

Le programme PASSOBA - SANTÉ financé par l'Union européenne pour Madagascar

Rapport sur l'état d'avancement du

# Programme d'Appui aux Secteurs SOCIAUX de BAse dans le secteur santé PASSOBA - SANTÉ



© UNICEF Madagascar/2014/Greco

CONVENTION DE CONTRIBUTION

UNION EUROPEENNE - UNICEF

Contrat No. FED/2012/303-059

Référence du Grant: SC120560

Date du Rapport : Aout 2014

Deuxième Rapport Intermédiaire: Septembre 2013 – Septembre 2014



Ce projet est financé par  
l'Union européenne



Ce projet est mis en  
œuvre par l'UNICEF

## TABLES DES MATIERES

ACRONYMES.....	3
RÉSUMÉ EXÉCUTIF .....	5
1. COORDINATION ENTRE L'UNICEF, LE GOUVERNEMENT MALGACHE (MINSANP ET MFP) ET SALAMA POUR LA PÉRENNISATION DE L'INTERVENTION.....	7
2. COORDINATION ENTRE L'UNICEF ET L'UNION EUROPÉENNE.....	8
3. RAPPEL DES OBJECTIFS ET RÉSULTATS DU PROJET .....	9
4. PRINCIPALES RÉALISATIONS .....	9
5. SUIVI ET ÉVALUATION.....	35
6. ETAT D'EXÉCUTION FINANCIÈRE .....	46
7. CONTRAINTES, LEÇONS APPRISES ET SOLUTIONS.....	53
8. PLAN FUTUR.....	55
9. VISIBILITÉ.....	56
10. REMERCIEMENTS.....	57
ANNEXE : .....	58

## Acronymes

<b>ATD</b>	: Assistant Technique de District
<b>ATR</b>	: Assistant Technique Régional
<b>BIANCO</b>	: Bureau indépendant Anti-Corruption
<b>CAP</b>	: Connaissances, Attitudes, Pratiques
<b>CN</b>	: Coordinateur National
<b>CoGe</b>	: Comité de Gestion
<b>CoSan</b>	: Comité de Santé
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>CPN4</b>	: Consultation Périnatale 4
<b>CR</b>	: Conseiller Régional
<b>CSB</b>	: Centre de Santé de Base
<b>CSM</b>	: Carte Sanitaire de Madagascar
<b>DDS</b>	: Direction des Districts Sanitaires
<b>DEP</b>	: Direction des Etudes et de la Planification
<b>DepoCom</b>	: Dépoprovera Communautaire
<b>DGS</b>	: Direction Générale de la Santé
<b>DICOM</b>	: Direction de la Communication
<b>DPLMT</b>	: Direction de la pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
<b>DRH</b>	: Direction des Ressources Humaines
<b>DRSP</b>	: Direction Régionale de la Santé Publique
<b>DSI</b>	: Direction du Système d'Information
<b>DUE</b>	: Délégation de l'UE
<b>EMAD</b>	: Equipe de management du district
<b>EMAR</b>	: Equipe de management de la région
<b>FAFA</b>	: Financial and Administrative Framework Agreement
<b>FANOME</b>	: Fond d'Approvisionnement Non-stop des Médicaments Essentiels
<b>FE</b>	: Fond d'Equité
<b>FED</b>	: Fond Européen pour le développement
<b>FEI</b>	: France Expertise International
<b>FOSA</b>	: Formation Sanitaire
<b>GESIS</b>	: Gestion du Système d'Information Sanitaire
<b>IFIRP</b>	: Instituts de Formation Inter-Régionaux de Paramédicaux
<b>INSTAT</b>	: Institut National de la Statistique
<b>MFP</b>	: Ministère de la Fonction Publique
<b>MI</b>	: Médecin Inspecteur
<b>MSANP</b>	: Ministère de la Santé Publique
<b>MoU</b>	: Memorandum of Understanding – Memorandum d'entente
<b>NSA</b>	: National Strategy Application

- OB** : Officier budgétaire
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- PAIS** : Programme d'Action pour l'Intégration des Intrants de Santé
- PDSS** : Plan de Développement du Secteur Santé
- PhaGDis** : Pharmacie de Gros du District
- PhaGeCom** : Pharmacie à Gestion Communautaire
  - PIP** : Programme d'Investissement Public
  - PMA** : Paquet Minimum d'Activités
  - PTA** : Plan de Travail Annuel
  - PTF** : Partenaires techniques et financiers
  - PV** : Procès-verbal
- RAM** : Results Assessment Module
- RH** : Ressources humaines
- RMA** : Rapport Mensuel d'Activités
- S&E** : Suivi et Evaluation
- SDSP** : Service de District de Santé Publique
- SESI** : Service Des Etudes du Système d'Information et des Développements Informatiques
- SGAIS** : Spécialiste en gestion de l'approvisionnement en intrants de santé
- SMART** : Spécifique Mesurable Atteignable Réaliste dans le Temps
  - SSB** : Service de Soins de Base
  - SSC** : Service de la Santé Communautaire
  - SSE** : Spécialiste en Suivi et Evaluation
  - SSS** : Service Statistiques Sanitaire
  - TdR** : Termes de Référence
  - TVA** : Taxe sur la Valeur Ajoutée
  - UE** : Union Européenne

## Résumé Exécutif



Le Programme d'Appui aux Secteurs Sociaux de Base (PASSOBA-Santé) avec l'appui financier de l'Union Européenne intervient dans le secteur santé et vise à contribuer à la réduction de la vulnérabilité des populations les plus démunies et les plus affectées par la crise par le biais d'un renforcement des capacités opérationnelles des structures publiques décentralisées et déconcentrées opérant dans le secteur santé. Son objectif particulier est le maintien de l'accessibilité géographique et financière, ainsi que le renforcement de la qualité des services de santé initialement dans les cinq régions d'intervention (Sava, Analanjirifo, Menabe, Atsimo-Andrefana et Anosy), ensuite dans les quatre nouvelles régions d'extension (Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra et Atsinanana) à travers les quatre résultats essentiels :

- I. L'accessibilité géographique à des formations sanitaires opérationnelles est améliorée par une politique de recrutement et de gestion des ressources humaines, conforme aux prescriptions du Ministère de la Santé Publique qui en assure la pérennité ;
- II. La couverture et la qualité des prestations fournies au niveau des CSB sont renforcées ;
- III. La gestion des intrants pharmaceutiques nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires de base et du premier niveau de référence est améliorée ;
- IV. L'accessibilité financière des populations est renforcée par une amélioration de la gestion des ressources financières disponibles au niveau des formations sanitaires de base.

