



Rapport d'Inventaire
Madagascar

Mars 2008



RAPPORT D'INVENTAIRE MADAGASCAR



PARTENARIAT INTERNATIONAL POUR LA SANTE ET LES INITIATIVES CONNEXES (PIS+) DISPOSITIF D'HARMONISATION POUR LA SANTE EN AFRIQUE (HSA)

Réunion Inter régionale des Equipes du Secteur national de la Santé

**28 Février – 1^{er} Mars 2008
Lusaka, Zambie**



Titre	Page
1. Introduction	1
2. Composition et structure des groupes et mécanismes publics	2
3. Politiques et stratégies nationales de santé	3
4. Réformes/plans d'investissement relatifs au secteur de la santé avec les moyens financiers	4
5. Exposé succinct des stratégies et structures nationales de financement	5
6. Obstacles et contraintes identifiés	9
7. Définition des changements à apporter aux processus/rerelations	11
8. Description de l'assistance technique nécessaire	12
9. Calendrier des événements significatifs en 2008-2009	12
10. Annexe A	14

1. Introduction



Madagascar est situé dans l'Océan Indien, et la côte Ouest est longée par le canal de Mozambique. La population totale est d'environ 18.2 millions dont 3.2 millions sont des enfants de moins de 5 ans, et 80% de la population vivent en milieu rural. Il est parmi les pays les moins développés : 143^{ième} sur 177 sur l'index de développement humain (IDH) en 2006. En 2005, 69% de la population vivaient dans la pauvreté dont 27% dans la pauvreté extrême. La pauvreté urbaine a augmenté de 10 points au cours des cinq dernières années, principalement dans les

milieux péri urbains, et a diminué légèrement dans le milieu rural. Des défis importants restent à relever pour atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM), même avec une croissance économique élevée.

Toutefois, Madagascar est un des quelques pays en Afrique qui a réussi à réduire le taux de mortalité infanto juvénile d'une manière significative (159 / 1000 NV en 1997 au 94 / 1,000 NV en 2003/2004). Pourtant, 60 000 enfants de moins de 5 ans meurent chaque année à cause du paludisme, de la diarrhée, de la rougeole et des maladies néo natales. En général 3,000 femmes meurent chaque année pendant la grossesse ou au cours des six semaines suivant l'accouchement.

En Novembre 2006, le Gouvernement Malgache a lancé le Madagascar Action Plan (MAP) basé sur la vision "Madagascar Naturellement " et les ODM, qui constitue le nouveau cadre stratégique national pour le développement du pays au cours de la période 2007-2011.

Le MAP part d'une analyse approfondie des problématiques, des besoins et des priorités en matière de développement économique et social à la fin du cycle de programmation DSRP (Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté) 2003-2006. Il a pour ambition d'assurer un saut qualitatif au développement du pays et de relever des défis qui conduiront Madagascar vers un développement rapide et durable.

L'engagement 5: *Notre population sera en bonne santé et pourra contribuer au développement de la nation et mener de longues et fructueuses vies. Les problèmes de malnutrition et du paludisme seront résolus. La tendance de la propagation du VIH/SIDA sera inversée, l'eau potable deviendra accessible, et la taille moyenne de la famille malgache sera réduite, grâce à l'éducation et la fourniture de services de santé.*

Sur la base du MAP et de la Politique Nationale de Santé (PNS)¹, le Plan de Développement du Secteur Santé et de la Protection Sociale (PDSSPS) a été développé et en suite validé en 2007, comme

Population:	18.2 million
(Source INSTAT 2006)	
Population <18:	9.3 million
(Source INSTAT 2006)	
Consultations externes aux services de santé:	39%
(Source EPM 2005)	
Taux de mortalité infantile:	58/1000
(Source DHS 2003-2004)	
Taux de mortalité infanto juvénile:	94/1000
(Source DHS 2003-2004)	
Taux de mortalité Maternal:	469/100,000
(Source DHS 2003-2004)	
Enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins:	53%
(Source EDS 2003-2004)	
Enfants <5 ans souffrant d'insuffisance pondérale (%)	42%
(Source DHS 2003-2004)	
Enfants <5 ans souffrant de retard de croissance (%)	48%
(Source DHS 2003-2004)	
Taux d'allaitement exclusif enfants <6 mois:	67%
(Source DHS 2003-200)	
Utilisation de l'eau salubre:	35%
(Source DHS 2003-2004)	
Utilisation des sanitaires:	52%
(Source DHS 2003-2004)	
Prévalence de VIH entre femmes enceintes:	0.95%

¹ Le document de référence en matière de développement sanitaire qui renferme les orientations, les objectifs et les stratégies du secteur santé de 2005 à 2008.

document de planification et de mise en oeuvre des stratégies et des projets prioritaires du secteur santé à Madagascar.

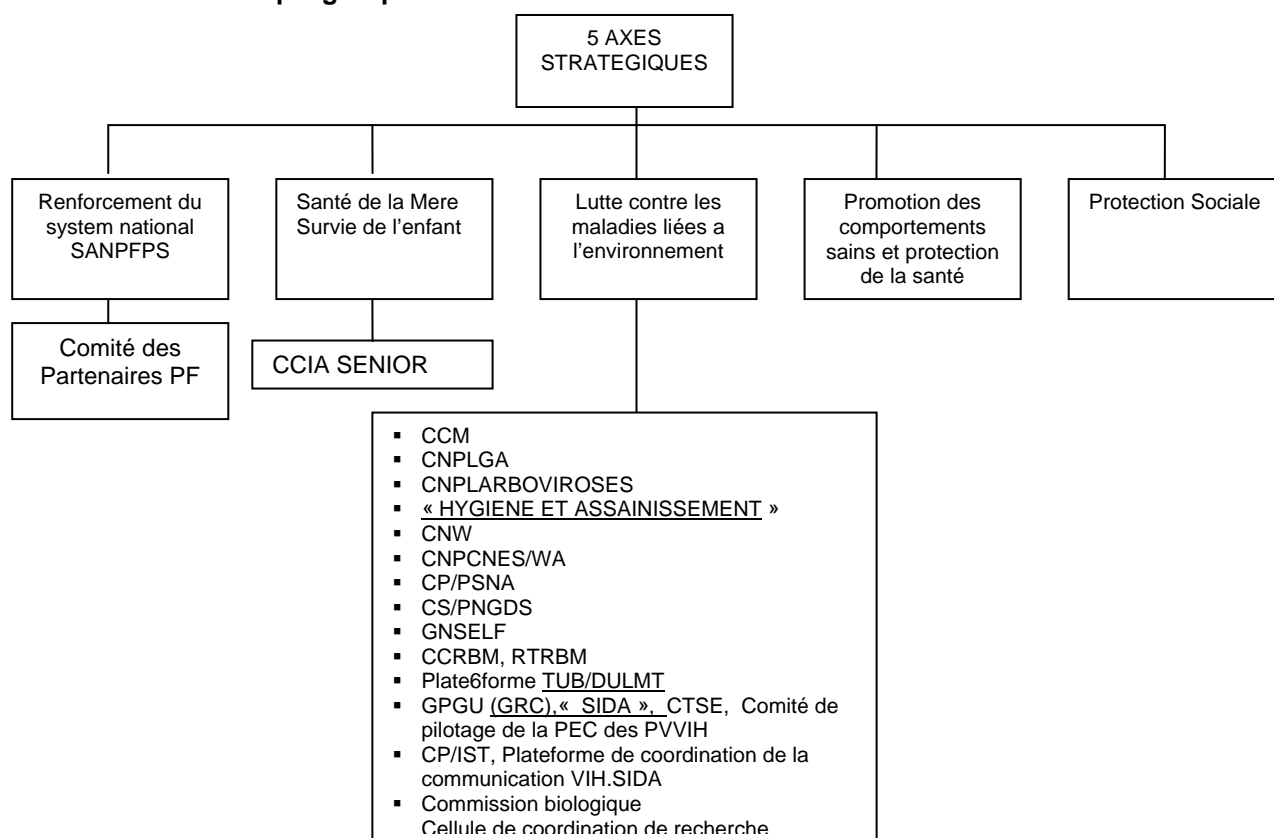
2. Composition et Structure des Groupes et Mécanismes Publics de Coordination de l'Action Santé et de l'Action Contre le VIH/SIDA

