



**REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA**  
Fitiafana - Tanindrazana - Fandrosoana

# POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

« Garantir la santé pour tous et par tous  
avec un soucis d'équité, de qualité, de  
globalité et d'universalité pour une vie  
meilleure et productive »



**EDITION AOUT 2016**

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>PRÉFACE</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>v</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1. CONTEXTE GÉNÉRAL DU PAYS</b> .....	<b>2</b>
1.1. Géographique et Démographique.....	2
1.2. Socio-économique .....	2
1.3. Politico-administratif .....	3
<b>2. SITUATION SANITAIRE</b> .....	<b>3</b>
2.1. Etat de santé de la population.....	3
2.1.1. Santé des groupes vulnérables. ....	3
2.1.2. Situation des maladies .....	6
2.1.2.1. Maladies transmissibles .....	6
2.1.2.2. Maladies non transmissibles .....	8
2.1.2.3. Santé des sinistrés au cours des catastrophes et/ou épidémies .....	8
2.2. Analyse du système de santé.....	8
2.2.1. Leadership et gouvernance .....	9
2.2.2. Financement de la santé.....	9
2.2.3. Système d'information sanitaire et surveillance épidémiologique .....	10
2.2.4. Développement des ressources humaines.....	10
2.2.5. Intrants de Santé, Infrastructures, Matériels et Equipements .....	11
2.2.6. Offres et utilisation des services.....	11
2.3. Principaux déterminants de la santé .....	12
2.3.1. Déterminants sociaux de la santé .....	12
2.3.2. Déterminants environnementaux de la santé .....	13
<b>3. FONDEMENTS, VISION, VALEURS, PRINCIPES ET RÉFORMES</b> .....	<b>13</b>
3.1. Fondements .....	13
3.2. Vision.....	15
3.3. Valeurs .....	15

3.4.	Principes directeurs .....	15
3.5.	Réformes .....	16
<b>4.</b>	<b>BUT, OBJECTIFS ET CIBLES .....</b>	<b>16</b>
4.1.	But .....	16
4.2.	Objectif général de la politique .....	16
4.3.	Objectifs spécifiques, indicateurs et cibles .....	16
<b>5.</b>	<b>ORIENTATIONS POLITIQUES ET DOMAINES PRIORITAIRES .....</b>	<b>17</b>
5.1.	Le renforcement du système de santé.....	18
5.2.	L'amélioration de l'offre et de la demande de services de santé à tous les niveaux.....	19
5.3.	L'amélioration de l'accessibilité géographique, financière de la population aux services de santé et de l'efficacité des formations sanitaires.....	20
5.4.	L'amélioration de la disponibilité et la gestion rationnelle des intrants de santé, équipements, infrastructures, médicaments et des produits médicaux .....	21
5.5.	Le développement de partenariat .....	21
<b>6.</b>	<b>CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....</b>	<b>21</b>
6.1.	Le Gouvernement .....	22
6.1.1.	Le Ministère de la Santé Publique.....	22
6.2.	Les Autres ministères .....	23
6.3.	Les Communautés .....	23
6.4.	Les Collectivités Territoriales Décentralisées.....	23
6.5.	Les Parlements .....	24
6.6.	Les Organisations des Sociétés Civiles .....	24
6.7.	Les Partenaires Techniques et Financiers .....	24
6.8.	Le secteur privé .....	25
6.9.	Les Instituts de formation et de recherche .....	25
<b>7.</b>	<b>MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION.....</b>	<b>25</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>26</b>
	RÉFÉRENCES .....	A

## PRÉFACE

L'Etat malagasy, conscient de l'importance de la santé dans le processus général de développement du pays, a reconnu le droit à la santé du citoyen malgache à travers sa Constitution<sup>1</sup>et considère l'amélioration continue du système de santé parmi les domaines prioritaires du programme du gouvernement. Depuis des décennies, les malgaches considèrent la santé comme un des piliers du développement. Si l'on se réfère à l'adage malgache "*ny fahasalamana no voalohan-karena*" (la santé est la première des richesses). Ceci signifie que la santé est à la fois une finalité et une condition nécessaire au développement.

Selon le dernier document de la Politique Nationale de la Santé (PNS) 2005-2007, le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2007-2011 a été développé avec comme domaines prioritaires : le renforcement du système de santé, la lutte contre les principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité infantile et maternelle. Mais, la mise en œuvre a été interrompue en raison de la crise post-électorale de 2009. En 2012, un Plan intérimaire du secteur santé 2012-2014 a été élaboré pour servir de cadre de référence du Ministère durant la transition.

Les réformes économiques et sociales requises après l'adoption des Documents internationaux et nationaux de ces dernières années, entre autres les Objectifs de Développement Durable (ODD), la Politique Générale de l'Etat (PGE), le Plan National de Développement (PND) d'une part, la Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SNCSU) et les documents stratégiques des principaux programmes prioritaires d'autre part exigent que soient élaborées et mises en œuvre, de nouvelles stratégies rigoureuses et adaptées pour la protection de la santé de la population notamment à celle des pauvres et des groupes vulnérables. Face à cette situation le Ministère en charge de la Santé procède à la réactualisation de la Politique Nationale de la Santé.

La Politique nationale de santé, telle qu'énoncée ci-après, est le fruit d'un processus participatif inclusif et itératif de toutes les parties prenantes à travers des consultations à tous les niveaux. Par ailleurs, des références constitutionnelles, législatives et réglementaires, ainsi que des déclarations, des accords et des traités internationaux sont pris en compte en l'occurrence la Constitution Malgache de 2010, et la déclaration de Paris,...

La Politique Nationale de Santé réactualisée se définit comme l'ensemble des options retenues par l'État Malgache pour améliorer la situation sanitaire de la population et l'adapter aux exigences de développement du Pays.

Les dispositions qu'elle véhicule sont prises en fonction du niveau actuel de santé de la population de

---

<sup>1</sup>L'article 19, de la Constitution de Madagascar stipule « L'Etat reconnaît et organise pour tout individu le droit à la protection de la santé dès sa conception par l'organisation des soins publics gratuits, dont la gratuité résulte de la capacité de la solidarité nationale ».

Madagascar, de ses déterminants et du niveau de développement du système national de santé.

Dans ce contexte, le gouvernement a opté de mener une action cohérente dans les secteurs sociaux, par rapport à l'ensemble des déterminants afin d'avoir un impact positif sur la santé de la population.

Toutes les solutions retenues dans la présente politique de santé publique convergent vers les nouvelles réorientations du secteur et placent la santé au cœur du développement national en tant que réponse sociale et à l'investissement au Pays. Les actions à entreprendre prévoient, non à pénaliser des acteurs ou des sous-secteurs mais à offrir à tous un cadre qui garantit la sécurité des prestataires et des bénéficiaires.

La présente Politique Nationale de Santé réactualisée constitue un cadre stratégique général conçu pour orienter la réponse du Pays à la problématique sanitaire à travers les composantes de l'État, de la société civile, de la coopération internationale. Elle représente une référence à laquelle tous les acteurs sont astreints de se conformer pour toute initiative en matière de santé ou liée à la santé. Sous le leadership du Ministère de la santé publique, et en tant qu'ordonnateur principal du secteur, la présente politique, sera complétée par des textes législatifs et réglementaires facilitant les mécanismes de coordination et d'appropriation intra et inter sectoriels. Elle priorise l'exécution d'un plan directeur et de plans spécifiques par domaine d'interventions.

J'adresse mes vifs remerciements à tous ceux qui ont participé et déployé leurs efforts dans l'élaboration de ce document. J'exhorte toutes les parties prenantes à s'adhérer à la mise en œuvre de cette politique.

LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

## LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AC	: Agents Communautaires
ACT	: Artesunate Combined Treatment (Traitement Combiné à l'Artémisinine)
ARV	: Anti Retro Viral
BM	: Banque Mondiale
CCDS	: Commission Communale de Développement de la Santé
CDMT	: Cadre de Dépenses en Santé à Moyen Terme
CDT	: Centre de Diagnostic et de Traitement
CNS	: Comptes Nationaux de Santé
CoGe	: Comité de Gestion
COI	: Commission de l'Océan Indien
CoSan	: Comité de Santé
COMESA	: Common Market for Eastern and Southern Africa
CSB	: Centre de Santé de Base
CSU	: Couverture Santé Universelle
CHRD	: Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR	: Centre Hospitalier des Références Régionale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CTD	: Collectivités Territoriales Décentralisées
DAL	: Défécation à l' Air Libre
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DRSP	: Direction Régionale de la Santé Publique
DUDH	: Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
EDS	: Enquête Démographique et Sanitaire
EPM	: Enquête Périodique auprès des Ménages
FANOME	: Fonds d'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels
GRC	: Gestion de Risques de Catastrophe
GYTS	: Global Youth Tobacco Survey
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
HTA	: HyperTension Artérielle
HPV	: Human Papilloma Virus
IEC/CCC	: Information Education Communication/Communication pour le Changement de Comportement
INSPC	: Institut National de Santé Publique et Communautaire
IRA	: Infections Respiratoires Aigues
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LNMEIS	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Santé
MFB	: Ministère des Finances et du Budget
MICS	: Enquête à indicateurs multiples
MID	: Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MMR	: Maternité à Moindre Risque
MNT	: Maladies Non Transmissibles