Ce rapport couvre la période de Septembre 2013 à Septembre 2014 constituant la 2ème année de mise en œuvre du projet PASSOBA-Santé dans les régions sélectionnées de Madagascar. Cette période de rapport a été caractérisée par les réalisations suivantes:

- i. Au niveau régional, toutes les équipes sont constituées et opérationnelles, à savoir cinq Conseillers Régionaux (CR) et neuf Assistants Techniques Régionaux (ATR). Au niveau national, le contrat du spécialiste en gestion et approvisionnement basé à SALAMA a été interrompu le 30 Avril 2014. Un autre staff de niveau plus élevé (P4) est en cours de recrutement pour son remplacement afin d'apporter une expertise, non seulement en matière d'approvisionnement, mais aussi dans le domaine de la gestion financière de SALAMA. Il est prévu qu'il rejoigne son poste en début du mois d'octobre 2014.
- ii. La poursuite de la mise en œuvre du projet dans les 9 régions de PASSOBA-Santé (Sava, Analanjirifo, Menabe, Atsimo-Andrefana, Anosy, Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra et Atsinanana) avec un accent sur le monitoring pour action et notamment sur le renforcement de la supervision intégrée avec la vulgarisation des outils de supervision, et sur la tenue de revues périodiques au niveau des districts et des régions.
- iii. La réalisation de progrès tant quantitatifs que qualitatifs : 64 CSBs ont été rouverts par l'appui de PASSOBA-Santé dans les 9 régions. Les réhabilitations physiques à minima des CSB ont aussi été lancées pour améliorer les conditions de prise en charge des patients.

Quarante-quatre médecins (44) et trois cents quarante-six (346) paramédicaux ont été recrutés avec l'appui du projet PASSOBA-Santé dans les 9 régions. Parmi eux, 2 médecins et 112 paramédicaux sont actuellement déjà intégrés à la Fonction Publique et payés par l'Etat grâce au plaidoyer de l'équipe du projet.

Le nombre de supervisions intégrées des EMAD et EMAR a fortement augmenté et cette approche intégrée a été vulgarisée et appropriée par les acteurs de santé à travers l'utilisation des canevas et des grilles de supervision intégrée. En moyenne chaque EMAR/EMAD effectue une supervision par trimestre. Cette approche a été réalisée de façon harmonisée avec le Ministère de la Santé Publique (MSANP) afin d'améliorer la qualité des supervisions à long terme.

- iv. L'étude financière, économique et juridique a été réalisée pour un diagnostic de l'ensemble du système FANOME et en particulier des besoins en recapitalisation de SALAMA afin de permettre une pérennité du système. Les scénarii ont été élaborés et partagés pendant l'atelier de restitution.

Des contraintes ont toutefois été rencontrées et ont ralenti quelque peu le démarrage de la mise en œuvre, à savoir : (i) la lenteur des processus d'intégration dans la fonction publique du staff recruté par le projet PASSOBA-Santé pour la pérennisation de la disponibilité des RH, (ii) l'insuffisance des capacités locales pour l'analyse de la situation et l'élaboration des PTA, notamment l'adoption de l'approche ascendante, du fait de l'absence d'orientations claires et de standardisation des outils et des processus de planification à partir du niveau central à tout le système de santé, (iii) l'insécurité dans certaines régions du pays, en particulier dans le sud, (v) la lenteur ou l'absence de paiement des dispensateurs et des gardiens dans la plupart des PhaGeCom, (vi) les actions pour la recapitalisation de SALAMA et la redynamisation du FANOME ayant pris aussi du retard.

Comme leçon tirée pour cette période de mise en œuvre, Notons (i) la nécessité pour le Ministère de la Santé Publique de plaider auprès du Ministère des Finances et du Budget pour assurer le financement suffisant des postes budgétaires, dans le cadre de la loi de finance 2015, sur la base de l'inventaire des postes à pourvoir, (ii) la nécessité de continuer à améliorer le processus de planification et de programmation budgétaire avec un accent sur l'implication de tous les partenaires à chaque niveau, (iii) la focalisation sur la mise en place des mesures incitatives pour les médecins et les paramédicaux à travailler dans les zones enclavées, comme la prime à la performance, et (iv) l'optimisation des résultats de l'évaluation financière et analyse de la viabilité financière de la SALAMA et de tout le système d'approvisionnement et le FANOME.

L'utilisation des fonds pour la période du 1<sup>er</sup> Octobre 2012 au 31 Aout 2014 s'élève à 9,566,715.69 Euros. Ce montant est constitué respectivement des « Dépenses réelles » de 7,823,249 Euros, des « Obligations légales » de 1,117,606.65 Euros, ainsi que la part de frais Administratifs valorisés à 625,859.90Euros.

## **1. Coordination entre l'UNICEF, le Gouvernement Malgache (MINSANP et MFP) et SALAMA pour la pérennisation de l'intervention**

Le Ministère de la Santé et l'équipe PASSOBA-Santé de l'UNICEF se sont mis d'accord pour organiser des rencontres régulières afin de faire le point sur l'état d'avancement du projet. Plusieurs réunions techniques ont été organisées entre les directions centrales du ministère de la santé publique et l'équipe centrale de PASSOBA-Santé. La tenue des rencontres périodiques avec les directions centrales du ministère de la santé devient systématique en dépit du fait que le contenu de ces réunions doit être encore amélioré. Pendant la période couvert par ce rapport, l'équipe de PASSOBA-Santé a organisé et tenu des réunions régulières avec les entités suivantes :

- la Direction des études et de la planification (DEP) pour faire le point sur le niveau d'élaboration des PTAs régionaux et sur la mise en œuvre des plans de suivi et évaluation. En ce qui concerne le processus d'élaboration du PTA 2015, la DEP en collaboration avec PASSOBA-Santé, a organisé un atelier de conception du manuel d'élaboration du PTA et de la programmation budgétaire à Antsirabe pendant le mois de mars 2014. L'équipe PASSOBA-Santé a également collaboré avec la DEP dans le processus d'élaboration du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) et continue à participer activement dans les groupes de travail.
- la Direction des districts sanitaires (DDS) pour la mise à jour et la finalisation des principaux documents managériaux, qui seront utilisés dans les régions, tels que le guide FANOME, le manuel des gestions des CSB, du district, et de la région. L'atelier de mise à jour du guide FANOME a été organisé au début du mois d'aout 2014. Avec cette Direction, des missions conjointes avec l'équipe PASSOBA-Santé et l'équipe du Service de Santé de Base (SSB) et celle du Service de Santé Communautaire (SSC) de DDS ont été réalisées dans les 2 régions de Boeny et de Betsiboka pour la préparation des termes de l'étude CAP sur l'utilisation des Fonds d'Equité (FE) par les démunis.
- la Direction du Système d'Information (DSI), plus particulièrement le Service des Statistiques Sanitaires (SSS) pour discuter des différents outils de collecte, d'analyse et de diffusion des

principaux données et informations relatifs aux indicateurs de performance du ministère de la santé publique, mais aussi pour simplifier, intégrer et harmoniser le système de collecte des données des différents programmes dans le secteur santé. Les dernières réunions ont été consacrées à l'harmonisation des indicateurs du Rapport Mensuel d'Activités (RMA) technique et du RMA communautaire.

- Au total cinq réunions ont eu lieu avec la DRH pour faire le point sur le recrutement des médecins et paramédicaux dans le cadre du projet PASSOBA et les stratégies d'intégration de ces ressources dans la fonction publique. D'autres réunion ont été organisé pour préparer un plan de formation des cadres du ministère de la santé sur l'outils de gestion de ressources humaines appelé Parfait.

