère de la Santé et du Planning Familial, dans le cadre de la revue conjointe secteur avec les différents partenaires dans le domaine du développement sanitaire.

Des réunions annuelles seront également tenues, au niveau des Régions et des Districts, afin de mesurer leurs performances respectives dans la mise en oeuvre du PDSS.

Une revue à mi-parcours est prévue au cours de l'année 2009.

7.3. TABLEAU DES PRINCIPAUX INDICATEURS DU SECTEUR DE LA SANTE

Les différents indicateurs sélectionnés constituent des outils rationnels permettant le suivi, la gestion et l'évaluation du PDSS dont également les mesures d'impact.

Dans un but pratique, les indicateurs sont classés en quatre catégories

- Indicateurs de processus
- Indicateurs de ressources
- Indicateurs de résultat ou de rendement
- Indicateurs d'impact

Afin d'atteindre les objectifs fixés, l'évolution de ces indicateurs pendant la période de mise en oeuvre du PDSS doit être harmonisée.

Le PDSS constitue un processus dynamique et des mises au point peuvent être apportés au cours des suivis successifs.

7.4. SELECTION DES INDICATEURS

Les différents indicateurs sélectionnés dans ce cadre répondent à certains critères

- Indicateurs se rapportant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, au Madagascar Action Plan et à la Politique National de Santé
- Indicateurs de processus nécessaires au contrôle de l'état d'avancement des grandes activités
- Indicateurs d'impacts et de résultats mis en place avec les Partenaires financiers de Madagascar; notamment pour le suivi des activités prioritaires

Malgré leur pertinence, certains indicateurs ne figurent pas dans ce document du fait de la non disponibilité des données.

Dans le cadre de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation; les acteurs à tous les niveaux établissent des plans de travail avec les activités clés rattachées aux différentes interventions du PDSS.

Le suivi régulier du PDSS sera basé sur l'évolution des indicateurs relevant de ces activités.

Indicateurs de processus

Indicateurs	Paramètres mesurés	Moyens de vérification	Fréquences	Nombre prévu ou pourcentage en 2011	Institutions Responsables
Renforcement du système de santé					
Code de la santé adoptée	Cadre juridique				SlegPa
Nombre de textes et documents élaborés et adoptés	Cadre juridique et institutionnel du système de santé surtout FANOME, patrimoine	JORM	annuelle	8	DDDS/SlegPa
Pourcentage du budget général alloué aux niveaux intermédiaires et périphériques	Décentralisation et déconcentration	Loi des Finances	annuelle	70%	MFB/DEP
Pourcentage des FS en zones enclavées dotées en personnel technique	Ressources humaines	Rapport	semestrielle	100%	DRH /DDDS
Nombre d'EMAD formées en planification, suivi et évaluation	Compétence en planification, suivi et évaluation	rapport	annuelle	111	DRH /DDDS
Nombre de régions couvertes par le réseau informatique	Système de communication et réseau	rapport	annuelle	22 Régions	DSI
Nombre de SSD ayant une carte sanitaire à jour	Informations sanitaires	document	annuelle	111SSD	SSSa
Nombre de Régions dont le système de surveillance épidémiologique est fonctionnel	Capacité d'alerte et de riposte pour toute épidémie	rapport	annuelle	22Régions	DULMT
Pourcentage de personnel affecté dans les zones enclavées et éloignées bénéficiant de mesures d'accompagnement	Fixation du personnel dans les zones enclavées et éloignées	Rapport	annuelle	100%	DRH/DDDS
Nombre de contrat validé	Partenariat public privé	Document	annuelle	50	Partenariat/DDDS
Nombre de CSB construits et équipés	Couverture sanitaire	PV de réception	annuelle	79	DAAF/DDDS
Nombre de CSB réhabilités	Normes en matière d'infrastructure	PV de réception	annuelle	767	DAAF/DDDS
Nombre de CHD1 transformés en CHD2	Offre de service en chirurgie essentielle	rapport	annuelle	60 CHD1	DAAF/DDDS
Nombre d'Unités Laparo-Césariennes construites et équipées	Offre de service en MSR et SONUC	rapport	annuelle	66 ULC	DAAF/DDDS
Nombre de personnel de santé formé sur la prévention de l'infection dans le cadre de la mise en place de l'assurance qualité	Management de l'assurance qualité	rapport	annuelle	1238	Coordonnateur Qualité
Nombre de SSD dont les prescripteurs des secteurs publics et privés sont formés sur la prescription rationnelle des médicaments	Offre de service en médecine curative	rapport	annuelle	111 SSD	DPLMT
% des CSB intégrant la médecine traditionnelle	Offre de service	rapport	annuelle	30%	DPLMT
% des prescripteurs formés en pharmacovigilance	Compétence en pharmacovigilance	Rapport	annuelle	50%	DAMM
% des cadres des SSD formés en gestion financière et budgétaire	Compétence en gestion budgétaire	Rapport	annuelle	100%	DAAF/DEP