Le secteur de la Santé à Madagascar a connu des changements de politiques importants ces dernières années, et une augmentation du budget de la santé en termes nominaux². Le Ministère de la Santé, de la Planification Familiale et de la Protection Sociale (MINSANPFPS) est engagé dans le développement de l'approche programmatique sectorielle (SWAp), avec le PDSSPS comme document de base pour la mise en œuvre du SWAp.

Le PDSSPS établit la structure de coordination selon les cinq axes stratégiques. Cet organigramme donne un bref aperçu de la structure des groupes et mécanismes publics de coordination du secteur santé à Madagascar.

En plus, pour le VIH/SIDA, le SE/CNLS (Secrétaire Exécutif/ Comité National Lutte contre le VIH/SIDA) est l'organe d'exécution qui fournit un soutien politique et stratégique à la lutte contre le VIH/Sida, promeut les partenariats, mobilise des ressources au niveaux national et international et défend les droits des personnes ; en outre, il a été également désigné pour gérer le PMPS I (Projet Multisectoriel pour la Prévention du VIH/Sida – financé par la Banque Mondiale).

Plus de détails de chaque groupe sont dans l'Annexe A.



La première revue conjointe du secteur santé rassemblant tous les départements techniques, toutes les directions régionales et les partenaires de développement et la société civile, s'est tenue en Septembre 2007. C'était une occasion très importante pour le secteur santé avec le Gouvernement et toutes les partenaires. La revue avait pour objet de faire le point sur la situation et de déterminer les prochaines étapes pour s'assurer que les interventions réalisées sont conformes à la stratégie sanitaire nationale en vigueur et que nous nous approchons des objectifs fixés. Les recommandations issues de cette revue ont été déjà discutées ; toutefois, le suivi de leur mise en œuvre est attendu.

² Madagascar. Service delivery in the Education and Health sector: Results of the 2006/2007 Public Expenditure Tracking Survey, World Bank, UNICEF, Government of Japan, December 2007.

3. Politiques et Strategies Nationales de Sante et Contexte Plus General de Developpement, Resultats Definis Dans le Plan national et Niveau de Realisation

En Octobre 2004, quatre ans après l'admissibilité officielle à l'IPPTE (Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés), Madagascar a satisfait les critères retenus pour l'atteinte du point d'achèvement relatif aux grandes orientations politiques du DSRP. En vue de poursuivre efficacement les travaux entrepris dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et pour assurer un développement durable, le Gouvernement a élaboré en 2006 le Madagascar Action Plan ou «MAP », qui remplace le DSRP pour la période 2007-2011.

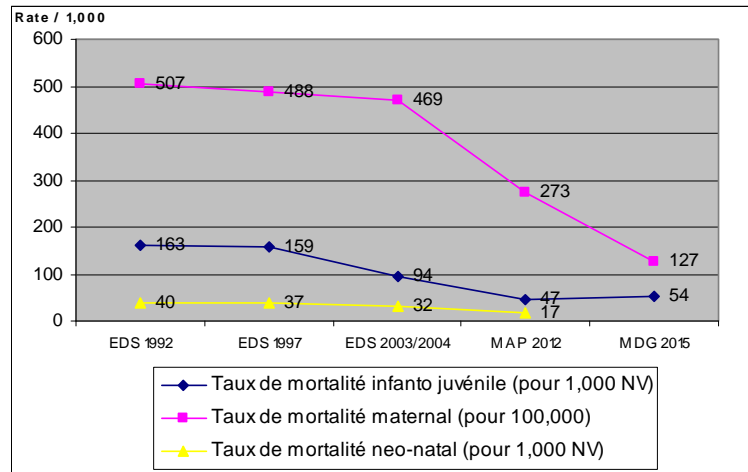
La mise en oeuvre des huit engagements du MAP et particulièrement celui concernant la santé, définie sur la base des Objectifs du Millénaire du Développement et la vision « Madagascar naturellement », devrait permettre au pays de réaliser « un saut qualitatif » pour vaincre la pauvreté. Les défis pour le secteur de la santé, du planning familial et de la lutte contre le VIH/SIDA se focalisent sur:

1. Assurer la fourniture de services de santé de qualité à tous, c'est-à-dire d'ici 2012, le taux d'utilisation des consultations externes au niveau des CSB va augmenter de 49% (2005) à 70%, le taux des accouchements qui se font dans les services de santé va être à 50% et l'espérance de vie augmente à 65 ans.
2. Elimination des principales maladies transmissibles : le nombre de cas de paludisme présumé va être réduit à 320,000 en 2012 s'il était de 1, 234,520 en 2005.
3. Gagner la lutte contre le VIH/SIDA : la prévalence du VIH chez les femmes enceintes va être maintenue inférieure à 1% avec une réduction du taux de prévalence allant de 0.95% à 0.8%
4. Mettre en œuvre une stratégie efficace de Planning Familial : d'ici 2012, 30% de la population vont utiliser les méthodes contraceptives et 100% des jeunes auront accès aux informations sur le planning familial.
5. Réduire la mortalité infanto juvénile : le taux de mortalité infanto juvénile diminuerait de 94 / 1000 NV à 47 / 1000 NV
6. Réduire la mortalité maternelle et néonatale : le taux de mortalité maternelle va être réduit de 469 pour 100,000 NV (2005) à 273 pour 100,000 NV.
7. Améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire : le taux de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans va être réduit de 42% à 28% et le taux d'insécurité alimentaire au sein des ménages va être à 48%
8. Approvisionner la population en eau potable et généraliser les pratiques hygiéniques et sanitaires : 65% de la population auront accès à l'eau potable et 70% en infrastructure d'assainissement.

A la suite de la réunion de Tunis en Juin 2006 (Post-High Level Forum on the Health Millennium Development Goals: Consensus to Action) et de celle des principaux partenaires techniques et financiers de Madagascar avec les responsables du MSPFPS (Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale) dirigée par le Ministre à Washington en Décembre 2006, le processus pour la finalisation du PDSSPS 2007-2011 a été engagé. La version finale de ce document a été reconnue comme étant le document sectoriel pouvant garantir la mise en œuvre d'une part des stratégies définies dans la politique nationale de santé conformes aux OMDs et rejoignant les engagements du MAP et d'autre part des engagements internationaux. Le PDSSPS devrait permettre d'optimiser les interventions/programmes en matière de développement sanitaire et en tant que document de planification unique pour le secteur, il va permettre de renforcer le partenariat entre le Ministère et les bailleurs de fonds.