Par ailleurs, le Gouvernement Malgache a participé activement à deuxième et à la troisième réunion du comité de pilotage (COPI) qui ont été respectivement organisées à Sambava les 11 et 12 Novembre 2013 et à Tamatave les 12 et 13 Juin 2014, comme présenté dans la section 4 de ce rapport.

Avec SALAMA, un système de rencontre mensuelle a été mis en place, mais n'est pas encore très opérationnel. Seuls quatre réunions ont eu lieu pendant cette période de rapport. Toutes ces réunions ont été focalisées sur la préparation et le suivi de l'évaluation financière et analyse de la viabilité financière de la SALAMA et l'ensemble du système d'approvisionnement et du FANOME. Cette évaluation a été réalisée et a proposé des solutions et des recommandations pour stabiliser la situation financière de SALAMA et du FANOME afin d'assurer que les populations les plus démunies aient un accès continu à des médicaments de qualité et à moindre coût, de manière pérenne. Les résultats de cette étude et les trois scénarios proposés ont été présentés lors d'un atelier de consensus. D'autres rencontres plus spécifiques ont eu lieu avec SALAMA et MSANP notamment la Direction de la pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT) pour discuter sur la dotation des lots de médicaments essentiels pour les CSB pour leur permettre de fonctionner (avec un minimum d'éléments de mitigation des risques) est en cours.

## **2. Coordination entre l'UNICEF et L'Union Européenne**

Pour s'assurer que l'exécution des activités reste dans les critères d'éligibilité des termes de la convention de financement, il est aussi nécessaire d'avoir une coordination avec l'équipe technique de la Délégation de l'UE (DUE) à Madagascar. Les réunions mensuelles entre l'UNICEF et la DUE permettent de suivre l'état d'évolution de la mise en œuvre du projet et donnent les orientations stratégiques nécessaires. Pour la période concernée, les réunions mensuelles formelles ont été organisées sur une base régulière et les comptes rendus de ces réunions sont disponibles et utilisés pour l'avancement des interventions. Il faut noter aussi que l'équipe de l'UE a participé activement aux deux réunions du comité de pilotage qui ont eu lieu pendant cette période de rapportage.

Par ailleurs, le chef de la délégation de l'UE a participé au lancement officiel de l'extension du projet dans quatre nouvelles régions par le premier ministre et ministre de la santé en présence de plusieurs autorités politico-administratives et sanitaires du pays.

### 3. Rappel des objectifs et résultats du projet

L'objectif principal du projet PASSOBA-Santé est de contribuer à la réduction de la vulnérabilité des populations les plus démunies et les plus affectées par la crise, par le biais d'un renforcement de capacité opérationnelle des structures publiques décentralisées et déconcentrées opérant dans le secteur Santé.

Son objectif particulier est le maintien de l'accessibilité géographique et financière, et le renforcement de la qualité des services de santé de base dans les cinq régions d'intervention (Sava, Analanjirifo, Menabe, Atsimo Andrefana et Anosy) et dans les quatre régions d'extension du projet (Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra et Atsinanana).

Si l'impact environnemental du projet sera minimal, l'amélioration de l'accès aux services de santé permettra la promotion d'une santé de qualité et notamment en matière de santé maternelle. Cette situation favorisera la promotion de l'équité de genre dans l'accès aux services de base. L'amélioration qualitative de la gestion des services régaliens de l'état permettra la promotion de la gouvernance au niveau régional et local, mais l'impact du projet au niveau des droits de l'homme se limitera à la mise à disposition effective des services de santé de base aux ayants droit.

### 4. Principales réalisations

Cette période de rapport a été caractérisée par la poursuite de la mise en œuvre enclenchée lors de la première année, mais aussi par l'extension du projet dans quatre nouvelles régions. Des progrès ont été enregistrés en ce qui concerne les principaux indicateurs du projet, mais les défis sont encore énormes.



**Tableau 1 : Etat de réalisation du projet PASSOBA pour l'année 2.**

	Responsable	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Avr 2014	Mai 2014	Jun 2014	Jui 2014	Aou 2014	Observation
<b>R1. L'accessibilité géographique à des formations sanitaires opérationnelles est améliorée par une politique de recrutements conforme aux prescriptions du Ministère de la Santé qui en assure la pérennité</b>														
<b>A1.1. Recrutement suivant les recommandations de la DRH, du personnel contractuel nécessaire au fonctionnement des formations sanitaires ciblées, avec un engagement précis de l'Etat pour leur prise en charge sur les postes budgétaires à ouvrir sur les trois années du projet.</b>														
A1.1.1 Identifier les besoins en ressources humaines au niveau des districts et CSB en référence aux normes de RH du MINSANP dans les 4 nouvelles régions														Réalisée
A1.1.2 Elaborer un plan régional pérenne de recrutement et de rétention des RH au niveau des CSB	MINSANP/DRH – UNICEF/Surveillance - CN – CR/ATR DRSP													En cours
A1.1.3 Plaidoyer au niveau central pour la prise en charge sur les postes budgétaires à ouvrir sur la dernière année du projet et sur l'année après projet	MINSANP/DRH- UNICEF/Surveillance – CN													En cours
A1.1.4 : Recrutement et installation des RH	MINSANP/DRH/DDS – DRSP – CR/ATR													Réalisée
A1.1.4: Suivi et Monitoring des résultats des prestations	CN – ME Specialist –													En cours: continu

	Responsable	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Avr 2014	Mai 2014	Jun 2014	Jui 2014	Aou 2014	Observation
	CR/ATR DRSP - SDSP													
<b>A1.2. Financement de l'installation d'un personnel adapté dans les formations sanitaires les plus inaccessibles, par la mobilisation d'un kit d'installation (inspiré et cohérent avec celui mis en place par la composante RSS de GAVI) et de mesures incitatives (inspiré et cohérent avec celui fourni par l'AFD dans 2 régions de Madagascar)</b>														
A1.2.1: Définition et quantification des kits d'installation	MINSANP/DRH/DDS – UNICEF/Surveillance – CN – CR/ATR - DRSP													Réalisée
A1.2.2: Commande et distributions des kits d'installation	UNICEF/Surveillance/Supply – CN – CR/ATR - DRSP													En attente du consensus avec le MiniSANP
A1.2.3: Finalisation de la conception du pilote passoba de prime à la performance	MINSANP/DRH/DDS – UNICEF/Surveillance – CN – CR/ATR - DRSP													Réalisée
A1.2.4 mise en place de l'expérience pilote de prime à la performance dans une région														En cours