Santé de la mère et survie de l'enfant

Nombre d'agents de santé des secteurs public et privé formés en SONU/MSR	Compétence en SONU et MSR	rapport	annuelle	3000	DSF
Nombre d'agents de santé formés en IEC/CCC sur les soins maternels et néonataux	Compétence en IEC/CCC sur les soins maternels et néonataux	rapport	Annuelle	3000	DSF
Nombre d'agents communautaires sur les soins maternels et néonataux	Compétence en IEC/CCC sur les soins maternels et néonataux	rapport	Annuelle	3000	DSF
Pourcentage de centres de santé de Base offrant des services PF	Offre de service PF	rapport	Annuelle	100%	DSF
Nombre de SSD mettant en œuvre l'approche « Atteindre Chaque District » (ACD) en matière de vaccination	Offre de service en matière de vaccination	rapport	Annuelle	111 SSD	DSF
% des agents de santé formés en PCIME	Compétence en PCIME	rapport	Annuelle	100 %	DSF
% de Formations Sanitaires dotées en supports IEC en matière d'Action Essentielle en Nutrition (AEN)	Couverture en support IEC/AEN	rapport	Annuelle	100%	DSF
Nombre des nouveaux CRENI et CRENA	Offre de service en Nutrition	PV de réception	Annuelle	84	DSF
Nombre de CRENI dotés en équipements sur la PEC des malnutris	Normes en matière d'équipement CRENI	PV de réception	Annuelle	48	DSF

Lutte contre les maladies liées à l'environnement

Maladies transmissibles

Taux de détection de la tuberculose pulmonaire	Information des malades suspects et performance des centres de diagnostic	rapport	Annuelle	70%	DULMT
% de SSD foyers pestueux dotés en stock (40 SSD)	Disponibilité de médicaments en cas d'épidémie		Annuelle	32 SSD	DULMT
Nombre total de Centre de Test Volontaire (CTV)	Offre de service pour le test volontaire en matière de VIH	Rapport	Annuelle	66	DULMT
% des CSB intégrant dans leurs activités la PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH)	Offre de service en matière de PTME	Rapport	Annuelle	100%	DULMT
Nombre de SSD dotés en kit IST (Cura 7 et Génicure)	Offre de service sur la prise en charge des IST	Rapport	Annuelle	111 SSD	DULMT
Nombre de SSD endémique de bilharziose possédant une équipe d'intervention fonctionnelle	Capacité des SSD en matière d'intervention sur la bilharziose	rapport	Annuelle	88 SSD	DULMT
Nombre de centres antirabiques revitalisés	Normes de service en matière de lutte antirabique	Rapport	Annuelle	33centres	DULMT