En utilisant le PDSSPS comme le document de la base, pour une meilleure efficacité de l'aide internationale, le Gouvernement et ses partenaires ont lancé l'Approche Sectorielle comme étant une méthode de travail appropriée au développement du secteur de la santé. Le développement de l'approche sectorielle et la mobilisation des ressources financières pour la santé nécessitent la mise à jour du Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT). Le CDMT existant qui couvre la période 2006-2008 a été officiellement présenté en 2005. Pourtant, il ne prend pas en compte le financement du secteur privé et de plus, il n'est pas aligné au PDSSPS.

Madagascar donc doit encore réduire le taux de mortalité maternelle de $\frac{3}{4}$ et le taux de mortalité infanto juvénile de $\frac{1}{2}$ pour atteindre les OMDs d'ici 2015.



La prochaine Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) va se tenir en 2008/2009, et va donner le niveau de réalisation des résultats au niveau national.

4. Reformes et Plans d'Investissement Relatifs au Sector de la Sante avec les Moyens Financiers Requis pour la Mise en Œuvre du Plan National de Sante ainsi que la description des Fonds Disponibles et des Fonds Manquants Par Source

Le PDSSPS tient compte des objectifs à long terme définis sur le plan national et international. Un des objectifs concerne la redynamisation du système de santé basé sur les régions et les districts sanitaires par l'affectation de moyens humains et matériels nécessaires à la bonne marche des services et le renforcement de la décentralisation.

Le Gouvernement de Madagascar a pris l'engagement de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris pour une meilleure efficacité de l'aide.

Des approches novatrices pour stimuler la demande, seront développées pour une utilisation accrue des services de santé et pour garantir la satisfaction des usagers envers le système de santé et l'accroissement de l'accessibilité de la population vulnérable aux services de santé. Le Ministère de la Santé s'est également fixé comme priorité de mettre en place un système communautaire pérenne avec un paquet d'activités à base communautaire, en vue d'assurer la couverture sanitaire des populations, même des plus éloignées.

Le domaine de la protection sociale qui s'insère parmi les actions de lutte contre la pauvreté à Madagascar fait actuellement partie intégrante du secteur de la santé. Il vise particulièrement l'amélioration des conditions de vie de la population en particulier celle des couches les plus pauvres et vulnérables.

Concernant la budgétisation, le coût global estimatif du PDSSPS ventilé sur 5 ans et par objectifs/composantes est disponible. Il a été calculé en suivant plusieurs méthodes dont le MBB pour la survie de la mère et de l'enfant, le Millenium Project pour les autres programmes prévus pour l'atteinte des OMD, et la méthodologie classique de budgétisation pour d'autres interventions.

Les estimations disponibles peuvent être affinées en apportant certaines précisions liées aux interventions pour l'atteinte (mettre en œuvre) les objectifs (5 objectifs intermédiaires et les objectifs spécifiques) : (a) renforcer le système de santé (b) améliorer la survie de la mère et de l'enfant (c) renforcer la lutte contre les maladies liées à l'environnement (d) accroître la protection de la santé ainsi que la promotion des comportements sains (e) améliorer et sécuriser les conditions de vie de la famille, de la population vulnérable et assurer la promotion du genre.

Objectifs	2007 (USD)	2008 (USD)	2009 (USD)	2010 (USD)	2011 (USD)	Coût total (USD)
Renforcer le système de santé	63,829,344	149,715,661	124,429,770	109,869,849	84,766,300	532,610,923
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
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
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
Améliorer et sécuriser les conditions de vie de la famille, de la population vulnérable et assurer la promotion du genre	25,069,952	27,922,200	28,824,640	32,758,300	31,061,960	145,637,052
TOTAL						1,367,892,663

Le financement disponible pour les 5 ans (2007-2011) est de USD 658,996,000, montrant un gap de USD 708,898,663.

Pour permettre d'apporter des précisions sur la budgétisation, un Plan de Mise en Œuvre (PMO) chiffré/plan pluriannuel a été conçu sur la base d'un cadre définissant les priorités dans la mise en œuvre des actions. Ce cadre inclut les périodes d'exécution (immédiat, Court terme, Long terme), les niveaux d'interventions (central, régional, district, communauté) et les domaines d'interventions. Ces interventions sont complémentaires sur la période de mise en œuvre du PDSSPS. Ainsi, le PMO finalisé priorise les activités en présentant des scénarios suivant les ressources disponibles.

Le PDSSPS a estimé également les ressources disponibles auprès des partenaires au développement sanitaire ainsi que ceux de l'Etat. Mais une ventilation annuelle du gap de financement ne pourra être disponible qu'après la mise à jour du CDMT et la budgétisation du PMO/plan pluriannuel.

La révision du chapitre budgétisation gagnerait en précision en insérant les coûts estimatifs des dépenses des structures privées, des ménages et autres institutions étatiques. L'estimation de ces coûts pourra se faire dans le cadre de la mise à jour des CNS (Comptes Nationaux de Santé).

La mise en œuvre de 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 socio- sanitaire ainsi que l'utilisation des ressources, sont à leurs débuts.

La Banque Mondiale, l'AFD ainsi que le l'UNDP, l'UNFPA et l'UNICEF étudient la mise en œuvre de l'Approche Harmonisée pour le Transfert des Ressources (HACT). Par ailleurs, un appui budgétaire global est fourni par l'UE, la BAD, l'AFD et la BM. Ce système est lié en partie à la bonne performance des indicateurs de santé et devrait permettre à l'Etat de renflouer ses caisses et sécuriser la trésorerie.

5. Exposé Succinct des Stratégies et Structures Nationales de Financement du Secteur de la Santé

Madagascar a hérité de la gratuité des soins de santé lors de son accession à l'indépendance en 1960.

L'économie du pays a commencé à se détériorer progressivement à partir du milieu des années 70. La grave récession économique des années 80 a durement touché le pays ; les problèmes de l'insuffisance des finances publiques se sont amplifiés :

- l'Etat n'était plus en mesure de financer convenablement le système de santé ce qui a abouti à un affaiblissement des institutions ainsi qu'à une insuffisance des infrastructures, des équipements et des personnels.

- Les soins dispensés dans les formations sanitaires publiques étaient de qualité médiocre ; en particulier, les ruptures de stock y étaient chroniques car les dotations annuelles en médicaments ne couvraient que trois mois de consommation.
- A tout cela s'ajoutaient les problèmes d'accessibilité aux soins, d'équité et de qualité des soins.

Avec la faillite du système de santé publique, la participation directe de la population aux coûts des soins de santé s'imposait ainsi de façon informelle. Pour pallier à la défaillance de l'Etat, la population en milieu rural dans la région de Haute Matsiatra a créé une trentaine de mutuelles de santé dénommées « *Pharmacies communautaires* » (PHACOM) entre 1973 et 1989. Les pharmacies communautaires (PHACOM) constituent une association volontaire de familles, qui sur la base d'un système de prépaiement sous forme de cotisation annuelle lors de la période des récoltes, gèrent des dépôts de médicaments en collaboration avec les services de santé jouant alors un rôle de conseil technique. Les ressources générées par les pharmacies communautaires permettent le renouvellement des stocks de médicament et contribuent à l'amélioration de la qualité des prestations dans les services de santé. Les pharmacies communautaires sont gérées par un bureau élu par les membres; elles sont basées sur la solidarité locale.