	Responsable	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Avr 2014	Mai 2014	Jun 2014	Jui 2014	Aou 2014	Observation
<b>A.1.3 Appui technique et financier aux DRSP afin qu'elles puissent constituer et actualiser une liste des personnels en poste, en lien avec les niveaux central et périphérique, et développer une politique de ressources humaines adaptée à la réalité de la région et cohérente avec les directives du niveau central.</b>														
A1.3.1 Elaborer la politique régionale et plan stratégique des ressources humaines	MINSANP/DRH – UNICEF/Surveillance - CN													En cours
A1.3.2 Mise en œuvre du plan stratégique en RH	CN – CR/ATR -													En cours
<b>R2. La couverture et la qualité des prestations fournies au niveau des CSB sont renforcées : les formations sanitaires périphériques des zones enclavées ciblées par le projet assurent de nouveau un PMA, supervisées par les districts.</b>														
<b>A.2.1 Appui technique et financier aux DRSP et SDSP pour une diffusion adaptée des directives établies par le niveau central [1] et leur bonne application</b>														
A2.1.1 Multiplication et diffusion des directives/ documents cadres : - identification des six directives - révision si nécessaire	CN – CR/ATR													En cours : atelier de révision tenu
A2.1.2 Réorientation des agents de santé sur le terrain sur les directives techniques et normes - Intégration dans le check liste de supervision - Formation/recyclage	CR/ATR – DRSP – SDSP - ATD													En cours: continu

	Responsable	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Avr 2014	Mai 2014	Jun 2014	Jui 2014	Aou 2014	Observation
<b>A.2.2. Appui technique et financier aux DRSP et SDSP afin de renforcer la logistique, la mise en œuvre, le monitoring et la supervision de toutes les activités effectuées par les Formations Sanitaire appuyées par le programme</b>														
A2.2.1: Appui pour élaboration des PTA par DRSP et district	CN – CR/ATR													Réalisée
A2.2.2: Appui à la mise en œuvre du PTA	CN – CR/ATR - ATD													Réalisée
A2.2.3: Assurer le suivi de la mise en œuvre du PTA - Planification et microplanification - Equipements et matériels pour mis à niveau des CSB - Réhabilitation à minima des CSB (au cas par cas) - Monitoring pour action	CN – ME Specialist - CR/ATR - ATD													Réalisée
<b>A.2.3. Appui technique et financier aux DRSP et SDSP pour le développement de mécanismes de formation périodique continue (formation sur site tutorat, stages hospitaliers,...) destinés aux personnels soignants des formations sanitaires périphériques</b>														
A2.3.1 Identifier les besoins en formation des acteurs	MINSAN/DRH /DDS – UNICEF/Survi e – CN – CR/ATR – DRSP – SDSP - ATD													Réalisée

	Responsable	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Avr 2014	Mai 2014	Jun 2014	Jui 2014	Aou 2014	Observation
A2.3.2 Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation des acteurs	MINSAN/DRH /DDS – UNICEF/Surveillance – CN – CR/ATR – DRSP													En cours
<b>A.2.4. Appui technique aux SDSP et aux FOSA en vue d'améliorer la gestion des bâtiments et matériels par une mobilisation adaptée des fonds prévus par l'Etat à cet effet au niveau des SDSP et des communes.</b>														
A.2.4.1 - inventaire des bâtiments et matériels/équipements - révision des outils de gestion des bâtiments et matériels	MINSAN/DEP – UNICEF/Surveillance – CN – CR/ATR													En cours : continu
<b>A.2.5. Appui technique aux DRSP pour une utilisation rationnelle de leur budget d'investissements et l'établissement des rapports d'exécution associés.</b>														
A.2.5.1 - analyse du budget d'investissement au niveau des DRSP - élaboration des rapports d'exécution	MINSAN/DEP – UNICEF/Surveillance – CN – CR/ATR													Non Réalisée
<b>R3. La gestion des intrants pharmaceutiques nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires de base et du 1er niveau de référence est améliorée.</b>														
<b>A.3.1. Appui financier (recapitalisation) à l'Association sans but lucratif SALAMA afin de lui permettre stabiliser sa situation financière et de réduire son prix de cession des intrants de santé au bénéfice de la population. Cet appui pourrait être mobilisé pour l'acquisition par SALAMA des intrants de santé actuellement financés ni par le Gouvernement ni par les autres bailleurs (kits accouchement, césarienne, etc.)</b>														

	Responsable	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Avr 2014	Mai 2014	Jun 2014	Jui 2014	Aou 2014	Observation
<p>A 3.1.1. discussion avec SALAMA et MINSANP pour identifier les activités clé à mettre en Œuvre avec un plan et budget détaillé (analyse financière, économique et juridique)</p> <p>Analyse économique / financière / et juridique</p> <p>A 3.1.2. Analyse du rapport de l'étude et des recommandations issues de cette étude</p> <p>Elaboration d'un plan de recapitalisation</p>	MINSAN/DPL MT – UNICEF/Survi e – CN – Suply Specialist - SALAMA													Réalisée
A 3.1.3. Recapitalisation salama	MINSAN/DPL MT – UNICEF/Survi e – CN – Suply Specialist – CR- SALAMA													En cours
A 3.1.4 . Recapiatlisation CSB, PhageCom	MINSAN/DPL MT – UNICEF/Survi e – CN –CR- Suply Specialist - SALAMA													En discussion s

	Responsable	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Avr 2014	Mai 2014	Jun 2014	Jui 2014	Aou 2014	Observation
A 3.1.5. Mise en œuvre du plan de renforcement de capacités du FANOME et de la SALAMA définie	CN - Suply Specialist - SALAMA													En cours
<b>A.3.2. Appui technique et financier aux Assistants en Suivi-Evaluation basés au sein des 5 agences régionales de SALAMA.</b>														
A 3.2.1- Analyse de la pertinence des assistances techniques au niveau des agences régionale - Elaboration du plan d'appui	CN - Suply Specialist – SALAMA – CR/ATR													Discussions réalisées avec SALAMA.
<b>A.3.3. Appui technique aux EMAD pour renforcer le contrôle des activités des PHAGEDIS et PHAGECOM et améliorer leur gestion des médicaments.</b>														
A.3.3.1- Elaboration du plan trimestriel de supervision et suivi des PhaGDis et PhaGeCom - organisation des audits réguliers des PhaGDis et PhaGeCom - Formation des EMAD	MINSAN/DPL MT/DDS – UNICEF/Surveillance – CN – CR/ATR – DRSP													Réalisée et continu
<b>A.3.4. Appui financier à la réalisation de missions de suivi et de supervision conjointes SALAMA/MINSANP auprès des PaGDis.</b>														
A.3.4.1. - Finalisation du plan de missions conjointe	UNICEF/Surveillance - CN													En cours. Plan réalisé. Début de visite de terrain en Octobre

	Responsable	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Avr 2014	Mai 2014	Jun 2014	Jui 2014	Aou 2014	Observation
<b>A.3.5 Sensibilisation des Communes afin d'assurer le paiement effectif des salaires du dispensateur de soins et du gardien.</b>														
A.3.5.1 - Inventaires des dispensateurs de soins et gardiens CSB par CSB qui ne sont pas payés  - élaboration d'un guide de sensibilisation des maires  - échanges d'expériences et initiatives novatrices	CR/ATR – DRSP – SDSP - ATD													En cours
<b>R4. L'accessibilité financière des populations est renforcée par une amélioration de la gestion des ressources financières disponibles au niveau des formations sanitaires de base (Budget de l'Etat, FANOME, Fonds d'Equité)</b>														
<b>A.4.1. Appui technique et financier aux EMAD afin de renforcer la supervision de la gestion des fonds de l'Etat, de ceux issus du FANOME ou générés sur le Fonds d'équité.</b>														
A.4.1.1 Plan de supervision Analyse du budget de l'état alloué aux districts  - Analyse des fonds du FANOME et de FE  - Rapport mensuel sur la gestion des ressources financières	MINSAN/DPL MT/DDS – UNICEF/Surveillance – CN – CR/ATR - DRSP													Réalisée
<b>A.4.2. Appui technique et financier aux Comités de Gestion afin de renforcer la gestion des fonds issus du FANOME ou générés sur le Fonds d'équité.</b>														