MSANP	: Ministère de la Santé Publique
MT	: Médecine Traditionnelle
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
NTIC	: Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONN	: Office Nationale de Nutrition
OSC	: Organisation de la Société Civile
PAIS	: Programme d'Approvisionnement Intégré des Intrants de Santé
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIMEc	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire
PCV	: Pharmacie Communautaire Villageoise
PDSS	: Plan de Développement du Secteur Santé
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PFU	: Participation Financière des Usagers
PGE	: Politique Générale de l'Etat
Pha-G-Dis	: Pharmacie de Gros du District
Pha-Ge-Com	: Pharmacie à Gestion Communautaire
PMO	: Plan de Mise en Œuvre
PND	: Plan National de Développement
PNDRHS	: Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNP	: Politique Nationale Pharmaceutique
PNSC	: Politique Nationale de Santé Communautaire
PS	: Professionnel du Sexe
PSRSIS	: Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RH	: Ressources Humaines
SADC	: Southern Africa Development Community
SALAMA	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et de Matériels Médicaux de Madagascar
SDSP	: Service de District de la Santé Publique
SIS	: Système d'Information Sanitaire
STEPS	: Approche STEP WISE pour la surveillance des facteurs de risques des maladies non transmissibles
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SN-CSU	: Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SNU	: Système des Nations Unies
TB/VIH	: Tuberculose/Virus de l'Immunodéficience Humaine

TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TIC	: Technologies de l'Information et de la Communication
UNDAF	: United Nations Development Assistance Framework
USD	: Unité monétaire Dollar Américain
VDPV	: Virus Dérivé du Polio Vaccinal
VIH/SIDA	: Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrôme d'Immuno Déficience Acquise

## INTRODUCTION

Pour le bien-être de la population malagasy et l'engagement du pays pour son développement, la santé tient une place prépondérante. La santé constitue le moteur, la mesure et les résultats d'un développement durable, selon les Objectifs de Développement Durable. En outre, selon l'OMS, le Droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable.

La Politique Générale de l'Etat (PGE : Défi 21) : Santé pour tous et le Plan National de Développement (PND, Axe 4 : Capital humain adéquat au processus de développement), constituent essentiellement des cadres de base pour la mise à jour du présent document de Politique Nationale de Santé. La relance du développement du pays requiert le dynamisme et la mobilisation de tous les acteurs ainsi que des partenaires. Dans cette optique, l'Etat Malagasy n'a pas ménagé ses efforts pour améliorer l'état de santé de sa population, et a ratifié plusieurs déclarations et conventions internationales touchant le domaine de la santé, notamment la résolution de l'Organisation des Nations Unies sur la Couverture Santé Universelle (12 décembre 2012), la déclaration de Kampala sur les ressources humaines et bien d'autres conventions relatives à la santé publique. Dans son rôle de leader en matière de santé, le Ministère en charge de la santé publique doit disposer d'une politique nationale de santé qui servira de référence et d'orientation pour toutes les interventions ou les actions en relation avec le développement sanitaire.

A l'échelle mondiale, les Objectifs de Développement Durable (ODD) liés à la santé servent de guide pour la réactualisation de la politique nationale de santé du pays. Les dix-sept (17) ODD possèdent tous des impacts sur la santé de la population notamment «l'ODD 3». Par ailleurs, Madagascar s'aligne aux documents de référence tels la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH, Article 25), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant. A l'échelle continentale, l'Union Africaine a développé un document politique et stratégique : l'Agenda 2063, qui contient des instruments de politique de santé visant la réalisation de la vision « *Afrique que nous voudrions* ».

Ce document de Politique Nationale décrit successivement la situation du secteur santé du pays, les fondements de cette politique, la vision et les valeurs du Ministère chargé de la santé publique, les principes directeurs ainsi que les réformes envisagés. Plus spécifiquement, il expose les objectifs, les orientations politiques avec les domaines prioritaires, et les cadres de mise en œuvre et de suivi.

## **1. CONTEXTE GÉNÉRAL DU PAYS**

### **1.1. Géographique et Démographique**

Madagascar est situé au Sud-ouest de l'Océan Indien et se trouve à 400 km de la côte Sud-est du continent africain dont il est séparé par le Canal de Mozambique. Parmi les îles du monde, il figure à la quatrième place avec une superficie de 587.047 km<sup>2</sup> et représente la plus grande île dans l'Océan Indien. De part sa situation géographique, Madagascar subit de fréquents passages de cyclones tropicaux qui engendrent des impacts négatifs sur les infrastructures sanitaires et la santé de la population. La grande île dispose d'une grande diversité de faunes et de flores dont la majorité n'existe qu'à Madagascar. De point de vue politique, économique et culturel, Madagascar fait partie de la Commission de l'Océan Indien (COI), du Southern Africa Development Community (SADC) et du Common Market for Eastern and Southern Africa (COMESA).

Madagascar a été peuplé par les migrations successives provenant d'Indonésie, du Golfe Arabique et d'Afrique. Sa population est constituée de dix-huit ethnies parlant le malagasy, ce qui constitue un atout majeur pour le Pays. En 2015, La population malgache est estimée à environ 24 576592 millions d'habitants, avec un taux d'accroissement annuel de 2,8% dont 83% vivent en milieu rural. La population est extrêmement jeune, environ deux tiers de la population a moins de 25 ans (64%) et près de la moitié a moins de 15 ans (47%). L'extrême jeunesse de la population malgache entraîne une demande sociale croissante en éducation, santé, emplois, logements et infrastructures, ce qui représente également un défi pour l'environnement. Des efforts considérables en investissements dans les secteurs identifiés ci-dessus, sont nécessaires pour que le pays puisse tirer plus tard, les bénéfices de ce dividende démographique. En fait, l'espérance de vie à la naissance des malagasy est estimée à 65,52 ans (63,77 ans pour les hommes et 66,67 ans pour les femmes<sup>2</sup>). Le malagasy est la langue unique pratiquée dans toute l'île. Elle construit et forme un levier socioculturel favorable pour le développement global du pays. Diverses religions sont librement pratiquées à Madagascar telles que le Christianisme, les croyances traditionnelles et l'Islam.

### **1.2. Socio-économique**

Madagascar figure parmi les pays à faible revenu, avec un PIB de 392,5 USD en 2015. L'Indice de Développement Humain (IDH) a une valeur de 0,483 en 2012. Madagascar est classé au 151<sup>ème</sup> rang sur 187 pays.

---

<sup>2</sup>[www.statistiques-mondiales.com](http://www.statistiques-mondiales.com), (2014)  
*Politique Nationale de Santé, Août 2016*

La même année, 92% de la population malagasy vit avec moins de 2 USD par jour, tandis que 52% se trouve en situation d'extrême pauvreté, avec moins de 1 USD par jour<sup>3</sup>.

### **1.3. Politico-administratif**

L'administration territoriale, selon la dernière Constitution votée en 2010, subdivise Madagascar en 6 Provinces, 22 Régions, 119 Districts administratifs, 1.500 Communes et 17.500 Fokontany. Les régions et les communes représentent les collectivités territoriales décentralisées organisées au sein des provinces autonomes.

## **2. SITUATION SANITAIRE**

### **2.1. Etat de santé de la population**

Depuis deux dernières décennies et malgré les efforts déployés à travers des programmes stratégiquement structurés et financés, des problèmes sanitaires persistent encore à Madagascar. Il s'agit particulièrement de : (i) la recrudescence des maladies à potentiel épidémique telles que la peste et la poliomyélite, (ii) la forte mortalité maternelle, néonatale et infantile, (iii) la stagnation à un niveau élevé du taux de la malnutrition et (iv) l'accroissement des taux de maladies non transmissibles. Cette situation est potentialisée les urgences cycliques consécutives aux cataclysmes naturels (cyclones, les inondations et la sécheresse).

#### 2.1.1. Santé des groupes vulnérables.

- Santé maternelle et néonatale<sup>4</sup>

Malgré les efforts fournis dans ce domaine, le ratio de mortalité maternelle reste stationnaire à un niveau élevé depuis deux décennies. Ce ratio est passé de 596 pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 1992 à 478 en 2012. Selon l'enquête sur les décès maternels réalisée en 2012, les septicémies occupent la première place parmi les causes de décès maternels (23,6 %), suivies par les hémorragies du post partum (19,4 %), la rupture utérine (15,3 %), les complications des avortements (11,8 %) et l'éclampsie/pré éclampsie (8,3 %).

Le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer a connu une augmentation constante, mais les indicateurs en matière de planification familiale (PF) demeurent assez modestes, la prévalence contraceptive est chiffrée à 33% et les besoins non satisfaits en PF à 17,3%.

Selon le rapport de l'OMS en 2015, le nombre de nouveaux cas de cancer à Madagascar est estimé de 18 000 à 23 500 cas en 2015. Après le cancer du sein, le cancer du col utérin occupe le deuxième rang des cancers chez la femme.