- 1987** s'est tenu à Bamako, capitale du Mali, le trente-septième Comité régional de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les participants ont lancé l'Initiative de Bamako dont l'objectif est la « Santé pour tous en l'an 2000 ».
- 1989** le Ministère chargé de la santé donna officiellement aux pharmacies communautaires *un statut d'association à but non lucratif*. La pharmacie communautaire est basée sur le paiement anticipé par les familles intéressées d'un stock de médicaments essentiels, variables selon les possibilités financières de chaque communauté.
- 1993** en parallèle au système de cotisation annuelle, les responsables sanitaires ont institué le *Fahasalamana Iraisam-Bahoaka³/Initiative de Bamako (FIB/IB)* avec l'appui de l'UNICEF. Le traitement se paie par épisode de maladie. Un ordinogramme est mis à la disposition des agents de santé ; les patients paient tout le traitement avec ce système. En 1998, 181 centres de santé ont appliqué ce système.
- 1988** Dans le cadre du projet d'appui au district sanitaire qui a débuté en 1988, *le projet Santé KFW/GTZ* dans la région Nord-Ouest de Madagascar a mis en place *le système de cofinancement et cogestion dans la province de Mahajanga en 1993*. Dans les centres de santé, les patients procèdent à un paiement des soins à l'acte. Ces fonds sont gérés par l'équipe de santé et l'Association des « Amis de la Santé » qui est un regroupement volontaire de familles désireuses de participer à l'amélioration des prestations des services de santé. Par ailleurs, l'Association des « Amis de la Santé » met en place et gère de façon autonome une "Pharmacie Communautaire Villageoise" (PCV) qui assure la disponibilité de médicaments essentiels.
- 1995** *le système de recouvrement des coûts* a été mis en place à l'Hôpital Principal de Toamasina sous l'égide de la Coopération Française. En suite, en 1996, l'Hôpital Principal de Toliara a commencé à appliquer la participation financière des usagers aux coûts de santé.
- 1996-1999** le gouvernement a mis en place un *Document Cadre de Politique Economique (DCPE)* dont une des orientations de la politique de développement social est de développer *la participation financière des populations aux coûts des médicaments* mais dans la mesure de leur capacité pour le secteur de la santé. *La Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels SALAMA* a été mise en place en 1996.
- 1998** le gouvernement a décidé d'opter pour une politique de recouvrement des coûts des soins médicaux ; la mise à contribution des usagers des formations sanitaires publiques par le biais des *Pharmacies à Gestion Communautaire (PHAGECOM)* a été généralisée dans toutes les formations sanitaires publiques à Madagascar. La politique de recouvrement des coûts ne s'est pas limitée au financement de la santé mais a conduit également à une démarche participative de la communauté dans la gestion des centres de santé et des centres hospitaliers par le biais des comités de gestion (COGE) et des comités de pilotage.

³ Fahasalamana Iraisam-Bahoaka signifie Santé avec la participation communautaire.

Après les évènements politiques de 2002, la participation financière des usagers aux coûts des médicaments a été suspendue dans les formations sanitaires publiques ; cette mesure a entraîné une insuffisance de fonds de revolving pour le réapprovisionnement en médicaments des pharmacies de gros de district (PHAGDIS) et des pharmacies à gestion communautaire (PHAGECOM) causant ainsi une pénurie chronique de médicaments au niveau des dites formations sanitaires.

La participation financière des usagers aux coûts dans les formations sanitaires publiques a été rétablie par le décret N° 2003-1040 du 14 octobre 2003 et son arrêté d'application N° 5228/2004. La PHAGECOM a changé de nom pour devenir FANOME (Financement pour l'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels).

Le « FANOME » est un mécanisme d'entraide pour la santé qui prévoit la prise en charge des démunis. A cet effet, un fonds spécial dénommé « fonds d'équité » est créé pour assurer cette prise en charge.

Depuis 2005, grâce à l'aide de l'USAID, des régimes d'assurance santé communautaires appelés « Mutuelles Santé » ont été institués dans 62 communes sur 1600. Les membres paient une cotisation annuelle en espèces ou en nature. En contrepartie, ils ont droit à des soins de santé pendant toute l'année.

Le « Madagascar Action Plan » (2007-2011) préconise la création et l'extension des mutuelles de santé :

- pour réduire la barrière financière de l'accessibilité aux soins
- et augmenter l'utilisation des services de santé, en particulier par les pauvres.

Situation 2006:

Variables macroéconomiques (en millions d'Ariary)

Produit intérieur brut : 11 780 800

Dépenses des administrations publiques (DAP) : 2 565 500

Taux de change (Ariary par USD) : 2142.30

Dépenses nationales en santé (en millions d'Ariary)

Dépenses totales en santé (DTS) : 379 347.

Dépenses totales en santé (DTS) en % du PIB : 3.2

Dépenses des administrations publiques en santé (DAPS) : 239 089.

Dont – Ministère de la Santé: 175 025.

Dépenses privées en santé (DPvS): 140 258.

Dont :

- Régimes de prépaiement et de répartition des risques: 16 147.
- Firmes et sociétés privées, sauf assurances privées: 19 011.
- Institutions sans but lucratif au service des ménages (ONG) : 32 298.
- Versements directs des ménages: 72 802.

Dépenses des administrations publiques en santé (DAPS) en % des DTS: 63.0

Dépenses du secteur privé en santé (DPvS) en % des DTS: 37.0.

Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses en administrations publiques (DAP): 9.3.

Plans de prépaiement et de répartition des risques en % des DPvS: 11.5

Versements directs des ménages en % des DPvS: 51.9

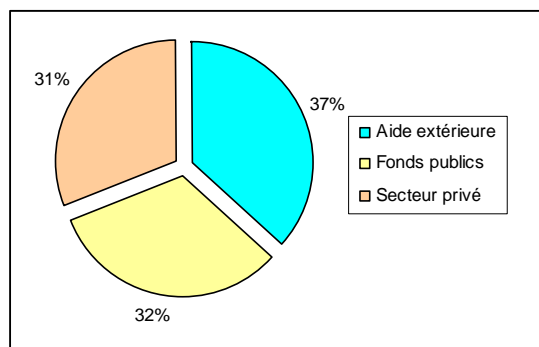
Dépenses en santé des institutions sans but lucratif en % des DPvS: 23.0

Dépenses totales en santé par habitant au taux de change: US\$9

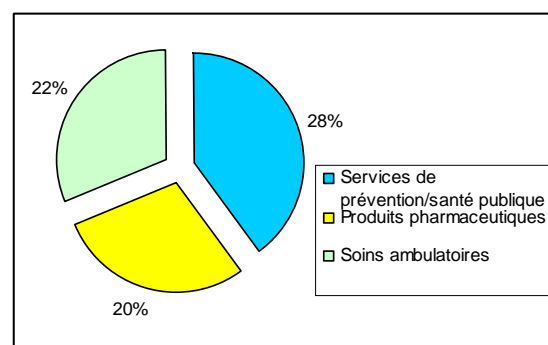
Dépenses des administrations publiques en santé par habitant au taux de change: US\$6

Les dépenses totales en santé par habitant au taux de change, US\$ 9, sont très en deçà des US\$34 par habitant recommandée par la Commission Macro Economie et Santé de l'OMS pour financer les soins essentiels de santé y compris le VIH/SIDA.