Protection de la santé et promotion de comportements sains

Nombre de Responsables des SSD formés sur la protection de la santé et promotion de comportements sains	Compétence sur la protection de la santé et promotion de comportements sains	Rapport	Annuelle	222	DPS
Diffuser les documents de normes et directives sur l'hygiène alimentaire	Normes sur l'hygiène alimentaire	Document	Annuelle	1700	DPS
Nombre des associations engagées dans la lutte contre l'alcoolisme et les drogues, et tabac	Connaissance des méfaits de l'alcool et des drogues	Rapport D'activités	Annuelle	50	DPS
Nombre de DRSPF avec une équipe sanitaire mobile fonctionnelle	Capacité de riposte aux catastrophes	rapport	Annuelle	22 Régions	DPS

Indicateurs de ressources

Indicateurs	Paramètres mesurés	Moyens de vérification	Fréquences	Données de base	2011	Institutions Responsables
Pourcentage du budget de l'état alloué au secteur de la santé	Contribution de l'état dans le secteur de la santé	Loi des finances	Annuelle	8,74% en 2005	11,67%	MFB
Dépenses santé par tête \$ US	Performance du mécanisme de financement dans le secteur santé	Comptes nationaux de santé	3ans	11,9 en 2003	16,13	MSPF
Taux de couverture sanitaire	Population située dans un rayon de 5 km d'une structure de soins	Annuaire des Statistiques du secteur santé de Madagascar	Annuelle	40%	60%	SSSa
Pourcentage des médecins affectés au niveau décentralisé	Répartition des ressources humaines	Rapport	Annuelle	30%	60%	DRH/DDDS
Taux de disponibilité en MEG au niveau des CSB (médicaments traceurs)	Approvisionnement des CSB en MEG	RMA	Annuelle	85%	90%	SSSa /DPLMT

Indicateurs de résultat

Indicateurs	Paramètres mesurés	Moyens de vérification	Fréquences	Données de base	2011	Institutions Responsables
Taux d'utilisation des consultations externes des CSB	Fréquentation des CSB	RMA	Annuelle	49%	60%	SSSa
Taux d'occupation Moyenne des lits d'hôpitaux	Fréquentation hospitalière	RMA, Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar	Annuelle	34%	50%	SSSa
Taux d'utilisation de service de CPN au niveau des CSB	Fréquentation des CSB en CPN	RMA	Annuelle	67,6%	80%	SSSa
Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	Normes en matière d'accouchement	RMA, enquête	Annuelle	51%	70%	SSSa
Proportion de femmes enceintes dormant sous moustiquaire Imprégné d'Insecticide Durable dans les zones à transmission stable	Utilisation de moustiquaire par les femmes enceintes	EDS	5 ans	35%	65%	INSTAT
Taux de prévalence contraceptive	Utilisation de méthodes contraceptives	RMA, enquête	Annuelle	18%	30%	INSTAT/SSSa
Taux de couverture vaccinale pour les 7 antigènes au niveau national	Proportion d'enfants complètement vaccinés	EDSM	5 ans	53%	80%	INSTAT
Taux d'utilisation du Traitement Préventif Intermittent du paludisme (TPI) chez la femme enceinte dans les zones à transmission stable	Prévention du paludisme chez la FE	RMA	Annuelle	15%	60%	SSSa
Taux de guérison de la tuberculose bacillifère	Observance du traitement	Rapport	Annuelle	74,4%	85%	DULMT/SSSa
Proportion de CSB alimentés en eau	Couverture des CSB en eau potable	rapport	Annuelle	10%	65%	DPS/SSSa