---

<sup>3</sup>[www.statistiques-mondiales.com](http://www.statistiques-mondiales.com), (2014)

<sup>4</sup>l'ENSOMD, 2012

Il représente 25 à 29% des cas de cancer recensés chez les femmes âgées de 25 à 50 ans dans le pays. Environ, 60% des patientes observées à l'hôpital présentent un cancer à un stade avancé et, parmi elles, 50% appartiennent à la tranche d'âge des femmes de moins de 45 ans.

- Santé de l'enfant<sup>5</sup>

Beaucoup de progrès ont été accompli en matière de santé infantile et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a enregistré une régression notable : 96‰ en 1997 et 62‰ en 2012. Mais ce taux reste encore élevé du fait du volet mortalité néonatale, survenant dans les 28 jours après la naissance qui demeure préoccupante car : (i) sa part dans la mortalité infantile n'a cessé d'augmenter (42% en 1992 contre 62% en 2012), et (ii) d'autant plus que la sous déclaration des bébés décédés avant l'âge de un mois est constaté du fait de la culture/croyance malagasy.

Au cours des cinq dernières années, la prévalence des trois maladies les plus meurtrières chez les enfants a augmenté : en effet, la prévalence des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) est passée de 3 % en 2008 à 11 % en 2012, celle des diarrhées de 8 % à 11 % et celle de la fièvre de 9% à 14 %. En matière de vaccination, le ministère s'est fixé comme objectif de vacciner au moins 90 % des enfants de moins d'un an, pourtant, en 2015, selon les données du Programme Élargi de Vaccination (PEV), le taux de couverture vaccinale en DTCHepBHib3 est chiffré à 85%. Quant à la lutte contre la poliomyélite, Madagascar est en bonne voie vers l'atteinte de l'objectif d'éradication de ce fléau. Après la découverte de 11 cas de poliovirus dans le pays du mois octobre 2014 au mois août 2015, huit (8) campagnes de riposte ont été organisées couvrant 95% des cibles à chaque édition. Depuis cette année, le passage du remplacement du Vaccin Antipoliomyélitique Oral Trivalent (VPOt) par le Vaccin Antipoliomyélitique Oral Bivalent (VPOb) a été effectué.

L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans demeure un problème préoccupant car malgré diminution de la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale de 39 % en 1992 à 28 % en 2010, la proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition chronique avec retard de croissance stagne à un niveau élevé autour de 54 % en 1992, 47 % en 2004, 50 % en 2008 et 47 % en 2012<sup>6</sup>. La malnutrition aiguë touche 8,6 % d'enfants de cette tranche d'âge dont 1,4 % présentent une forme sévère en 2012 (taux variant de 10 % à 15 % dans les zones les plus vulnérables).

- Santé des adolescents et des jeunes<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup>EDS 1997 et ENSOMD, 2012

<sup>6</sup>EDS IV et ENSOMD 2012

<sup>7</sup>EDS IV et ENSOMD 2012

Du fait des pressions sociales et culturelles, les problématiques de santé des adolescents et des jeunes ont été occultées dans les stratégies et programmes de santé, or les indicateurs concernant les adolescents se trouvent au rouge : 28 % sont actuellement en union, 12 % entrent en première union avant l'âge de 15 ans et leur taux de fécondité avoisine les 37 %.

Les adolescentes de 15 à 19 ans sont exposées aux grossesses précoces avec 34% des cas de décès maternels enregistrés. En 2012, 26% des jeunes filles de moins de 18 ans ont un enfant ou sont enceintes. Cette situation augmente le nombre potentiel des nouveaux nés de faible poids à la naissance (cycle intergénérationnel de la malnutrition).

En matière de santé sexuelle, 20,4 % des filles, selon l'EDS en 2012 ont leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans contre 10,5 % chez les garçons. Les rapports sexuels précoces exposent les jeunes aux infections sexuellement transmissibles et au VIH, ainsi qu'à l'infection par l'*Human Papilloma Virus*. L'absence de dispositions légales autorisant la PF chez les adolescents fait que cette population ne possède qu'un accès limité aux méthodes modernes de contraception, situation entravant l'achèvement de la FP 2020. Par ailleurs, il est constaté que, selon les données de l'enquête Global Youth Tobacco Survey (GYTS) effectuée en 2008, un jeune de 13 à 15 ans sur cinq consomme du tabac, d'où le risque d'augmenter la prévalence des maladies non transmissibles dans les années à venir.

- Santé des personnes âgées et des personnes en situation d'handicap

A Madagascar, 5% de la population sont des personnes âgées de 60 ans et plus<sup>8</sup> dont 58% sont des femmes. Selon les données hospitalières recueillies, les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'hospitalisation des personnes âgées avec 38% des cas. Ensuite, 3,9% des malades hospitalisés sont affectés de diabète et 11,6% de celles-ci sont dues aux affections broncho-pulmonaires. Pour le cancer, 18% des patients pris en charge dans le service d'oncologie HJRA sont des personnes âgées. En outre, la prévalence des maladies bucco-dentaires des personnes 65 ans et plus est estimée à 99%. De même, la déficience auditive, la cataracte les affections ostéo-articulaires et les séquelles des AVC sont les incapacités et handicaps rencontrés chez les personnes âgées.

Quant aux personnes handicapées, elles représentent 7,5% de la population totale (Enquête 2003 MSANP/OMS). Ces personnes sont en général classées parmi les plus démunies. Sans leur réadaptation ou réparation physique et inclusion dans la société, elles ne peuvent pas contribuer au développement de la communauté et du pays en général.

---

<sup>8</sup> Enquête MSANP/ OMS en 2014  
*Politique Nationale de Santé, Août 2016*

Compte tenu de leur source de revenu, ces groupes de personnes sont classés vulnérables. Leur condition de vie nécessite une collaboration étroite entre le Ministère en charge de la Santé et celui en charge de la Population et de la Protection Sociale. Il est rappelé que Madagascar a déjà ratifié la convention internationale sur les droits des personnes handicapées.

- Santé des travailleurs

Le ministère en charge de la santé publique en collaboration avec les autres ministères impliqués dans la santé au travail élabore actuellement une réforme sur la santé des travailleurs en se référant au code de travail en vigueur.

### 2.1.2. Situation des maladies

#### 2.1.2.1. Maladies transmissibles

- Paludisme

Madagascar se trouve actuellement dans la phase de contrôle du paludisme. La diminution de la morbidité et de la mortalité palustre ces dernières années justifie l'importance des mesures à entreprendre. Le taux d'incidence du paludisme est passé de 6% à 12% de 2010 à 2015<sup>9</sup>, soit une augmentation de 6 points dû à la recrudescence du paludisme dans les régions Sud-est et Sud-ouest. En 2013, la prévalence du paludisme se chiffre à 9 %<sup>10</sup>. Les résultats de cet effort présage une étape vers la pré-élimination du paludisme.

- IST/VIH

L'épidémie du VIH est passée d'un stade d'épidémie naissante à une épidémie concentrée à Madagascar. La prévalence<sup>11</sup> du VIH reste apparemment faible dans la population adulte, mais elle augmente progressivement de 0,02 % en 1989, 0,13 % en 2007 et 0,4% en 2015, avec une prévalence de 14,7% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), 7,1% pour les consommateurs de drogue injectable (CDI)<sup>12</sup>. En 2015, les fortes proportions sont observées chez les adultes de 15-49 ans (0,4 %) et chez les jeunes de 15-24 ans (0,2%) (Spectrum 2016). En outre, la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) reste élevée : 3.41% (ESB 2010). Elle constitue la porte d'entrée à l'infection à VIH. En 2012, une femme enceinte sur vingt et une Professionnelle du Sexe (PS) sur six sont dépistées positives à la syphilis<sup>13</sup>.

---

<sup>9</sup> Statistiques DLP 2015

<sup>10</sup> Enquête sur les indicateurs du paludisme en 2013/DLP

<sup>11</sup> SPECTRUM 2015

<sup>12</sup> ESBC 2012 : Enquête de surveillance biologique et comportementale

<sup>13</sup> ESB 2010 : Enquête de surveillance biologique

*Politique Nationale de Santé, Août 2016*

- Tuberculose

La prise en charge des malades tuberculeux reste gratuite à Madagascar. Sur 100 000 habitants en 2015, 130 sont infectés par la maladie (incidence estimée par l'OMS : 251 cas sur 100 000 habitants). En 2015, le nombre de cas de tuberculose dépistés, pour toutes formes confondues, se chiffre à 29 939, contre 29.037 en 2014, soit un taux d'accroissement de 3,1%. Le taux de succès de traitement des cas notifiés en 2014 est 83,30%. Ce chiffre est nettement inférieur à l'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) chiffré à 85 %. Le taux de co-infection TB/VIH tourne ainsi autour de 1 %.

- Maladies tropicales négligées

Les maladies tropicales négligées restent encore un obstacle majeur de la santé de population à Madagascar. Le résultat de l'enquête de prévalence de la filariose lymphatique, réalisée en 2015, a montré l'endémicité de cette maladie (prévalence supérieur à 1 %) dans 99 districts sur 114 enquêtés. La prévalence de bilharziose (à *shistosoma Mansoni* et à *shistosoma Hematobium*) dans ces districts varie de 0 à 95 %.