Sources de financement public et privé en: secteur santé :



Part des produits et services fournis dans le santé en % des dépenses totales en santé :



*19.1% de 31% représentent les versements directs par les ménages.

Ceci 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

Evolution du Budget du Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale:

A partir de l'année 2007, au Ministère de la santé et du Planning Familial va s'ajouter le Ministère de la Population. Aussi, la nouvelle dénomination est Le Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale. Le Tableau ci-dessous montre l'évolution du Budget de 2005 à 2008.

Budget (en milliard d'ariary)	2005	2006	2007	2008
Budget Ministère de la Santé et du Planning Familial	145,2	164,6		
Budget du Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale			207,3	256
Part du Ministère par rapport au budget de l'Etat (%)	6,0	7,5	7,4	8,1

Problèmes

Le problème financier du système de santé actuel n'offre pas de protection financière adaptée à la majorité de la population dont 68,7% vivent en dessous du seuil de pauvreté. En effet, 23% de la population en recherche de soins sont confrontés à un problème d'accessibilité financière aux soins. 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 atteindre les familles très pauvres ou très malades sans ressources incapables de cotiser

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 de la population (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 montrent encore la faiblesse du dispositif.

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

Les mutuelles spécialisées de santé dans les secteurs structurés, financées par les cotisations des employeurs et des employés contribuent seulement pour 1% des dépenses nationales de santé.

En somme, l'allocation et la gestion du financement du secteur présentent un certain nombre de problèmes entre autres, la faible proportion du budget de l'Etat allouée au secteur, le déséquilibre entre

investissement et fonctionnement, la difficulté d'obtenir un mécanisme permettant de déterminer la répartition des investissements par niveau, l'imprévisibilité des fonds alloués par les partenaires et la capacité d'absorption du secteur.

Les ressources financières prévues pour les actions sociales auprès de la population vulnérable s'avèrent également insuffisantes par rapport au besoin.

Stratégies

En 2005, amélioration de la gestion financière par le passage du concept de « budget de moyens » à celui de « budget de programmes » en application de la loi organique sur les lois de finances (LOLF) N° 2004-007 du 26 juillet 2004.

Elargissement du financement du secteur de la santé par le développement des mécanismes de partage du risque maladie et de financement collectif et solidaire des soins de santé par exemple développement des mutuelles, de l'assurance sociale en santé, d'un système de tiers payant pour supporter les dépenses catastrophiques de santé en cherchant à intégrer progressivement le secteur informel et le monde rural.

Développement des partenariats bilatéraux et multilatéraux pour la mobilisation des ressources additionnelles et instauration du processus SWAP.

Afin d'assurer une plus grande transparence de l'utilisation des appuis financiers tout en sollicitant une plus grande redevabilité du pays bénéficiaire, la communauté des bailleurs s'achemine de plus en plus vers un mécanisme de gestion basé sur les résultats qui consiste à accorder les fonds uniquement sur la base des résultats fournis.

6. Obstacles et Contraintes identifiés et en Cours de Résolution au Niveau du Systems de Sante a Madagascar

Malgré des efforts importants fournis par le Gouvernement et les bailleurs internationaux, l'information reste incomplète sur l'efficacité des dépenses du secteur public de santé. Le renforcement des systèmes internes et processus de gestion financière, de passation de marchés et d'exécution budgétaire, ainsi que du suivi et de l'évaluation des activités sont des éléments clés dans le processus de développement de l'approche programmatique sectorielle.

1. Financement du secteur

La santé est financée pour 32% par l'Etat, 36% par les bailleurs et 32% par des fonds privés. Par rapport aux services fournis dans le secteur, la part des services de prévention et de santé publique représente 28% des dépenses totales de santé. Les dépenses totales de santé sont de l'ordre 3.5% du PIB, et US\$11.90 par habitant. Les dépenses de santé par tête d'habitant à Madagascar sont inférieures à la moyenne Africaine de US\$12.90 et sont très en déca des US\$34 par habitant recommandées par la Commission macro Economique de Santé de l'OMS (Organisation Mondiale de Santé) pour financer les soins essentiels de santé et VIH/SIDA.

Le développement du CDMT 2006-2008 a requiert l'utilisation de l'outil MBB pour la budgétisation des différents scénarios pour l'atteinte de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Durant cette période, la réduction de 41% la mortalité des moins de 5 ans, de 31% la mortalité néo-natale et de 46% la mortalité maternelle équivaut à un montant de US\$ 5.02 supplémentaire par capita. A cet effet, le Ministère de la Santé a effectué un plaidoyer d'allocation budgétaire de 30% pour le secteur santé et n'a obtenu que 17%.

Le PDSSPSPF qui est la déclinaison du MAP en stratégies et activités spécifiques a un gap de financement de l'ordre de US\$ 708,898,663

2. Capacité Institutionnelle du système

La législation sanitaire malgache comporte plusieurs textes législatifs et réglementaires, dont un certain nombre nécessite une mise à jour. A l'heure actuelle, le nouveau code de la santé n'a pas encore été voté au niveau du parlement et l'absence de textes réglementaires appropriés rend difficile un contrôle financier rigoureux des recettes du recouvrement de coûts.

En 2006/2007, le Gouvernement a décidé de mettre en oeuvre une politique de décentralisation et de déconcentration des fonctions de budgétisation, de la gestion financière et de la planification au niveau région et Service de Santé de District (SSD). Toutefois, la

performance insuffisante en matière de planification et programmation, de l'Equipe de Management de District (EMAD) est constatée pour différentes raisons : les données fiables ne sont pas toujours disponibles et les indicateurs de performance doivent être harmonisés ; en outre, l'application des principes de gestion et de management au cours de la préparation et de la mise en œuvre des activités ainsi que la gestion rationnelle des ressources montrent encore des insuffisances. Les capacités de gestion aux niveaux décentralisés sont encore faibles, particulièrement en matière de gestion financière: un nombre important de centres de santé ne reçoivent pas les fonds ou l'équipement qui leurs sont alloués

Par rapport aux régions, les textes clarifiant le transfert de pouvoir en matière de santé demandent à être améliorés bien que 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 leur mise en place n'a pas été pas suivie d'un transfert effectif de ressources et de compétences, qui pourtant conditionnent leur fonctionnalité.

En outre, une amélioration de la qualité des services offerte par les formations sanitaires et l'intégration du secteur privé dans la carte sanitaire sont nécessaires.

Quant au financement et au fonctionnement de la Pharmacie à Gestion Communautaire (PHAGECOM) mise en place en 2004, le partage de responsabilité entre le MINSANPF et les communes n'est pas conséquent, car les communes n'arrivent pas toujours à assumer correctement leur responsabilité, surtout concernant le paiement des indemnités des dispensateurs et des gardiens au niveau CSB. Une participation communautaire à travers le Comité de Gestion existe, mais ne parvient pas toujours à améliorer le fonctionnement et la qualité de service.

La base de la pyramide de santé et de la protection sociale est le niveau communautaire. A Madagascar il existe un réseau d'agents communautaires, avec de nombreuses initiatives et plusieurs intervenants. Malheureusement, les avancées réalisées en matière d'approche communautaire ne sont pas capitalisées et le statut de ces agents est mal défini. Des confusions et des abus d'appellation des agents communautaires sont observés sur le terrain; et il n'existe pas de mécanisme pérenne pour leur motivation.