	Responsable	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013	Jan 2014	Fev 2014	Mar 2014	Avr 2014	Mai 2014	Jun 2014	Jui 2014	Aou 2014	Observation
A.4.2. 1 Inventaire des COGE fonctionnels ou non  - Formation des COGE sur la gestion (financière et matériel)  - supervision	CR/ATR – DRSP – SDSP - ATD													Réalisée
<b><i>A.4.3 Appui technique aux Communes pour une réactualisation de la liste des bénéficiaires du fonds d'équité adaptée à la situation des formations sanitaires de la circonscription.</i></b>														
A.4.3.1 Etat des lieux des CSB avec liste des démunies  - Etude CAP sur les démunies (acceptance d'être répertorié)  - Elaboration du guide pour l'actualisation de la liste  - Appui à l'actualisation effective.	CR/ATR – DRSP – SDSP - ATD													Réalisée

#### 4.1. Réunions du comité de pilotage : Rappel des grands points

Pendant cette période, deux comités de pilotage PASSOBA-Santé (COPI) ont eu lieu respectivement à Sambava dans la région de Sava en novembre 2013 et à Tamatave, dans la région d'Atsinanana en juin 2014. Les résultats et les principales décisions prises pendant chaque COPI sont décrits ci-dessous.

##### **Deuxième réunion du comité de pilotage à Sava le 12 novembre 2013**

La deuxième réunion du comité de pilotage a eu lieu à Sambava, dans la région de Sava le 12 Novembre 2013 dans laquelle il a été constaté des progrès positifs quant aux principaux indicateurs du projet dans la mise en œuvre du projet, mais aussi des contraintes majeures ont été identifiées. Les principales décisions de cette réunion ont été :

- D'accélérer la mise en œuvre des activités planifiées dans le résultat 3 du projet par d'une part une identification des pistes pour rendre effectif et pérenne la recapitalisation de la SALAMA (en particulier assurer que l'étude d'analyse financière / économique et juridique de SALAMA et FANOME démarre effectivement) et d'autre part, en s'assurant que les CSB disposent d'un lot des médicaments essentiels leur permettant de fonctionner (avec un minimum des éléments de mitigation des risques). Le scénario décrit au point 1 du présent rapport constitue cette solution alternative sur laquelle se sont accordés UNICEF et la DUE.
- D'organiser une réunion technique tripartite entre le MinSanP – UE-UNICEF pour revisiter les quelques indicateurs incompris par la plupart des régions et d'assurer une explication claire pour permettre à ceux qui demandent des clarifications qu'ils soient renseignés sans difficulté. Cette réunion a été effectuée le 20 Novembre au MINSANP. Il faudra concentrer le travail sur la simplification et la rationalisation du système de suivi-évaluation dans son ensemble via l'expertise technique du projet.
- Concernant la question de remplacement des médecins par les paramédicaux, étant donné la pénurie des médecins sur le terrain, il a été retenu la possibilité de recruter de manière transitoire des paramédicaux avec un contrat d'une durée limitée, car le projet doit respecter les normes du ministère et ne pas envisager le remplacement des médecins par les infirmiers en nivelant vers le bas. Il faudra donc résoudre le problème de fond par la mise en place des kits d'installation, de fidélisation et la prime basée sur la performance.

##### **Troisième réunion du comité de pilotage à Tamatave le 12 Juin 2014**

La troisième COPI a eu lieu à Tamatave dans la région d'Atsinanana. Les DRSP, les CR et ATR des 4 Nouvelles Régions ont participé pour la première fois à ce COPI. Pendant cette réunion, des progrès significatifs ont été constatés quant aux principaux indicateurs dans la mise en œuvre du projet, mais aussi des contraintes majeures ont été identifiées. Les résultats préliminaires de l'évaluation à mi-parcours ont été également présentés.

Les principales décisions de cette réunion ont concerné :

- La pérennisation des Ressources humaines : Les paramédicaux sortants des IFIRPs peuvent être intégrés directement à la fonction publique par le ministère de la santé / DRH. Déjà 60 postes appuyés par PASSOBA-Santé ont été intégrés ou sont en cours de l'être. La DRH a rappelé que les sortants des écoles privées agréées doivent accomplir au moins trois ans continus au poste pour bénéficier de l'intégration sur les postes budgétaires créés par l'Etat.

Par rapport aux Aides sanitaires qui parfois assurent encore seuls la prestations dans certains CSB, il a été recommandé au Ministère de la Santé Publique de placer immédiatement des agents de santé (paramédicaux ou médecins) pour assurer la qualité des soins dans les centres ne disposant pas de personnel avec le niveau requis pour être considéré comme répondant aux normes minimales de qualité. Il a été recommandé que toutes les régions fassent rapidement un état des lieux des aides sanitaires étant en service dans les CSB et une précision sur les échéances de leur départ en retraite. Ceci permettra à la DRH de statuer sur la nécessité d'ajouter ou non un agent supplémentaire dans les CSB concernés.

- Le paiement des dispensateurs et des gardiens : à court terme, il faut en urgence d'effectuer un inventaire et un état des lieux complet de la situation de tous les dispensateurs et des gardiens pour déterminer ceux qui sont payés et ceux qui ne le sont pas, afin de prendre des actions provisoires pour la résolution de cette situation. A long terme il a été convenu que :  
(1) le représentant du Parlement, membre du comité de pilotage, fasse un plaidoyer auprès de l'Assemblée et du conseil de gouvernement sur ce sujet. Il utilisera l'opportunité des discussions sur le code des collectivités décentralisées qui vont avoir lieu prochainement, dans le but de favoriser l'effectivité de la décentralisation dans la cogestion des CSB, et  
(2) les discussions entre le Ministère de la Santé publique et le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation soient engagées pour permettre de déterminer une meilleure solution technique.
- Les Kits d'installation et de fidélisation : Les kits concerneront tous les personnels dans les zones enclavées, pas seulement ceux qui sont nouvellement recrutés (équité). Cependant, les couts des kits sont estimés trop chers tels que définis actuellement, de sorte que le Ministère ne puisse les reprendre et les appliquer à tous les CSB du pays. En conséquence, à court terme, il faut alléger les kits et en mettre certains éléments dans les PTA des régions, notamment dans les appuis en investissement et en matériel médical, de gestion et d'entretien du CSB (pour lesquels il faut instaurer une culture de l'inventaire des matériels) et les gros matériels/ d'investissement (panneau solaire, frigo solaire etc.).
- Les Fonds alloués aux districts : La DEP, dans un souci de transparence des fonds alloués, favorisera la diffusion des informations sur les budgets d'investissement et de fonctionnement, envoyés au niveau des districts. Le projet travaillera avec la DEP pour réaliser la traçabilité des fonds d'investissement et des fonds de fonctionnement alloués aux DRSP et SDSP en 2014 pour améliorer leur gestion.
- Appui aux directions centrales : Depuis le retour du pays dans l'ordre constitutionnel et dans le cadre de la levée consécutive de l'article 96 de l'UE, un appui budgétaire est programmé par l'UE pour appuyer notamment les secteurs sociaux, ainsi que l'assistance technique au Ministère des Finances et du Budget, de l'Education et de la Santé en 2015, dans le cadre du projet « une administration pour tous ». Par ailleurs, il y a une possibilité de financer les missions d'Appui technique du niveau central du Ministère de la Santé vers les régions à travers les fonds d'appui aux DRS. L'appui à l'organisation des ateliers techniques par le niveau central dans le cadre du projet est aussi possible.
- La préparation de la « phase out » et du retrait des ATD : Deux questions essentielles se posent : (1) Comment réaliser sans les ATD et qui reprendra les activités qu'ils assurent en ce moment ? (2) Que faire du matériel (motos) qu'ils utilisent ? Il est décidé de créer un comité restreint pour faire des propositions sur ce sujet avant la prochaine réunion du comité de pilotage et de les finaliser lors d'un atelier en décembre 2014. Il a été décidé que 2 anciennes DRSP des régions d'intervention, à savoir Analanjirofo et Atsimo Andrefana, et 2 nouvelles