D'après l'enquête de prévalence de 2015, les bilharzioses sont endémiques dans 107 districts sur 114. La cysticerose, en tant que principale cause d'épilepsie et de trouble neuropsychiques s'évit dans notre pays à cause des facteurs déterminants liés à la propagation de l'infection à *Taenia solium* persistant, tels que le péril fécale et l'élevage traditionnelle des porcs associé à la précarité des mesures sanitaires des viandes. Cette affection demeure un problème de santé publique à cause de l'inaccessibilité de la population au moyen diagnostique et thérapeutique.

De 2010 à 2015, 5 000 à 6 000 cas de neuro cysticerose sont enregistrés au niveau des formations sanitaires de base<sup>14</sup>. La prévalence globale de la cysticerose active à l'échelle du pays se situe autour de 16 %. Selon l'enquête de prévalence de bilharziose, 54 districts sur 114 sont infestés de *Ténia Solium* (2015), dont 17 co-endémiques avec la bilharziose. A noter que, le Téniasis (vers adulte chez l'Homme) est la source d'infestation de la cysticerose.

La Lèpre ne constitue plus un problème de santé publique au niveau national, car sa prévalence se situe à 0,86 pour 10 000 habitants en 2015. Toutefois, 43 districts dans 12 régions sanitaires ne sont pas encore atteint le niveau d'élimination en fin 2015<sup>15</sup>. À Madagascar, 1500 nouveaux cas de lèpre sont détectés chaque année en moyenne.

---

<sup>14</sup> RMA 2010 à 2015

<sup>15</sup> Statistiques programme lèpre  
*Politique Nationale de Santé, Août 2016*

Depuis plusieurs années, Madagascar notifie le plus de cas de peste au monde, avec 515 cas rapportés pour l'année 2015 provenant de 42 districts sanitaires.

Le taux de létalité de la peste a augmenté de plus de 20 points de 2010 à 2015 (9,01% et 29,03%)<sup>16</sup>. Désormais, les zones de prédilection pesteuse s'étendent hors des limites habituelles. Par rapport à la rage, plusieurs cas humains sont encore suspectés ou confirmés et causent 15 décès par an en moyenne à Madagascar.

#### 2.1.2.2. Maladies non transmissibles

Madagascar fait partie des pays dits en transition épidémiologique. Les maladies non transmissibles sont responsables de 49% des décès dans le pays. La prévalence du tabagisme est évaluée à 20 % et celle de la consommation d'alcool à 32 %. En outre, 36 % de la population présentent une hypertension artérielle (HTA)<sup>17</sup> et le nombre de diabétiques est estimé à 880 000 dont 3% seulement sont dépistés par les services existants en 2014. Par ailleurs, seulement 1.500 cas de cancer sont dépistés chaque année sur 20.000 cas estimés, dont 50 % sont des cancers gynécologiques. En outre, les accidents vasculaires cérébraux figurent parmi la première cause de mortalité hospitalière et d'handicap.

Selon l'enquête menée dans les centres hospitaliers sur les traumatismes et les violences<sup>18</sup> dans les principaux axes routiers du pays en 2009-2010, les accidents de la route constituent la première cause de traumatisme à Madagascar. Ils représentent 57,5 % des traumatismes enregistrés dans les services d'urgence.

#### 2.1.2.3. Santé des sinistrés au cours des catastrophes et/ou épidémies

De 2010 et 2014, cinq cyclones tropicaux ont successivement affecté le pays, ayant causé des inondations exceptionnelles dans plusieurs régions engendrant des milliers de sinistrés. En outre, la sécheresse prolongée qui a prévalu dans le Grand Sud depuis 2009 jusqu'en 2015 a entraîné une insuffisance alimentaire globale pour de plus de 1 000 000 de personnes<sup>19</sup>.

## 2.2. Analyse du système de santé

Le système de santé national est subdivisé en quatre niveaux : le niveau central (Directions et Services), le niveau intermédiaire (Directions Régionales), le niveau périphérique (district et le niveau communautaire). Les offres de soins sont organisées comme suit : le niveau communautaire avec des services à base communautaire pour les soins de première intention, les Centres de Santé de Base (CSB) pour les premiers contacts, les Centres Hospitaliers de Référence

---

<sup>16</sup>SLMN, 2015

<sup>17</sup>STEPS 2005.

<sup>18</sup>Statistiques DLMNT

<sup>19</sup>Statistiques SURECa

de District (CHRD), 1<sup>er</sup> niveau de référence, les Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR) 2<sup>ème</sup> niveau de référence et les Centres Hospitaliers Universitaire (CHU) comme de 3<sup>ème</sup> niveau de référence.

Les différentes évaluations du système de santé de Madagascar ont permis d'identifier plusieurs goulots d'étranglement :

#### 2.2.1. Leadership et gouvernance

Le Ministère de la Santé Publique dispose de cadres de référence législatifs, notamment le code de la santé réactualisé et la loi sur la réforme hospitalière. Une faible capacité de leadership intra et intersectoriel est toutefois constatée, accentuée par l'instabilité institutionnelle induite par les crises sociopolitiques répétitives. Par ailleurs, le faible alignement des parties prenantes, au développement sanitaire par rapport aux priorités du Gouvernement rend difficile à l'atteinte des résultats escomptés.

Malgré la redynamisation des mécanismes de coordination et de développement des partenariats, les efforts de mise en place des structures de suivi et d'évaluation de la performance, et l'institutionnalisation des audits à tous les niveaux dans le secteur santé, une faiblesse de gouvernance (équité, éthique, transparence et redevabilité sociale) reste constater et entraîne ainsi des dysfonctionnements et d'une insuffisance de confiance des bénéficiaires au système de santé.

#### 2.2.2. Financement de la santé

Le pays est fortement tributaire des aides extérieures et ne dispose pas de stratégie claire de financement de la santé. La part du budget alloué par l'Etat à la santé de la population avoisine et stagne autour de 8% depuis des années. La gestion du budget de l'Etat demeure encore fortement centralisée.

Les ménages supportent une grande partie des dépenses en santé, près de 40%, par paiements directs<sup>20</sup>. La stratégie de l'Initiative de Bamako mise en place dans les années 90, reste actuellement en vigueur à travers la participation aux coûts des soins par les malades dans le secteur public à tous les niveaux du système de santé. Les fonds provenant de ce mécanisme de paiement direct des soins de santé par les ménages appelé « Fonds d'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels (FANOME) » servent particulièrement à l'approvisionnement continu en médicaments essentiels des formations sanitaires et à financer en partie, le mécanisme du Fonds d'Equité destiné à la prise en charges des indigents. Bien que le système de prépaiement à travers les assurances maladies, les caisses de prévoyances sociales et les mutuelles de santé, organisées notamment en faveur des couches vulnérables existe, il reste notoirement insuffisant.

---

<sup>20</sup> CNS 2010  
*Politique Nationale de Santé, Août 2016*

Madagascar dispose actuellement d'un document de Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU) qui vise à avoir un impact direct sur l'offre de soin des santés de qualité dans tout le territoire.

L'implémentation du projet de Financement Basé sur la Performance (FBP) en cours contribue à l'amélioration du système de santé, en responsabilisant davantage les différents niveaux du secteur de la santé et en encourageant la culture des résultats et de l'efficacité.

### 2.2.3. Système d'information sanitaire et surveillance épidémiologique

Le système d'information sanitaire existe depuis des décennies. L'intégration du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) de routine avec le dispositif de Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR) a été mise en place depuis quelques années. Un Annuaire des statistiques sanitaires est en effet produit annuellement.

Cependant les rapports d'activités de routine obtenus n'arrive pas la complétude et la promptitude biaisant les prises de décisions à chaque niveau du système de santé. Outre la faible capacité d'utiliser la Technologie de l'Information et de la Communication (TIC), les supervisions formatives périodiques des centres de santé constituent un obstacle à l'évolution positive de coordination des activités.

En termes de surveillance épidémiologique et de veille sanitaire, le système d'alerte précoce est encore inefficace. En revanche, la surveillance électronique utilisant la TIC est mise en place progressivement au niveau national.

### 2.2.4. Développement des ressources humaines

En 2014, le Ministère en charge de la Santé dispose de 15 164 agents fonctionnaires. Cet effectif semble être insuffisant par rapport au nombre des formations sanitaires disponibles. Le secteur souffre ainsi de l'insuffisance en ressources humaines en quantité qu'en qualité. Cette situation est aggravée par une répartition inéquitable et un vieillissement du personnel de la santé. L'éloignement, l'enclavement, l'absence d'infrastructures, le manque de confort et les difficultés d'accès à la scolarisation convenable des enfants constituent des obstacles majeurs qui dissuadent les professionnels de santé à s'installer et à fidéliser dans les zones rurales et enclavées. L'insécurité grandissante de certaines zones aggrave aussi la situation et favorise la volatilité des Agents aux postes.

Ainsi, un fort taux absentéisme des agents de santé au poste est observé, pour des raisons organisationnelles, personnelles et systémiques au détriment des prestations de service.

L'inadéquation formation-emploi et la verticalisation de la gestion des programmes favorisent la mobilisation fréquente des agents de santé au poste en vue de renforcement de leur capacité. Par

ailleurs, les formations dispensées ne sont pas toujours capitalisées et partagées. Elles ne sont pas en général prises en compte dans la formulation des plans de carrière des agents.