3. Gestion et Développement des Ressources Humaines

Le problème fondamental sous-tendant la production et la livraison inégales des services de santé à Madagascar est lié à l'insuffisance et à la répartition inégale du personnel de santé qualifié. Avec 33 infirmières pour 100,000 habitants, le ratio à Madagascar est l'un des plus faibles en Afrique sub-saharienne. Également, le MINSANPF compte environ de 17,000 employés. Cependant, les chiffres sont différents selon les sources d'informations. En 2005, le MINSANPF a effectué un recensement de son personnel. Celui-ci a estimé qu'il y avait 12,797 salariés au ministère. Cependant, le Ministère des Finances et du Budget (MFB) enregistre environ 17,427 employés pour le MINSANPF. Dubois et al (2006) donnent trois explications possibles à cette différence de chiffres: (i) environ 10% du total des employés figurant au MEFB pourraient être des "employés fantômes"⁴; (ii) certaines personnes apparaissant comme salarié du MINSANPF peuvent être en réalité des employés d'un autre ministère; et (iii) depuis le dernier recensement, plus de 1000 postes supplémentaires ont été pourvus au MINSANF⁵.

Presque 50 % du personnel du Ministère sont concentrés dans la Région d'Analamanga (la région de la Capitale), et dans les quelques hôpitaux des grandes villes qui ont un nombre disproportionné de médecins et de spécialistes. De même, la répartition des médecins entre milieu rural et urbain montre un déséquilibre notoire, au détriment du rural. La province d'Antananarivo avec 28% de la population du pays, emploie 46% de tous les médecins travaillant dans le secteur public.

Bien qu'une décentralisation de la gestion des personnels de santé soit déjà en cours, des mesures urgentes adaptées aux réalités de terrain en matière de personnel doivent être prises, en mettant l'accent sur la motivation et le plan de carrière du personnel dans le cadre

⁴ Des employés qui sont décédés, qui n'existent pas, ou qui ne travaillent plus au ministère mais continuent de recevoir leurs salaires.

⁵ Madagascar, Revue de Dépenses Publiques, Réalisation du Madagascar Action Plan : Analyse pour des Résultats, May 2007, Banque Mondiale

de la déconcentration. Une meilleure adéquation entre la formation et les besoins, demande une bonne prévision, au niveau des centres de formation existants, et la mise en œuvre de la nouvelle politique de formation.

Une étude récente⁶ analyse un des indicateurs de la qualité du service, qui est l'absentéisme des prestataires des centres de santé de base. L'étude révèle que l'absentéisme est plutôt répandu parmi les prestataires de services publics, et concerne un tiers des personnels de santé.

En 2005, environ 45% des dépenses du Ministère de la Santé ont été allouées au paiement des salaires. 21% des agents de santé n'avaient pas d'autorisation d'absence lors de l'enquête et 28% étaient en mission officielle (formation, réunion) ; 54% des agents ne sont pas remplacés lorsqu'ils s'absentent. En moyenne, les agents de santé s'absentent 1 à 2 jours par mois pour aller chercher leur salaire au niveau district.

4. Accès aux Soins

La couverture sanitaire reste limitée, puisque moins de 65% de la population sont situées à moins de 5 kilomètres d'une formation sanitaire, avec un taux d'utilisation des services de santé de base publics est de 50%. Ce taux indique qu'une bonne partie de la population n'a pas encore accès aux soins de santé essentiels. Dans l'EPM 2005, 10% des personnes qui avaient besoin de soins et qui n'ont pas pu en recevoir, ont mentionné la distance comme étant la cause principale. La redéfinition du paquet d'activités au niveau CSB (centres de santé de base) et au niveau communautaire doit constituer une priorité pour améliorer la couverture sanitaire.

Les barrières financières à l'accès représentent la cause majeure de la faible utilisation des services de santé. Celles-ci sont liées non seulement aux coûts directs, mais également à d'autres coûts tels que le transport et au coût d'opportunité de chercher le soin.

Le système de santé actuel n'offre pas de protection financière adaptée à la majorité de la population qui ont le plus besoin de soins médicaux. 68.7% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté ; et 23% qui sont en quête de soins ont un problème financier. Les dépenses de santé trop élevées les empêchent d'utiliser convenablement les services hospitaliers. Les mutuelles de santé existent mais sont encore rares et n'arrivent pas à atteindre les familles très pauvres. Une redynamisation des mutuelles et crédits santé est nécessaire. Un mécanisme d'exemption, qui consiste à allouer un pourcentage de la vente des médicaments (2.2%) à la caisse « fonds d'équité » a été mis en place en 2004 pour assurer l'accès des plus pauvres aux soins de santé. Cependant, un nombre très restreint de pauvre (1% seulement) accepte de s'identifier publiquement comme indigent.

L'insuffisance en qualité des services au niveau des centres de santé et des hôpitaux découle de l'insuffisance en capacité technique du personnel de santé et en équipement. L'approvisionnement et la distribution continus des médicaments, et consommables médicaux ne sont pas convenablement assurés. En 2003, 59% de centres de santé de base ont eu accès à l'eau potable, 53 % à l'électricité, et seulement 16% à des moyens de transport. Une petite amélioration a été observée en 2005 ; 61% des centres de santé de base ayant accès à une source de l'eau potable et 54% pour l'électricité.

7. Définition des Changements à Apporter aux Processus / Relations avec les Partenaires du Développement et la Société Civile Conformément à la Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide

Comme expliqué antérieurement, pour le secteur santé, Madagascar est en train de mettre en œuvre l'Approche Sectorielle (SWAP) sur la base de PDSSPS. En ce qui concerne le VIH et SIDA, le Plan Stratégique National (PSN) 2007-2012 constitue un document opérationnel pour l'application du MAP dans ce domaine.

⁶ Madagascar. Service delivery in the education and Health sector: Results of the 2006/2007 Public Expenditure Tracking Survey, World Bank, UNICEF, Government of Japan, December 2007.

Les partenaires au développement dont le SNU ont accompagné les efforts de l'Etat dans ce processus de développement. Ainsi, le comité de pilotage de l'UNDAF (Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement) s'est mis à pied d'œuvre pour aligner l'UNDAF au MAP.

Concernant l'utilisation des systèmes nationaux, particulièrement pour les partenaires emprunteurs comme la Banque Mondiale il a été confié au MINSANPFPS à travers un compte commercial la somme de US\$ 10 000 000. Par contre les agences des NU utilisent leur système propre à eux: c'est à dire l'exécution nationale. Un plan de travail annuel (PTA) est développé conjointement avec la partie nationale, et le déblocage de fonds s'effectue trimestriellement tenant compte du plan de travail trimestriel découlant du PTA

L'aide pour le secteur santé est prévisible car le programme d'investissement publique (PIP) indique tous les financements du secteur mais constitue également le dispositif trimestriel de suivi aussi bien pour le Gouvernement que les partenaires en ce qui concerne le financement. Une harmonisation de la périodicité des divers documents est en cours.