régions dont Atsinanana et Boeny, sont intégrées dans le comité existant, au niveau de la coordination nationale de PASSOBA-Santé pour mener la réflexion y afférente.

A l'issue des discussions, la région de Boeny a été proposée pour héberger le prochain comité de pilotage.

#### **4.2. Mise en place de la structure de gestion du projet**

Dans la structure de mise en œuvre du projet, il y a quatre niveaux :

- Le niveau stratégique, constitué principalement par des staffs expatriés de l'UNICEF dont au niveau central (Antananarivo) : 1 Coordinateur National, 1 spécialiste en Suivi-Evaluation, 1 spécialiste en approvisionnement et 1 technicien national responsable du contrôle budgétaire.
- Le niveau régional en charge de la mise en œuvre au niveau intermédiaire : 5 Conseillers Régionaux (CR) qui sont des experts internationaux et des spécialistes en santé publique.
- Le niveau district en charge de l'appui à la mise en œuvre au niveau des districts : 10 ATR qui sont des staffs nationaux et spécialistes en santé publique.
- Un niveau communautaire en charge de l'appui à la mise en œuvre au niveau des CSB et de la communauté : 220 Assistants Techniques de District (ATDs) dans les 9 régions

Depuis mars 2014, les évolutions suivantes sont à signaler :

L'accent a été mis dans la mise place de la structure de gestion et de suivi du projet au niveau décentralisé dans les quatre nouvelles régions. Les équipes des CR et ATR ont été tous sur place avant la fin de décembre 2013 sauf. l'ATR pour Vakinankaratra qui a rejoint son poste d'affectation seulement au cours du mois de juillet 2014.

Au niveau central quelques modifications ont été faites. En effet, le contrat du spécialiste en gestion et approvisionnement basé à SALAMA a été terminé au mois d'avril 2014. Un autre staff avec un niveau plus élevé (P4) a été recruté afin d'apporter une expertise, non seulement en matière d'approvisionnement, mais aussi dans le domaine de la gestion financière de SALAMA et au FANOME. Suite aux problèmes de santé et de son indisponibilité pour une longue période, Il est prévu qu'il commence son travail à partir du mois de Octobre 2014. Le contrat du spécialiste en suivi-évaluation avec le financement de l'UE sera terminé comme prévue le 31 aout 2014

Au niveau périphérique dans les quatre nouvelles régions, 94 ATD supplémentaires ont été recrutés, portant le nombre total des ATD à 220 dans les 9 régions. Les ATD sont les responsables directs de l'appui aux CSBs, aux comités de gestion (CoGe), aux comités de santé (CoSan) issus de la communauté et des communes. Le processus de recrutement a été piloté par les DRSP avec l'appui des ATR et dans certains cas par les autres staffs de l'UNICEF, en particulier ceux dans la section de la survie de l'enfant.

#### **4.3. Résultat 1: L'accessibilité géographique à des formations sanitaires opérationnelles est améliorée par une politique de recrutement conforme à la prescription du Ministère de la Santé qui en assure la pérennité.**

Après l'analyse des PTAs et des besoins exprimés en ressources humaines par chaque région et sur base de l'application des critères de priorisation, il a été retenu que le total des besoins en ressources humaines pour l'ensemble du projet a été de 495 agents de santé, dont 135 Médecins et 360 paramédicaux.

Dans les nouvelles régions, l'analyse des besoins en ressources humaines a été finalisée en début mars 2014. L'équipe nationale de coordination du projet, en collaboration avec la DRH, a retenu que l'ensemble des besoins seront couverts en 2014 et donc tous les recrutements devront être faits sauf en cas de manque des ressources disponibles.

Comme montre le tableau 2 ci-dessous, le processus de recrutement du personnel a continué pour rendre fonctionnel un plus grand nombre de CSB. A ce jour, 32,6% des besoins en médecins ont été couverts (soit 44 recrutés sur un besoin de 135) tandis que 83,3 % des besoins en paramédicaux ont été solutionnés (soit 300 recrutés sur un besoin de 360). Ceci a permis de ré-ouvrir les formations sanitaires qui étaient fermées à cause du manque de personnel, et de réduire le nombre de CSB gérés par un seul agent de santé auparavant.

**Tableau 2 : Besoin en RH (Cinq anciennes régions et Quatre nouvelles régions de PASSOBA-Santé)**

DRSP	RH nécessaire <sup>1</sup> pour les DRSP 2013		RH nécessaire <sup>2</sup> pour les DRSP 2014	
	Méd	Paraméd	Méd	Para Méd
Sava	13	25	0	16
Analanjirifo	16	52	0	6
Menabe	3	23	1	1
Atsimo Andrefana	14	39	2	14
Anosy	11	29	2	6
<b>Total 5 premières régions</b>	<b>57</b>	<b>168</b>	<b>5</b>	<b>43</b>
Atsinanana	NA	NA	31	59
Vakinankaratra	NA	NA	27	110
Boeny	NA	NA	8	17
Betsiboka	NA	NA	16	22
<b>Total 4 régions</b>	<b>NA</b>	<b>NA</b>	<b>82</b>	<b>208</b>
<b>Total Général</b>	<b>57</b>	<b>168</b>	<b>87</b>	<b>251</b>

Pour assurer une transparence et une légitimité, le processus de recrutement a été mené en conformité avec les normes et les procédures de la DRH du Ministère de la Santé Publique et a été conduit par les DRSP et SDSP en collaboration avec les CR et les ATR. Les DRSP identifient les candidats à partir de la liste des étudiants sortants, mise à disposition par la DRH et négocient individuellement avec les intéressés pour l'identification des CSB d'affectation, en coordination avec les directeurs des Instituts de Formation Inter Régionaux de Paramédicaux (IFIRP). Les listes convenues sont par la suite transmises à la DRH pour l'enclenchement des procédures de leurs nominations et de leurs affectations.