#### 2.2.5. Intrants de Santé, Infrastructures, Matériels et Equipements

Le système national d’approvisionnement en médicaments et intrants essentiels de santé a été amélioré depuis une vingtaine d’années à travers le circuit de la Centrale d’Achat des Médicaments Essentiels et de Matériels Médicaux de Madagascar (SALAMA). Toutefois, la disponibilité des intrants de santé au niveau périphérique demeure non satisfaisante en raison de problèmes liés à l’approvisionnement des formations sanitaires et de décapitalisation des fonds des Pharmacies de Gros de Districts (Pha-G-Dis) et des Pharmacies à Gestion Communautaire (Pha-Ge-Com) des CSB affaiblissant le système de santé.

L’absence de politique d’entretien des bâtiments et de maintenance des matériels et équipements, ainsi que l’absence d’un plan d’investissement et de financement adéquat ne permettent pas de respecter les normes requises.

#### 2.2.6. Offres et utilisation des services

- Le secteur public de la santé

Par sa mission de garantir la santé pour tous et par tous, le secteur public de la santé doit prendre en charge une grande partie des activités de promotion, de prévention et de soins dans le pays jusqu’aux zones les plus reculées. Cependant la réalisation de toutes ces activités révèle à plusieurs problèmes :

➤ l’insuffisance d’appropriation et de mise en œuvre des documents stratégiques de la santé communautaire, la faiblesse de la coordination et d’harmonisation des interventions, la faiblesse de l’encadrement des Agents Communautaires par les Agents de Santé, la motivation insuffisante et la faible prestation de qualité des agents communautaires constituent un obstacle crucial au niveau communautaire ;

➤ la faible qualité de services, l’absentéisme du personnel et l’insuffisance de marketing social réduit l’utilisation des services de santé au niveau périphérique. Ceux-ci perturbent ainsi la confiance de la population. Aussi, le taux de consultation externe a-t-il régressé de 37,6 % en 2008 à 32,3 % en 2014 et le taux d’accouchement dans les CSB a-t-il stagné de 24,6 % en 2008 à 24,3 % en 2014<sup>21</sup> ;

➤ Au niveau des centres hospitaliers de référence (1ère, 2ème et 3ème référence), le système de référence et contre-référence est encore non maîtrisé.

---

<sup>21</sup> Annuaire statistique du secteur santé  
*Politique Nationale de Santé, Août 2016*

Les problèmes d'accessibilités géographique, financière et culturelle de la population aux services hospitaliers ainsi que la faiblesse de la gouvernance constituent des grands obstacles à l'utilisation des hôpitaux.

- Le Secteur privé de la santé (à but lucratif et non lucratif) :

Les offres de soins du secteur privé sont surtout focalisées dans les centres urbains et leur complémentarité avec le secteur public est limitée au niveau du système de santé.

- La Médecine de proximité et la médecine traditionnelle (MT)

La MT est très utilisée par la population pour se faire soigner, notamment en milieu rural où les tradipraticiens sont présents jusqu'aux zones inaccessibles et isolées. La MT fait partie intégrante de la culture malagasy et constitue d'une part un moyen principal de recours aux soins de santé, et d'autre part un complément des prestations au niveau des centres de santé. En 2007, l'État malagasy a reconnu l'exercice de la MT et a publié les textes y afférents. Le Service de la Pharmacopée et de la Médecine traditionnelle du Ministère en charge de la Santé a intégré les aspects positifs dans l'application de la médecine conventionnelle du système de santé Malagasy. L'Institut National de la Santé Publique et Communautaire (INSPC) qui est rattaché au Ministère en charge de la Santé dispense également des formations sur la Médecine Traditionnelle.

### **2.3. Principaux déterminants de la santé**

A Madagascar, les déterminants sont classés en deux catégories.

#### **2.3.1. Déterminants sociaux de la santé**

La pauvreté constitue un des grands déterminants de la santé à Madagascar. Le sous-emploi touche environ 70 %<sup>22</sup>, de la population avec comme corollaire l'insuffisance de revenu pour soutenir un bien-être général (éducation, alimentation, assainissement, eau et logement).

Le niveau d'instruction des mères présente un déterminant important pour la santé des enfants. La proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique varie avec le niveau d'instruction de la mère, et en fonction du niveau socio-économique du ménage. Madagascar présente un taux de scolarisation élevé au niveau de la base mais avec un fort taux de déperdition scolaire. Par rapport aux hommes, les proportions de femmes sans instruction et de niveau d'instruction primaire sont élevées avec respectivement une sex-ratio de 1,10 et 1,18<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> EPM 2010

<sup>23</sup> ENSOMD 2012

En outre, certains us, coutumes et pratiques traditionnelles (mariage précoce, genre des prestataires de services,...) représentent également autant de facteurs qui entravent l'efficacité des activités de promotion de la santé tant dans le domaine préventif qu'au niveau de la stimulation de la demande de soins.

### 2.3.2. Déterminants environnementaux de la santé

La pollution de l'air ambiant et celle de l'intérieur des habitations/lieu de travail, la contamination de l'eau liée à la mauvaise gestion des déchets et des excréta [la défécation à l'air libre (DAL)], l'impureté consécutive du milieu à l'absence de gestion efficace des produits chimiques et des pesticides constituent autant de facteurs influençant négativement la santé.

## 3. FONDEMENTS, VISION, VALEURS, PRINCIPES ET RÉFORMES

### 3.1. Fondements

#### ▪ **La disposition constitutionnelle de la République du Madagascar**

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de l'IV<sup>ème</sup> République Malagasy. Les dispositions de l'article 19 prévoient que: « *L'Etat reconnaît et organise pour tout individu le droit à la protection de la santé dès sa conception par l'organisation des soins publics gratuits, dont la gratuité résulte de la capacité de la solidarité nationale* ». Cet article constitue l'ancrage et la nécessité de la PNS.

#### ▪ **Les dispositions législatives et stratégies/orientations nationales relatives à la santé**

L'Etat malagasy dispose plusieurs textes importants en faveur de la santé des populations :

- Loi 97-044 sur les Personnes Handicapées ;
- Loi 2004-029 du 9 septembre 2004 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail ;
- Loi 2011-002 du 15 juillet 2011 portant code de Santé Publique ;
- Loi 2011-003 du 27 mai 2011 portant Réforme Hospitalière ;
- Loi 2003-044 du 10 juin 2004 portant Code du Travail ;
- Loi 98-029 du 20 janvier 1999 portant Code de l'Eau ;
- Politique Nationale de la Protection Sociale, du Septembre 2015, Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion Féminine ;
- Plans Stratégiques Nationaux de sous Secteurs : de lutte contre les principales maladies transmissibles (VIH/SIDA en 2013, Tuberculose en 2015, Paludisme en 2016) et du Plan National de Développement des Ressources Humaines en Janvier 2017.

### ▪ Les engagements régionaux et internationaux

- Les ODD du 25 septembre 2015, qui adoptent un nouveau programme de développement durable comprenant un ensemble de dix-sept objectifs mondiaux ;
- La Résolution de l'ONU sur la CSU dans le cadre de santé et politique étrangère, du 12 décembre 2012 ;
- Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac qui a été ouverte à la signature du 16 au 22 juin 2003 à Genève, puis du 30 juin 2003 au 29 juin 2004 à New York, au siège de l'ONU, dont le Secrétaire général est le dépositaire du traité ;
- La Convention relative aux droits des personnes handicapées qui a été adoptée le 13 décembre 2006 au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York et a été ouverte à la signature le 30 mars 2007. Elle a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

En outre, s'ajoutent à ces dispositifs, des textes internationaux suivants :

- La déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, septembre 1978 ;
- La Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, du 17 au 21 novembre 1986, qui contribue à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous ;
- La Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques 5 au 9 Avril 1988 ;
- la Déclaration du Millénaire relative à l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement par l'ONU pour 2015, New York, 2000 ;
- La Déclaration d'Abuja, du 24 au 27 avril 2001, sur le financement de la santé ;
- La déclaration de Paris du 02 Mars 2005, sur l'efficacité de l'aide au développement ;
- La résolution de l'ONU du 16 mai 2005, sur le nouveau Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005 ;
- Le Plan d'Action de MAPUTO sur la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de santé en matière de sexualité et de reproduction, septembre 2006 ;
- La déclaration d'Addis-Abeba sur la participation communautaire, du 20 au 22 Novembre 2006 à Addis-Abeba, Ethiopie ;
- La Déclaration du Kampala, 27 mars 2008, qui stipule le renforcement de l'éducation et de la formation des personnels de santé ;
- La Déclaration d'Alger, Algérie à l'occasion de la Conférence ministérielle sur la recherche en santé dans la Région africaine, juin 2008 ;

- La Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, Libreville, Gabon, août 2008 ;
- Le Programme d'action d'Accra sur l'efficacité de l'aide au développement, 2008 ;
- La Déclaration d'Ethekwini en matière d'hygiène et assainissement, Ethekwini, Afrique du Sud, février 2008 ;
- La déclaration d'Ouagadougou sur les soins de santé primaires, 28 au 30 Avril 2008 ;
- La Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, Brazzaville, Congo, avril 2011 ;
- La déclaration de Rio sur les déterminants de la santé, 21 octobre 2011 ;
- Le Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne du 18 décembre 2015 (OMS).