Du côté des partenaires, un dispositif commun a été mis en place. Le SNU a effectué une analyse conjointe de la situation (Common Country Assessment), a développé le cadre commun pour l'appui au développement (UNDAF 2008-2011) et a appliqué la division des tâches pour les agences des NU tenant compte du mandat et mission respectif de chaque agence et va procéder à partir de 2008 à la remise d'espèces aux partenaires d'exécution gouvernementaux (HACT : Harmonized Approach for Cash Transfer). L'adoption de cette nouvelle approche harmonisée va permettre de renforcer davantage les capacités nationales en matière de gestion et d'obligation de rendre des comptes. Par ailleurs, la tenue de revues conjointes regroupant le Ministère et les partenaires techniques et financiers de façon régulière devrait être institutionnalisée.

Des programmes conjoints sont également développés et mis en œuvre actuellement et ce dans le domaine de la décentralisation, la prévention du VIH, et la santé maternelle et infantile juvénile. L'existence de ces programmes conjoints évite l'utilisation des structures parallèles.

Pour ce qui est du VIH/SIDA, la convention de partenariat entre CNLS et le MinSANPFPS concerne le transfert de fonds pour une maximisation des résultats soins et prise en charge des ISTs/SIDA. En dépit de l'augmentation rapide des projets de base mis en œuvre par les OCBs et Associations, force est de constater leurs limites en termes de couverture des communes et des populations vulnérables. Le nombre de sous projets par région est en moyenne de 104, avec des variations importantes au sein des régions, et les sous projets ont essentiellement ciblé des sous-groupes de la population générale : paysans, jeunes scolarisés et non scolarisés, femmes en âge de procréer, aux dépens des patients atteints d'IST (3% des sous projet), des travailleurs du sexe (5.25% des sous projets) de leurs clients, qui constituent des cibles prioritaires pour le contrôle de l'infection.

Des dispositifs communs de suivi sont mis en place et ayant vu la participation de tous les partenaires au développement ; en effet, un système national de suivi et d'évaluation (SNISE) est en cours de finalisation et une Direction de suivi et évaluation et d'audit est fonctionnelle au sein du MINSANPFPS. Par ailleurs, des réunions de suivi mensuelles techniques sont organisées, réunions qui permettent de voir ensemble l'état d'avancement des interventions planifiées et de partager toutes les informations au sein des partenaires de la santé.

8. Description de l'Assistance Technique Necessaire pour la Preparation du Pacte et d'Autres Instruments de Secteur Plans, Evaluation du Cout, CDMT et Strategies d'implementation

Les besoins en appui technique identifié concernent l'élaboration du CDMT, la mise à jour des comptes nationaux de santé, la définition et la mise en œuvre du processus SWAp y compris le «Memorandum Of Understanding».

9. Calendrier des Evenements Marquants en 2008-2009 (Revue de Secteur, Evaluations Principales, etc.)

Les principaux évènements pour 2008-2009:

- Mise à jour du Cadre de Dépenses à Moyen Terme du Secteur santé et protection sociale (2009-2012)
- La tenue des revues conjointes biannuelles.
- La table ronde des partenaires pour la mobilisation des ressources en 2008.

ANNEXE A: Plans et Strategies

GROUPES ET MECANISMES DE COORDINATION SANTE et VIH/SIDA

COMITE DE SURVIE : MERE/ENFANT CCIA SENIOR

MEMBRES

- Partenaires financiers
- Partenaires techniques
-

MISSION

- Coordination de la mobilisation des ressources
- Plaidoyer auprès des donateurs
- Supervision et prise de décision : coordination et intégration des activités PEV
- Participation dans les grandes interventions/SSME

OBJECTIFS

- Assurer la coordination des activités
- Partager les coûts des interventions aux différents partenaires
- Activités de la survie mère/enfant

DOMAINES D'INTERVENTION

- Activités de la survie mère/enfant

COMITE DE PARTENAIRES PF

MEMBRES

- Partenaires financiers
- Partenaires techniques
- (Multisectoriels:MEBP, ONM, Secteurs privés)

MISSION

- Suivi et approbation des interventions
- OBJECTIFS Assurer la coordination des activités
- Partager les coûts des interventions aux différents partenaires

DOMAINES D'INTERVENTION

- Activités de la survie mère/enfant

COMITE DE PILOTAGE DE LUTTE CONTRE LA GRIPPE AVIAIRE

MEMBRES

- Multisectoriels
- Santé humaine et animale, Environnement, Education, Défense, Recherche scientifique
Décentralisation, Conseil National de Secours, Ordres Nationaux des Médecins et vétérinaires,
OMS, FAO, IPM, USAID, UNICEF, CARE INTERNATIONAL, SANOFI PASTEUR

MISSION

- Administrer nationalement les stratégies de prévention et de lutte contre la pandémie aviaire
(Coordination et suivi)

OBJECTIFS

- Se préparer à la menace de la pandémie de grippe aviaire
- Zones humides et lacs: Mangoky, Ihotsy, Tsiribina, Mahavavy, Kinkony, Betsiboka,
Ambavanankaratra, Port-Bergé, Ambato Boeny, Marovoay
- Zones de concentration: Itasy, Tsarasaotra-Alarobia, Alaotra, Antogil, Sahaka (Vohémar)
- Grandes baies: Bali, Mahajamba, Loza, Sahamalaza, Ampasin-dava, Ambaro, Befotaka, Diégo
Suarez

**GROUPE NATIONAL SPECIAL
D'ELIMINATION DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE
GNSEFL**

MEMBRES

- Président: SEM Le Ministre
- Secrétaire : Coordonnateur National
- Membres: OMS, UNICEF, HANDICAP INTERNATIONAL, HAUTS RESPONSABLES
DU MINISTERE

MISSIONS

- Appuyer le Ministère chargé de la santé pour garantir l'efficacité de l'élimination de la filariose lymphatique

OBJECTIFS

- Contribuer à l'objectif d'élimination mondiale de la filariose lymphatique d'ici l'an 2020

DOMAINES D'INTERVENTION

- Formulation de la Politique Nationale de la filariose lymphatique
- Développement du partenariat
- Contrôle et évaluation

***COMITE DE COORDINATION ROLL BACK MALARIA
CCRBM***

MEMBRES

- Voir Décret N° 2002-1095

MISSIONS

- Définir la Politique RBM
- Proposer les grands axes stratégiques de la lutte contre le paludisme
- Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre
- Assurer un appui dans le plaidoyer politique et la mobilisation des ressources
- Coordonner les actions de différents partenaires

OBJECTIFS

- Réduire la mortalité et la morbidité du paludisme de 50% d'ici l'an 2010
- Réduire le fardeau économique du paludisme et permettre au pays de lutter contre la pauvreté

RESEAU TECHNIQUE ROLL BACK MALARIA (RTRBM)

MEMBRES

- SLP, CRESAN, USAID, OMS, UNICEF, BM, SANTENET, PSI, ONG/ASOS, RTM, SALFA..., Autres directions et Départements ministériels

MISSIONS

- Donner des conseils techniques en matière de lutte contre le paludisme
- Etudier les orientations techniques et opérationnelles
- Proposer les stratégies de lutte au CCRBM

OBJECTIFS

- Réduire la mortalité et la morbidité du paludisme de 50% d'ici l'an 2010
- Réduire le fardeau socio-économique du paludisme et permettre au pays de lutter contre la pauvreté

DOMAINES D'INTERVENTION

- 4 Groupes thématiques:
 - PEC
 - Epidémiologie
 - Etendue vectorielle
 - Ingénierie sociale