<sup>1</sup> Prenant en compte aussi les départs en retraite en 2013 et 2014.

Grace aux efforts de toutes les équipes à tous les niveaux, l'intégration dans la fonction publique du staff, recruté par le projet PASSOBA-Santé est en cours. Au total 114 RH (2 Médecins et 112 paramédicaux) recrutés par le projet sont déjà intégrés à la Fonction Publique et payés désormais par l'Etat.

**Tableau 3 : Récapitulation des RH recrutées dans le cadre du projet PASSOBA-Santé**

	Medecin			Paramedicaux		
	Poste Prevus	Recrutés PASSOBA	Engagé par la FP	Poste Prevus	Recrutés PASSOBA	Engagé par la FP
SAVA	18	12	0	60	48	8
Analanjirifo	16	5	0	58	61	16
Menabe	3	1	0	23	22	9
AA	16	2	0	53	61	38
Anosy	13	5	2	35	38	17
Boeny	15	4	0	37	24	4
Betsiboka	16	0	0	22	22	4
Atsinanana	31	3	0	59	23	9
Vakinankaratra	28	12	0	58	47	7
	156	44	2	405	346	112
			5%			32%

Par exemple, pour la région Anosy, Il est à noter que deux Médecins et 17 paramédicaux recrutés dans le cadre du projet PASSOBA-Santé ont été intégrés dans la Fonction Publique et est maintenu dans les mêmes CSB d'affectation. Pour la région Atsimo-Andrefana, au total 38 paramédicaux contractuels de PASSOBA-Santé ont été intégrés à la Fonction publique et payés par l'Etat depuis le mois de février 2014, ils sont actuellement fixés à leurs postes. Par contre aucun médecin n'a été encore intégré à la fonction publique jusqu'à ce jour.

Pour le recrutement 2013, par l'appui de PASSOBA-Santé dans la région d'Analanjirifo, 6 médecins ont été initialement recrutés mais 2 ont démissionné tandis que sur les 36 paramédicaux recrutés, 2 ont démissionné. Dans la même région, le nombre d'Agence de Sante (AS) intégrés à la Fonction Publique n'est pas encore déterminé, et que des documents y afférents sont en cours de lecture au bureau du DRSP.

Malgré les efforts sur terrain, le problème de sécurité reste un grand défi. Par exemple, dans la région Anosy, le CSB de Babaria a dû être refermé, suite à une attaque par les voleurs de bétails (Dahalo) Dans la région de Menabe, le Médecin Inspecteur (MI) a recommandé la recherche d'un agent de

sexe masculin en priorité, vu l'insécurité qui règne dans la zone concernée, mais les rares candidats disponibles n'ont pas accepté le poste. Un nouvel avis de vacance de poste a été ainsi relancé pour le troisième trimestre pour le recrutement d'un paramédical et d'un médecin. Dans toutes les régions, les difficultés majeures sont ; le refus des médecins de travailler dans les zones éloignées et enclavées, d'où la décision des DRSP de recruter temporairement des paramédicaux à la place des médecins (disposition temporaire), l'insécurité, l'insuffisance des sortants de l'IFIRP par rapport aux besoins, le manque de médecins disponibles et motivés sur le marché du travail, la complexité du processus de recrutement des paramédicaux sortants des instituts privés, etc.

Pour résoudre le problème de recrutement pour les zones éloignées et enclavées, l'équipe du projet PASSOBA-Santé en collaboration avec la DRH, la DDS, la DEP et les PTF, a mené une analyse de faisabilité de la mise en place d'un système de rétention et de motivation du personnel, lors d'un atelier le mois d'octobre 2013. Une analyse des critères de définition des zones éloignées, enclavées et/ou d'accès difficile a été faite aussi lors de cet atelier. Les discussions sont en cours avec la DRH pour s'assurer de l'appropriation et surtout de la pérennisation de cette motivation avant que le projet PASSOBA-Santé ne puisse démarrer ce processus. Sur la base de ces discussions, il a évoqué que les montants des kits d'installation et de fidélisation des RH définis lors de l'atelier sont trop ambitieux et non pérennes car les coûts ont été estimés élevés et ne pourront plus être repris par le ministère après le projet. La dernière réunion du comité de pilotage PASSOBA-Santé dans la région Atsinanana a également sorti comme recommandation de revoir le contenu de ces kits afin d'alléger les coûts et par conséquent, certains composants seront introduites dans les PTA des DRSP pour être directement financées par PASSOBA-Santé. Entre-temps, le projet PASSOBA-Santé a entamé le processus de voir comment implanter un modèle de prime à la performance en coordination avec les initiatives pilotées par d'autres partenaires (la Banque Mondiale, l'AFD, etc...) dans la région d'Atsimo-Andrefana avec quelques ajustements et spécificités.

Malgré les difficultés constatées pendant le processus de recrutement pour les zones enclavées, le tableau ci-dessous montre clairement les résultats du Projet PASSOBA-Santé : 98% des CSB sont fonctionnels dans les 9 régions PASSOBA-Santé. Il est clair que les CSB qui étaient fermés depuis des mois voire des années et rouverts grâce au projet, montrent déjà des résultats quant à la fréquentation des consultations externes, pour tous les groupes des âges (les enfants moins de 5ans, les adolescents, etc.), les accouchements, les CPN, la vaccination et bien d'autres encore. La population est satisfaite en générale, surtout par la présence permanente des agents de santé.

**Tableau 4 : Situation des CSB rouverts par le projet PASSOBA-Santé**

	Nb de CSB rouverts par le PASSOBA		Nb de CSB fermés (a)		Nombre de CSB fonctionnels* sur Nb de CSB total (fonctionnel et non-fonctionnel) <i>*Nombre de CSB fonctionnels = Nb de CSB total – Nb de CSB fermes (a)</i>	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Sava	2	0	2	0	129/131	131/131
Analanjirifo	2	0	5	1	116/121	120/121
Menabe	6	0	5	6	86/91	85/91
Atsimo Andrefana	15	2	4	0	184/188	188/188
Anosy	7	0	7	1	70/77	76/77

Atsinanana	0	14	18	4	155/173	169/173
Vakinankaratra	0	5	6	1	138/144	143/144
Boeny	0	5	13	8	86/99	91/99
Betsiboka	0	6	6	1	52/58	57/58
<b>total</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>66</b>	<b>22</b>	<b>1016/1082</b>	<b>1061/1082</b>

(Source : Rapport trimestriel par région juillet 2014)

Dans la région d'Analanjirifo, un CSB (CSB Sahajinja) a été fermé cette année jusqu' à la fin du mois de juillet, néanmoins le personnel pour assurer sa réouverture est déjà recruté et en cours d'installation. Après l'installation de cet AS pour Sahajinja, il n'y aura plus de CSB fermé dans la région. Pour la région de Menabe, un CSB du district de Manja a été refermé suite à la mutation de l'agent dans un autre district de Belo pour rapprochement familial. Pour la région d'Atsimo-Andrefana, il ne reste que 4 CSB fermés plutôt pour cause de dégradation de bâtiment. Dans la région d'Anosy, le CSB Babaria a été refermé suite à une attaque des Dahalo. Pour la région de Betsiboka, le CSB de Mahabe était rouvert en 2013 mais sitôt refermé en 2014 du fait de la mutation de son unique agent de santé par le ministère de la santé publique vers un autre poste. Pour la région de Betsiboka, un seul CSB reste fermé du fait plutôt de l'absence de bâtiment.