### **3.2. Vision**

Dans le cadre de la démarche pour le bien-être physique, mental et moral du peuple malagasy, la vision du Gouvernement de Madagascar prône : « *Une Population Malagasy en parfait état de santé contribuant à la construction d'une nation moderne et prospère* ».

### **3.3. Valeurs**

Les valeurs sur lesquelles se fonde la politique Nationale de Santé réactualisée évoquent les principes suivants :

- la solidarité et l'entraide nationales,
- l'équité et l'intégrité,
- la redevabilité mutuelle.

Par ailleurs, il est indispensable de mentionner l'importance de la solidarité et du « *fihavanana* » dans la culture malgache. Ce dernier occupe une place très importante à ne pas négliger dans la prestation des services de santé.

### **3.4. Principes directeurs**

Les principes directeurs suivants conduisent la mise en œuvre de la présente politique :

- La décentralisation : transfert de compétences, de pouvoir, et des ressources aux services techniques déconcentrés et aux collectivités territoriales décentralisées ;
- L'appropriation nationale : maîtrise du développement sanitaire et du système de santé nécessitant une expérience probante et un fort leadership ;
- L'équité : forme d'égalité ou d'impartialité des traitements en matière de santé ;
- La couverture santé universelle : accès à des services de santé de qualité sans avoir à souffrir de difficultés financières indues ;

- La bonne gouvernance, et l'implication de tous les secteurs : bonne gestion à tous les niveaux, coalitions, réglementations, incitations et redevabilité appropriées, coordination de la planification opérationnelle en impliquant tous les acteurs du développement sanitaire.

### **3.5. Réformes**

En tenant compte des enjeux actuels et futurs des objectifs de développement durable, le Ministère de la Santé est appelé à mettre en œuvre une série de réformes du secteur santé et prend en considération l'importance de l'intégration de la thématique santé dans tous les autres départements, tels que : Population et protection sociale, Eau et Assainissement, Justice, Education, Intérieur et Décentralisation, Communication, Commerce, Agriculture et Élevage, Environnement, défense nationale et de la sécurité publique, etc.

Sur la base de l'analyse situationnelle menée dans le cadre de l'élaboration de cette politique, les principales thématiques identifiées à prendre en compte lors de la réforme sont : les ressources humaines pour la santé, la couverture sanitaire universelle (CSU), le renforcement du système de santé, la santé de la mère et de l'enfant, les soins centrés sur la personne et les services intégrés, les urgences et la sécurité sanitaire, ...

## **4. BUT, OBJECTIFS ET CIBLES**

### **4.1. But**

La présente politique a pour but de garantir le bien-être de la population malagasy à travers l'offre de services de santé de qualité et accessibles pour tous et par tous, basé sur le principe d'équité, de qualité, de globalité et de l'universalité afin d'assurer une vie meilleure et productive.

### **4.2. Objectif général de la politique**

La PNS réactualisée se réfère à la stratégie des Soins de santé Primaires qui prônent la promotion des soins essentiels de qualité répondant aux besoins réels des communautés avec leur pleine participation comme acteurs à part entière.

Ainsi, l'objectif général de cette politique consiste à harmoniser et coordonner toutes les interventions nécessaires et adaptées permettant d'améliorer l'état de santé de la population à travers un système de santé cohérent, renforcé, équitable et capable de répondre aux demandes et aux besoins sanitaires de la communauté même dans le cadre de la gestion des urgences et des catastrophes.

### **4.3. Objectifs spécifiques, indicateurs et cibles**

Pour atteindre cet objectif général, les trois objectifs spécifiques prioritaires de la présente politique se focalisent sur:

- l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de santé par la population ;
- la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale ;
- la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Le tableau ci-après résume les indicateurs qui vont être mesurés au cours de l'évaluation de la PNS. Ces indicateurs intéressent l'offre et l'utilisation des services de santé et la santé de la mère et de l'enfant.

<b>Objectifs Spécifiques</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Base line 2013</b>	<b>Cibles 2019</b>	<b>Cibles 2030</b>	<b>Cibles 2050</b>
Améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé par la population	Taux d'utilisation des consultations externes au niveau des CSB (pour 100)	35,7	40	60	75
	Taux de disponibilité en médicaments traceurs au niveau des CSB (pour 100)	87	100	100	100
Réduire la mortalité maternelle et néo-natale	Taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes	478	300	150	70
	Taux de mortalité néonatale pour 1.000 naissances vivantes	26	17	10	5
	Taux d'accouchement dans les centres de santé (pour 100)	44,3	90	90	90
	Taux de couverture contraceptive (pour 100)	28	38	42	50
Réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité infantile (pour 1.000)	42	32	22	10
	Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1.000)	62	36	22	10
	Taux de couverture vaccinale en DTC3HépB3 (pour 100)	90	95	100	100
	Taux d'insuffisance pondérale des enfants moins de 5 ans fréquentant les sites de nutrition communautaires (pour 100)	38	28	18	8

## **5. ORIENTATIONS POLITIQUES ET DOMAINES PRIORITAIRES**

Le Ministère en charge de la santé priorise ses interventions dans le but d'une utilisation optimale des ressources disponibles et de la reconquête de la confiance de la population au système de soins et à celui de santé. Pour chacune des interventions, tous les déterminants de la santé devront être pris en compte afin d'atteindre les objectifs.

Les orientations politiques ainsi que les domaines prioritaires sont développés ci-après:

### **5.1. Le renforcement du système de santé**

Compte tenu de l'exigence de la pyramide sanitaire, le renforcement du système de santé est axé sur :

- La mise à jour des cadres juridiques en faveur de la santé de la population, en l'occurrence les lois sur la planification familiale ainsi que les textes réglementaires relatifs à la commercialisation de substituts des laits maternels ;
- Le renforcement du leadership et de la gouvernance ;
- L'organisation et la gestion du système de santé et des services de soins adaptés et plus intégrés, centrés sur les personnes, et répondant aux souhaits et aux besoins de la population ;
- Le développement rationnel des ressources humaines en santé garantissant (i) une couverture complète des besoins en personnels qualifiés conformément aux normes nationales à tous les niveaux et dans toutes les zones du pays, (ii) une meilleure motivation, implication et redevabilité du personnel de santé à travers un mécanisme de suivi et d'incitation basé sur la performance ;
- Le renforcement des capacités managériales des ressources humaines en santé, et le développement du mécanisme de supervision et d'encadrement des agents de santé et ceux communautaires ;
- Le développement d'une stratégie nationale de financement pérenne du secteur santé pour garantir la disponibilité des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre et au suivi/évaluation du PDSS à tous les niveaux du système de santé;
- La bonne gestion des ressources allouées au secteur santé tenant compte le développement et la promotion d'une culture de redevabilité ;
- La collaboration étroite entre l'Office National de la Nutrition (ONN) et le Ministère en charge de la santé en vue de renforcer l'intégration de la prise en charge de la malnutrition dans les structures de santé publiques et privées ;
- L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé et la promotion des réseaux de prestation de services au niveau opérationnel ;
- Le renforcement de l'effectivité de la décentralisation, sur la gestion du système de santé pour que les niveaux périphériques soient opérationnels dans leur juridiction respective ;
- La fonctionnalité du système d'informations sanitaires à tous les niveaux disposant des données de qualité nécessaires pour le processus décisionnel et la recherche.

## **5.2. L'amélioration de l'offre et de la demande de services de santé à tous les niveaux**

Conformément aux conditions dictées par la pyramide et les besoins sanitaires de la population, l'amélioration de l'offre et de la demande des services de santé relève aux différents niveaux du système de santé :

- Au niveau communautaire, assurer :
  - l'appropriation et l'harmonisation de l'approche communautaire par les collectivités décentralisées, en vue d'une meilleure collaboration et utilisation des services de santé ;
  - le transfert de certaines compétences ou délégation des tâches au niveau communautaire afin d'éviter les problèmes de discontinuité de l'offre de soins au niveau périphérique.
- Au niveau des soins de santé primaires ou de base :
  - développer l'offre de soins, basée sur l'équité et la prise en compte du respect des normes afin d'aboutir à un système d'accréditation des formations sanitaires ;
  - renforcer la capacité de collecte et la disponibilité des informations nécessaires pour tous les programmes prioritaires en santé.
- Au niveau des centres hospitaliers de référence (1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> référence) :
  - appliquer la réforme hospitalière et la mise aux normes des centres hospitaliers conformément à la réglementation en vigueur ;
  - développer le système de référence/contre référence et l'instauration d'un système d'orientation/réorientation pour améliorer la continuité des soins ;
  - mettre en place des mécanismes de régulation du secteur privé pour assurer une offre de soins de qualité et de complémentarité en vue de satisfaire les besoins sanitaires de la population.
- A chaque niveau du système de santé :
  - mener des communications ciblées, accompagnées et suivies dans le temps et dans l'espace auprès de la population en visant particulièrement les hommes, détenteurs traditionnels du pouvoir et des ressources au niveau des ménages ;

- des activités de plaidoyer auprès des autorités pour susciter leur engagement dans l'amélioration de la santé de la population, ainsi que les activités de mobilisation communautaire.