GESTION DES RISQUES ET DES CATASTROPHES GPGU

MEMBRES

- MINSANPFPS/DULMT/SUCA
- MININTER/BNGRC
- MAE, MAEP, MEFB, CRS, CRM, CRFASOS, MEDAIR, CARITAS

MISSIONS

- Appuyer les zones touchées par les catastrophes dans le secteur santé

OBJECTIFS

- Réduire les impacts de catastrophes sur la population et sur ses biens dans le secteur santé

ZONES D'INTERVENTION

- 22 régions

PLATE - FORME TUBERCULOSE/DULMT Plate-forme Tub/DULMT

MEMBRES

- SG, 1 Membre de Cabinet, le SE/ CNLS, le DULMT, le DAM, le DEP, le DPLMT, 3 représentants du PNT
- 1 représentant de: OMS, ONUSIDA, BAD, IPM, FRF, SCAC, AFD
- ONG membres du consortium: SALFA, SAF FJKM, VOAHARY SALAMA, EKAR/CES, ZETRA
- ONG nationales: Anyma, COSOLTU, RTM

MISSIONS

- Faciliter et orienter les interventions à développer
- Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre du PNT
- Appuyer le PNT sur le plan technique et gestionnaire

OBJECTIFS

- Coordonner les activités de tous les intervenants
- Prendre des décisions sur les orientations stratégiques du PNT

DOMAINE D'INTERVENTION

- Lutte contre la tuberculose

PROGRAMME VIH/SIDA

COMITE TECHNIQUE DE SUIVI/EVALUATION CTSE

MEMBRES

Multisectoriels :

- SECNLS
- Programme sida

MISSION

- Suivi des indicateurs

OBJECTIFS

- Assurer la disponibilité des données

DOMAINE D'INTERVENTION

- National

COMITE DE PILOTAGE DE LA PEC DES PVVIH

MEMBRES

- SE/CNLS, DULMT, DPLMT, DAM, DSF, DDDS, Pg IST/VIH SIDA, USAID, ONU SIDA, OMS, UNICEF, SISAL, BAD, ONN
- 1 Médecin référent
- 2 ONG et associations de PEC psycho- sociale

MISSIONS

- Assurer la PEC continue des PVVIH afin de réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH et au Sida à leur famille et à leur entourage

OBJECTIFS

- Renforcer, mettre à l'échelle et pérenniser la PEC

DOMAINE D'INTERVENTION

- Niveau central

COMITE DE PILOTAGE IST CP/IST

MEMBRES

- SE/CNLS, DPLMT, DSF, Pg IST/VIH. SIDA, USAID, SISAL, DIFP, INSPC, DPS/Pg Santé au travail, Faculté de Médecine, MENRS, MJS, Représentants de groupes vulnérables, Université North Carolina Mscar, ONUSIDA, OMS, IPM, LNR, ONM

•

MISSIONS

- Etablir la stratégie nationale de prévention et de contrôle des IST à Madagascar
- Etablir et suivre la mise en œuvre et l'évaluation du Plan opérationnel 2007-2012 de stratégie nationale de prévention et de contrôle des IST à Madagascar
- Donner des orientations techniques pour la mise en œuvre de la stratégie

OBJECTIFS

- Assurer le contrôle des IST notamment la réduction de la syphilis et de l'intensification de la lutte contre le VIH.SIDA

•

ZONES D'INTERVENTION

- Niveau central

PLATE-FORME DE COORDINATION DE LA COMMUNICATION VIH.SIDA

MEMBRES

- DRSPFPS Anosy, DREN, Jeunesse et sport, Justice, Média, CTR, CARE International
- 1 ONG confessionnelle

MISSIONS

- Concevoir et valider les messages relatifs au VIH.SIDA
- Appuyer la mise en œuvre du plan opérationnel de la région
- Participer à l'évaluation des activités de communication

ZONE D'INTERVENTION

- Région Anosy

**LABORATOIRE NATIONALE DE REFERENCE
COMMISSION BIOLOGIQUE**

MEMBRES

- LNR, DPLMT, Pg IST/ VIH. SIDA, USAID, Université North Carolina Mscar, ONUSIDA, OMS, IPM, UNICEF

MISSIONS

- Décider et valider les algorithmes de dépistage de VIH et IST
- Valider les réactifs introduits à Madagascar
- Valider l'algorithme à adopter à la séro-surveillance

OBJECTIFS

- Assurer la fiabilité des réactifs et des techniques de dépistage de VIH.SIDA à Madagascar.

DOMAINE D'INTERVENTION

- Central

CELLULE DE COORDINATION DE RECHERCHE

MEMBRES

- LNR, Pg, IST/ VIH. SIDA, USAID, SE/CNLS, ONUSIDA, OMS, IPM, UNICEF, SEP, INSPC, DDSS/INSTAT, HV/Alliance, BM, GTZ, BAD, PSI, AGF National, UNC MAD

OBJECTIFS

- Assurer la coordination des études et des recherches futures relatives au VIH et Sida menées à Madagascar.

Comité National Lutte contre le VIH/SIDA

Le SE/CNLS est l'organe d'exécution du CNLS. Il fournit un soutien politique et stratégique à la lutte contre le VIH/Sida, promeut les partenariats, mobilise des ressources au niveaux national et international et défend les droits des personnes. Le SE/CNLS a été désigné pour gérer le PMPS I (Projet Multisectoriel pour la Prévention du VIH/Sida – financé par la Banque Mondiale) en septembre 2003 et est devenu Bénéficiaire Principal (Agence d'Exécution) du financement que le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et la tuberculose a octroyé à Madagascar notamment en ce qui concerne le projet VIH/Sida (3ème round – 2004) et le projet Tuberculose (4ème round - 2005). Depuis 2004, il a également été chargé de l'exécution des projets financés par le PNUD, l'UNFPA et la GTZ. En 2005, il a été désigné pour gérer le PMPS II 2006-2009. Cette gestion nationale des projets représente un outil pour renforcer la coordination des interventions, dans un contexte de mise en œuvre dynamique mais encore marqué par une dispersion des activités et faiblesse des mécanismes de circulation de l'information entre partenaires. La société civile joue un rôle très important dans le CNLS par le renforcement de la collaboration avec les autres partenaires de la société civile.

Pour des renseignements complémentaires sur le IHP+, veuillez contacter:

Robert Fryatt

Senior Advisor
Health Systems and Services

Nicole Klingen

Senior Health Specialist
Human Development Network

Chris Mwikisa

Director
Harmonisation for Health in Africa

Rudolph Knippenberg

Senior Health Advisor

World Health Organization

Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel: +41 22 791 2743
Mobile: +41 79 202 1837
Fax: +41 22 791 4881

Email: fryattr@who.int
<http://www.who.int>

The World Bank

1818 H Street N.W.
Washington DC 20433
USA

Tel: +1 202 458 7413
Mobile: +1 202 460 0157
Fax: +1 202 614 0148

Email: nklingen@worldbank.org
<http://www.worldbank.org>

World Health Organization

Regional Office for Africa
PO Box 06 Brazzaville
Congo

Tel: +47 241 39100
Mobile: +41 79 516 3135
Fax: +47 241 395503

Email: mwikisac@who.int
<http://www.afro.who.int>

United Nations Children's Fund

UNICEF House
3 United Nations Plaza 10017
USA

Tel: +1 212 326 7000
Mobile: +1 917 605 1524
Fax: +1 212 887 7465

Email: rknippenberg@unicef.org
<http://www.unicef.org>

Mars 2008