Indicateurs d'impact

Indicateurs	Paramètres mesurés	Moyens de vérification	Fréquences	Données de base	2011	Institutions Responsables
Taux de mortalité maternelle	Le risque pour une femme de décéder par une cause maternelle durant les âges de procréation	EDSM	5ans	469 pour 100 000 naissances vivantes	273 pour 100 000 naissances vivantes	INSTAT
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	Le nombre moyen d'enfants qu'une femme aurait jusqu'à la fin de sa vie féconde	EDSM	5ans	5,2	3	INSTAT
Taux de mortalité infanto-juvénile	Mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire	EDSM	5ans	94‰	73‰	INSTAT
Taux de mortalité infantile	Mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire	EDSM	5ans	58‰	45‰	INSTAT
Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 3 ans	Proportion d'enfants accusant une insuffisance pondérale (indice poids/âge)	EDSM	Annuelle	40%	21%	INSTAT
Taux de prévalence du VIH	Le nombre de personnes infectées par le VIH par rapport aux personnes exposées au risque	Enquête	3 à 5 ans	0,95%	<0,8%	SE/CNLS
Taux de prévalence de la syphilis chez la Femme Enceinte	Nombre de FE ayant la syphilis par rapport aux FE exposées au risque	Enquête, EDSM	5ans	4,2%	2,1%	INSTAT
Taux de mortalité du paludisme en milieu hospitalier	Décès hospitalier (CHD) attribuable au paludisme	RMA	Annuelle	17,5% (2004)	8,5%	SSSa

DOCUMENTS SANTE MADAGASCAR

I. ETUDES RELATIVES AU SYSTEME DE SANTE A MADAGASCAR

Annuaire des statistiques de santé, Instat, 2003-04-05-06
Carte sanitaire de Madagascar, 2000
Comptes Nationaux de Santé CNS 2003 (réalisé en 2005)
Enquête Démographique et de santé, EDS 2003
Enquête efficacité et équité des Formations Sanitaires, EEFS 1 (2003),
Enquête efficacité et équité des FS 2005, EEFS 2, (draft)
Enquête périodique auprès des ménages, 2004 (janvier 2006)
Etude sur le secteur pharmaceutique (salama 2004), Tahina
Health Sector Note (note sectorielle Santé), Madagascar, The WB, 2005 (Draft)
MICS 2000
PCIME communautaire à Madagascar (document de bonne pratique, UNICEF, 2005)
Poverty Social Impact Analysis PSIA "health care and the poor" 2006, WB
Rapport de l'expertise de la fonctionnalité des CHD, Cresan, janvier 2004
Rapport de mission sur l'atelier sur la réforme hospitalière et le financement de l'hôpital en Afrique
Rapports technique des phases 1 et 2 d'appui à la mise en oeuvre des plans de développement des districts sanitaires.
Services d'éducation et de santé à Madagascar : l'utilisation et les déterminants de la Demande, P.Glick, J. Razafindravona, juin 2000
The potential of community based insurance towards health finance in Madagascar, article, B. Minten, M. Over, M. Razakamanantsoa, Mai 2006.

2. DOCUMENTS DE POLITIQUE

Business Plan 2004-2006
Cadre des dépenses à moyen terme (2005)
Document pour une nouvelle stratégie de planification familiale à Madagascar
Draft PDSS (plan de développement du secteur santé)
Etude sur le secteur pharmaceutique (salama 2004)
Feuille de route pour la réduction de la Mortalité Maternelle à Madagascar, 2005-2015
Le fonds d'Equité pour les démunis, CHD Marovoay, GTZ.
Madagascar chaîne du froid 2004-2013
Plan de développement des ressources humaines (2005)
Plan de développement des ressources humaines (draft)
Plan de viabilité financière du programme élargi de vaccination
Plan Stratégique National IST/VIH/SIDA, révision 2007-2011
Politique Nationale contre la Bilharziose
Politique Nationale contre le Paludisme (2005)
Politique Nationale de contractualisation dans le secteur de la Santé à Madagascar (2004)
Politique nationale de gestion des déchets médicaux (SAGS 2005)
Politique Nationale de Santé (juin 2005)
Politique Nationale de Santé de l'Enfant (2005)
Politique Nationale Nutrition (2004)
Proposition Malaria aux rounds 1-2-3-4-5-6 du Fonds Mondial
Proposition Tuberculose aux rounds 1-2-3-4-5-6 du Fonds Mondial
Proposition VIH aux rounds 1-2-3-4-5-6 du Fonds Mondial
Stratégie de communication PF