### **5.3. L'amélioration de l'accessibilité géographique, financière de la population aux services de santé et de l'efficacité des formations sanitaires**

Pour remédier aux problèmes d'accessibilité géographique et financière ainsi qu'à la faible utilisation des formations sanitaires, les interventions du Ministère se focalisent sur :

- l'augmentation de la part du budget national allouée à la santé et spécifiquement aux services de santé, conformément aux taux fixés par la déclaration d'Abudja (12 à 15%) ;
- la mobilisation des ressources financières en développant des mécanismes de financement additionnel du système de santé impliquant tous les partenaires au développement sanitaire ;
- l'amélioration des conditions de mise à disposition des fonds alloués par l'Etat et les partenaires au secteur santé pour une utilisation optimale répondant aux besoins de la population ;
- le renforcement du mécanisme de suivi, de contrôle et d'audit pour garantir l'utilisation rationnelle des fonds alloués par l'Etat et les PTF, à tous les niveaux du système de santé (central, intermédiaire, périphérique et communautaire) ;
- la réduction progressive du paiement direct par les patients des soins avec la mise en place progressive de la couverture santé universelle (assurances maladies, mutuelles, épargne/crédits communautaires, ...) ;
- le renforcement de la culture de participation des individus, des familles et des communautés à la gestion de leur santé et les déterminants en tant que bénéficiaires et acteurs au développement ;
- la priorisation des activités de santé focalisées sur les domaines à haut impact (santé maternelle, néo-natale et infantile, maladies à potentiel épidémique, maladies non transmissibles, maladies émergentes et ré-émergentes,...) ;
- la disponibilité des ressources humaines suffisantes et qualifiées selon les normes exigées par les plateaux techniques de chaque niveau ;
- le développement de la collaboration intersectorielle en vue de garantir l'accessibilité et la sécurité de la population.

#### **5.4. L'amélioration de la disponibilité et la gestion rationnelle des intrants de santé, équipements, infrastructures, médicaments et des produits médicaux**

Pour la bonne gestion des intrants, équipements, infrastructures, médicaments et des produits médicaux, le secteur santé priorise :

- l'application du marketing des produits et matériels/équipements médicaux ;
- le développement de la médecine traditionnelle avec la disponibilité des remèdes traditionnels améliorés, en complémentarité de la médecine conventionnelle ;
- la mise aux normes des infrastructures sanitaires et la mise à disposition des intrants de santé et équipements.

#### **5.5. Le développement de partenariat**

Pour garantir l'efficacité du secteur santé, la contribution de tous demeure primordiale dans tous les niveaux du système. La formalisation des relations du partenariat en santé exige :

- la collaboration et la coordination intra, intersectorielle et multisectorielle de toutes les interventions des parties prenantes œuvrant dans les domaines de la santé ;
- le développement de la relation de partenariat entre le Ministère en charge de la Santé et les organisations professionnelles, les autres départements ministériels, les entités ayants des personnalités morales et juridiques (Associations, ONG, ...) et les comités intervenant au niveau de la base.

### **6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE**

La Politique Nationale de Santé oriente le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) pour une période de 5 ans. Sur la base de ce dernier, les niveaux intermédiaires de la pyramide sanitaire (région et district) se développent leur plan de mise en œuvre biennal et leur plan de travail annuel. Ces plans de développement régionaux et de districts doivent répondre aux besoins sanitaires de la population locale suivant leurs priorités et leurs spécificités.

Afin d'assurer la mise en œuvre effective de la PNS réactualisée, le Ministère en charge de la santé assigne et définit les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes. Ces dernières sont représentées généralement par les différents départements ministériels, les parlements, les collectivités territoriales décentralisées, les communautés, les organisations de la société civile (OSC), les secteurs privés (à but lucratif ou non), les partenaires techniques et financiers(PTF) et les diverses institutions de formation et de recherche accrédités par l'Etat.

Les ministères en charge de l'économie et de la planification, des finances et du budget, de la décentralisation, de la population, de l'éducation, de l'assainissement, de l'agriculture et de l'élevage, de la décentralisation, de la défense nationale, de la sécurité publique, ... et de la santé, jouent un rôle capital dans l'effectivité des plans multisectoriels ayant des impacts sur la santé.

## 6.1. Le Gouvernement

Le Gouvernement joue un rôle prépondérant dans la mobilisation des ressources pour le développement du secteur santé et la promotion de la participation de tous les secteurs.

### 6.1.1. Le Ministère de la Santé Publique

Le ministère en charge de la santé garantit la coordination technique de la mise en œuvre de la PNS. Par son organisation et à travers des structures correspondantes, le Ministère prend en charge les fonctions suivantes :

#### ❖ *Fonction administrative*

Le ministère détermine et élabore le plan de renforcement du système de santé répondant aux défis du secteur et aux priorités des programmes, en termes de réglementation, de régulation, de coordination, d'harmonisation et de la planification.

#### ❖ *Fonction de gestion et de mobilisation des ressources*

En vue d'optimiser les ressources disponibles, le ministère se préoccupe, notamment :

- à la formation, la réactualisation des connaissances et à la gestion équitable des ressources humaines disponibles tout en assurant leur plan des carrières et leur motivation ;
- à la mise à disposition des ressources matérielles, des intrants de santé, des infrastructures et des matériels/équipements nécessaires.

#### ❖ *Fonction de prestation et d'offre de services de santé*

Afin d'assurer la prestation et l'offre de soin, le ministère s'engage à :

- organiser les services de soins intégrés par niveau et par programme de santé ;
- offrir les soins par des structures gérées en synergie avec tous les acteurs de développement ;
- définir les droits et les obligations des prestataires de chaque niveau du système de santé.

#### ❖ *Fonction de recherche*

La recherche constitue un moyen de développement continu des savoirs et des connaissances des prestataires en santé. Elle intéresse les volets de recherches fondamentales, cliniques et santé publique. L'utilisation des résultats de recherches contribuent aux prises de décisions et aux orientations stratégiques des politiques de santé.

## **6.2. Les Autres ministères**

En se référant aux axes stratégiques du Plan National de Développement (PND) relatif au capital humain, les politiques des secteurs convergent vers l'amélioration de la qualité de vie de la population. Dans cette optique, la présente politique essaye de mitiger les déterminants sociaux de la santé. La collaboration avec les différents départements ministériels constitue à cet effet une condition *sine qua non* pour la réussite de la mise en œuvre de cette politique, tels que :*(i)* le ministère chargé de l'économie (réduction de la pauvreté),*(ii)* le ministère chargé de l'éducation (augmentation de niveau d'instruction notamment pour les filles), *(iii)*le ministère chargé de la communication (changement de comportement), *(iv)* le ministère en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (recherche sur la santé), *(v)*le ministère chargé de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (réduction des maladies d'origine hydrique),*(vi)* le ministère chargé de la population et de la protection sociale (conditions de vie et de protections des personnes vulnérables), *(vii)*le ministère en charge de l'habitat (normalisation des logements et des habitations), *(viii)*le ministère chargé de l'environnement (réduction des risques naturels affectant la santé),*(ix)*le ministère chargé des transports et des travaux publics (désenclavement), *(x)* le ministère de l'intérieur et de la décentralisation (soutien à la mise en place effective de la décentralisation dans le secteur santé), *(xi)* le ministère de l'agriculture et de l'élevage (prévention de la transmission des maladies animales à l'homme), *(xii)* le ministère du commerce (normalisation des produits de consommation humaine et animale), *(xiii)* le ministère des mines (prévention des risques d'ionisation radioactive, *(xiv)* les ministères en charge de la défense nationale et de la sécurité publique ( appui à la prise en charge des sinistrés en cas de risques et de catastrophes),....etc.

## **6.3. Les Communautés**

Les grandes lignes de la politique réactualisée sont en cohérence avec les besoins prioritaires en santé de la population. D'ailleurs, les communautés, à travers les Commission Communale de Développement de la Santé (CCDS) et le Comité de Santé (CoSan), tiennent un rôle important dans la mise en œuvre de cette politique. Elles sont à la fois acteurs et bénéficiaires dans le développement sanitaire. Elles contribuent fortement ainsi à la mitigation des déterminants ainsi qu'à la conscientisation de leur état de santé.

## **6.4. Les Collectivités Territoriales Décentralisées**

Dans le cadre de la décentralisation, les collectivités territoriales décentralisées jouent un rôle primordial dans le développement sanitaire. Les élus de ces collectivités sont redevables vis-à-vis de leurs électeurs et de leurs contribuables. A leur niveau respectif, ces structures font parties des partenaires non négligeables du ministère de la santé publique dans la mise en œuvre de cette

politique. Elles apportent leur appuis administratives, logistiques, et en ressources humaines en vu d'assurer la disponibilité de l'offre des soins notamment au niveau des structures sanitaires de base.

### **6.5. Les Parlements**

En tant que représentant de la population, les parlements tiennent un rôle principal dans l'amélioration de l'état de santé de leurs communautés. Ils facilitent toutes les interventions qui développent le système de santé dans leur circonscription respective. Ils constituent ainsi une entité le mieux placé pour relever des priorités de la population en matière de la santé et orienter des réponses qui y sont données par la politique.

Par conséquent, leur implication dans la mise en œuvre dans la présente politique apporte un aménagement des cadres juridiques et financiers relatifs au secteur santé, notamment, lors de l'adoption de la loi des finances de l'année en vu d'atteindre la proportion fixée par la déclaration d'Abudja. Ils sont appelés aussi à contrôler l'exécution du budget alloué à la santé et les performances du secteur.

### **6.6. Les Organisations des Sociétés Civiles**

Les organisations des sociétés civiles (OSC) participent depuis longtemps à la santé publique et elles doivent s'impliquer davantage et renforcer ses actions dans le cadre de cette politique pour assurer le développement durable du pays. Parmi, les principales fonctions de la société civile dans le système santé figure la validation, la mise en œuvre et le suivi des politiques. Dans cette fonction, elles constituent des forces d'interpellations ou de « *chien de garde* » pour défendre les intérêts de la population. Elles apportent leurs appuis sur le choix des orientations, les normes et les approches en matière de santé publique, afin d'obtenir des résultats satisfaisants par rapport aux besoins sanitaires de la population. Pour ce faire, elles doivent se représenter dans les différentes structures de pilotage et d'administration érigées au sein du ministère de la santé publique.

### **6.7. Les Partenaires Techniques et Financiers**

En tant que partenaire potentiel et fidèle du secteur santé, les PTF contribuent fortement à la mise en œuvre de la PNS. Ils fournissent un appui technique et/ou financier depuis la planification stratégique jusqu'à l'opérationnalisation des activités des programmes de santé. Ils s'alignent ainsi aux priorités du pays en établissant un plan d'assistance inclusif avec l'Etat. La synergie des interventions de l'Etat et celles des PTF tant sur le plan géographique que programmatique augmente l'efficacité des services de santé à tous les niveaux.

### **6.8. Le secteur privé**

Le secteur privé, de part sa répartition géographique constitue une composante non négligeable du système de santé. Ses interventions, apportent un appui complémentaire sur le renforcement du système de santé en vu de mettre en œuvre une action synergique entre tous les partenaires du secteur santé. En tant que prestataire privé, il respecte les directives et les protocoles en vigueur dans le pays, notamment, en matière de programmes prioritaires.

En sa qualité de bailleurs de fond locaux, le secteur privé représente un partenaire qui contribue à renforcer la synergie de la mutualisation des ressources en matière de santé. Dans le cadre de la mise en œuvre de la PNS, il doit s'aligner aux priorités du pays et de la localité. Il appuie aussi le ministère au maillage du système de santé conformément au contexte local.

### **6.9. Les Instituts de formation et de recherche**

En complémentarité avec les universités, les instituts de formation et de recherche participent fortement au renforcement des compétences des ressources humaines en santé. Outre les conditions d'obtention d'homologation et d'accréditation exigées par le ministère concerné, ils doivent respecter la politique nationale de développement des ressources humaines en santé, les textes règlementaires et les directives y afférentes afin de garantir la qualité de leurs produits ainsi que de leur implication à la mise en œuvre de cette politique.

En matière de recherche, ils aident à comprendre les facteurs de réussite ou d'échec des interventions en santé et fournissent des informations nécessaires présentant l'état et les risques sanitaires de la population afin que les responsables du système de santé puissent prendre la bonne décision et les mesures appropriées. Dans cette optique, les instituts de formation et de recherche sont appelés à publier leur recherches et les transmettre aux responsables concernés en vu de les appliquer au système de santé.

## **7. MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION**

Le mécanisme de suivi et d'évaluation est un processus qui garantit l'efficacité de l'application de la PNS. Un Comité de Pilotage regroupant les différents départements ministériels, les organisations des sociétés civiles, le secteur privé et les PTF est institué afin de suivre et vérifier l'écart entre les objectifs fixés et les résultats obtenus. Pour ce faire, le Ministère en charge de la santé s'occupe de secrétariat technique. Un texte règlementaire portant le terme de référence de ce comité doit être établi.

## CONCLUSION

La Politique Nationale de Santé sert de guide et donne les orientations de base pour toutes les stratégies d'interventions menées dans le domaine de la santé. Il s'agit d'un cadre de référence essentiel pour assurer le développement efficace et durable du secteur.

L'inadaptation et le non appropriation de certaines dispositions prises dans le secteur par rapport aux nouveaux documents de références nationaux et internationaux, ainsi que la situation sanitaire de la population, justifient la réactualisation des directives émises. Face aux fondements, valeurs et principes, que le secteur santé doit prendre en compte dans le choix stratégique des interventions, les objectifs fixés ont présenté des réformes exigées par le besoin sanitaire de la population. Ainsi les orientations politiques à mettre en œuvre au cours des cinq prochaines années se focalisent dans les domaines prioritaires suivants :*(i)* le renforcement du système de santé,*(ii)* l'amélioration de l'offre et de la demande de services de santé à tous les niveaux,*(iii)* l'amélioration de l'accessibilité géographique, financière de la population aux services de santé et de l'efficacité des formations sanitaires,*(iv)* l'amélioration de la disponibilité et la gestion rationnelle des intrants de santé, équipements, infrastructures, médicaments et des produits médicaux, et*(v)* le développement de partenariat.

Les clés du succès de cette politique demandent la participation effective et complémentaire de toutes les parties prenantes en l'occurrence le gouvernement, les communautés, les collectivités territoriales décentralisés, les parlements, les organisations des sociétés civiles, les PTF, le secteur privé et les instituts de formation et de recherche. Aussi, toutes les interventions de ces parties prenantes répondent aux besoins sanitaires de la population et doivent se conformer aux politiques et plans stratégiques existants dans le secteur.

L'atteinte des objectifs fixés dans cette politique dépend fortement à la fonctionnalité d'un comité de pilotage qui s'occupe à son tour le développement du mécanisme de suivi et d'évaluation.

## RÉFÉRENCES

- 1- Banque Mondiale, Madagascar après trois ans de crise : Evolution de la vulnérabilité Madagascar, 2012.
- 2- ONU, Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH), article 25, 1948.
- 3- Ministère de la Santé Publique, Comptes Nationaux de Santé (CNS) 2003-2007-2010, Madagascar.
- 4- Ministère de la Santé Publique, Analyse de la situation Plan Intérimaire 2012-2013 Madagascar.
- 5- Ministère de la Santé Publique, Plan de Développement du Secteur Santé, Madagascar, 2015.
- 6- Ministère de la Santé Publique, Évaluation budgétaire au niveau du MSANP de 2001 à 2010. Madagascar, 2012.
- 7- ONU, Objectifs de Développement Durable (ODD) de 2016 à 2030.
- 8- Institut National de la Statistique (INSTAT), Enquête Périodique auprès des Ménages (EPM) 2010, Madagascar, Janvier 2011.
- 9- BACHRACHM, Peter, Analyse des modalités de renforcement du financement du secteur santé depuis 2004 et proposition des modalités d'élaboration et de répartition du Budget de l'Etat pour l'année 2014, Ministère de la santé publique, Madagascar, Novembre 2012.
- 10- Ministeran'ny Fahasalama-Bahoaka, Taridalana Fampiharana ny Politika Nasionaly momba ny Fahasalamana eny anivon'ny Fiarahamonina, Madagascar, 2014.
- 11- Ministère de la Santé et du Planning Familial, Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC), Madagascar, Janvier 2009.
- 12- Ministère de la Santé et du Planning Familial, Politique Nationale de Santé (PNS), Madagascar, 2005.
- 13- Ministère de la Santé Publique, Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2015-2019, Madagascar, Septembre 2015.
- 14- Ministère de la Santé Publique, Plan Intérimaire 2012-2013, Madagascar, 2012.
- 15- Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), Madagascar, 2015.
- 16- Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire (PSRSIS) 2013-2017, Madagascar, 28 Novembre 2013.
- 17- Ministère de l'Economie et de la Planification de Madagascar, Plan National de Développement (PND) 2015-2019. Madagascar. 02 avril 2015.
- 18- KOUIDHI Moncef, Eléments de diagnostic et d'orientation stratégique, Madagascar, Système des Nations Unies, 03 février 2014.
- 19- République Démocratique du Congo, Politique Nationale de la Santé, Décembre 2001.

- 20- République de Burundi, Politique Nationale de la Santé 2005-2015, Bujumbura, Décembre 2004.
- 21- République Islamique de Mauritanie, Politique Nationale de Santé et d' Action Sociale 2006-2015, Novembre 2005.
- 22- Repoblikan'i Madagasikara, Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle Madagascar, Décembre 2015.
- 23- Repoblikan'i Madagasikara, Politique Générale de l'Etat (PGE).Madagascar. Mai 2014.
- 24- PNUD, Bilan économique et social, Madagascar. Février 2014.
- 25- Annuaire statistique, Direction des Etudes et de la Planification 2013, 2014, 2015.
- 26- Rapport annuel, Service de lutte contre les maladies négligées, 2014-2015.
- 27- Enquête nationale sur les objectifs du millénaire pour le développement, 2012
- 28- Enquête selon l'approche STEPS sur les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles à Madagascar.2005. Ministère de la Santé Publique et du Planning Familial.