En général, à part les difficultés de recrutement et de maintien des RH, les CSB qui restent encore fermés sont dus à d'autres différentes raisons, dont les problèmes de sécurité ou d'infrastructures (délabrement des infrastructures ou de la destruction des bâtiments lors des derniers passages des cyclones).

La mise en place des kits d'installation et de fidélisation couplée à l'instauration de la prime à la performance constituerait sans doute une piste de solution pour accélérer à l'ouverture de certains CSB non-fonctionnels par manque de personnel. Ces approches pourront motiver les agents de santé d'accepter de travailler dans les zones difficiles.

En vue d'améliorer la qualité des prestations des CSB, le projet a fourni des matériels et des équipements de base pour la remise à niveau de leur plateau technique conformément au paquet minimum d'activités (PMA). Les réhabilitations à minima des CSB ont aussi démarré progressivement dans l'ensemble des régions pour améliorer les conditions de prestation des soins. Au total 253 CSB des 5 premières régions d'intervention de PASSOBA-Santé ont reçu des kits de matériels et d'équipements de base (kit d'accouchement équipement, balance clinique, lit accouchement, kit de matériel de base, kit matériels et équipement complet, et table d'examen) pour assurer le PMA. Pour les 4 nouvelles régions, les mêmes kits ont été commandés et sont en attente de livraison par les fournisseurs.

**Tableau 5: Matériel et équipement fournis aux CSB dans le cadre des PTA 2013**

CSB/REGION	Kit d'accouchement-equipement	kit de matériel de base	kit matériels et équipement complet,	Balance clinique,16kg x 10g	Lit accouchement	Table d'examen
CSB1:	25	25				25
CSB2:	30		30	30	30	30
<b>Total Sava</b>	<b>55</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>55</b>
CSB1:	12	12				12
CSB2:	25		25	25	25	25
<b>Total Analanjirofo</b>	<b>37</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>37</b>
CSB1:	17	17				17
CSB2:	32		32	32	32	32
<b>Total Menabe</b>	<b>49</b>	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>49</b>
CSB1:	34	34				34
CSB2:	43		43	43	43	43
<b>Total Atsimo Andrefana</b>	<b>77</b>	<b>34</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>77</b>
CSB1:	14	14				14
CSB2:	21		21	21	21	21
<b>Total Anosy</b>	<b>35</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>35</b>
<b>TOTAL</b>	<b>253</b>	<b>102</b>	<b>151</b>	<b>151</b>	<b>151</b>	<b>253</b>
<b>CSB1:</b>	<b>102</b>					
<b>CSB2:</b>	<b>151</b>					
	<b>253</b>					

Les livraisons des matériels connaissent aussi toutefois quelques difficultés, à savoir : la difficulté d'accès de certains CSB, le détournement de matériel, l'état des routes pour le transport des matériels des SDSP vers les CSB, l'insuffisance de communication entre les transporteurs et les bénéficiaires, l'insécurité dans les quelques districts, l'insuffisance d'engagement de tous les chefs CSB à gérer de façon responsable le matériel et, enfin, la mise en place des outils de gestion et de suivi du matériel. Malgré les difficultés, tout le matériel a été distribué dans les centres de santé cibles.

Dans la Région d'Analanjirofo, une grande reconnaissance à l'endroit des maires au niveau des communes urbaines et rurales a été témoignée, notamment dans le SDSP de Maroantsetra, qui ont assuré le transport des Matériels et équipements du Bureau du SDSP jusqu'aux CSB bénéficiaires, cas du Maire de Rantabe. Dans la région de SAVA, les Médecins Inspecteurs de Sambava et de Vohémar ont fait une sensibilisation, en invitant les autorités politico-administratives à des cérémonies officielles de remises des matériels des CSB. Des remerciements ont été prodigués publiquement en présence des medias nationaux, en l'endroit de l'appui de l'UE et 'UNICEF dans le cadre de PASSOBA-Santé.

#### 4.4. Résultat 2 : Couverture et qualité des prestations fournies au niveau des CSB

Les progrès ont été réalisés aussi bien sur le plan tant quantitatif que qualitatif. Selon les dernières données disponibles au niveau des régions et des districts (rapport trimestriel des régions PASSOBA-Santé T2 2014), les nombres de supervisions intégrées réalisées ont été 6 fois plus importants qu'en 2013 (274 en 2014 contre 46 en 2013) durant cette période. De même, le nombre de jours de formations réalisées (sur site) et fournies au personnel soignant a également augmenté. Le projet PASSOBA-Santé continue à soutenir les activités de supervision intégrée avec vulgarisation de l'utilisation des outils standardisés, comme les guides et les grilles de supervision du MSANP qui sont intégrées et harmonisées afin d'améliorer la qualité des prestations fournies au niveau des CSB. La supervision intégrée a aussi permis une participation accrue des responsables de programme, et leur familiarisation avec les réalités de terrain. Cependant, en dépit des efforts faits pour l'intégration, cela n'empêche que chaque programme vertical continu de prévoir des supervisions spécifiques pour des problèmes spécifiques. Il s'agit plus particulièrement des programmes PEV, Paludisme, Tuberculose et VIH/SIDA.

La capacité de supervision et la qualité des rapports de supervision ainsi que le suivi de la mise en œuvre des recommandations restent cependant à améliorer. Il a été noté en effet que la qualité de la supervision reste insuffisante surtout celle des SDSP vers les CSB souvent due à l'absence de plan de supervision. Ceci constitue un des éléments d'appui des CR et ATR en termes de renforcement des capacités des EMAR/EMAD. Dans la région de Betsiboka, la formation en supervision intégrée a été réalisée en collaboration avec la DDS dans laquelle le module de formation et les TdR de la formation ont été élaborés et seront partagés avec les autres régions pour harmonisation. .

En vue de renforcer la capacité institutionnelle, le projet continue de travailler avec l'ensemble des acteurs sanitaires à tous les niveaux du MSANP pour élaborer, mettre à jour et finaliser les principaux documents-cadre politiques et stratégiques au niveau de MSANP, dont entre autres :

- Le Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019 (PDSS 2015-2019)
- Le guide FANOME
- Le manuel de l'indicateur dans le secteur Santé
- Le manuel de gestion de la région
- Le manuel de gestion du district
- Le manuel de gestion des CSB
- Le cahier de charge de PMA au niveau des CSB

Les six documents ou directives mentionnées et identifiées dans le cadre logique du projet ne sont pas toujours disponibles, ni au niveau des DRSP ni dans les SDSP car la plupart des documents sont toujours à l'état de draft, depuis 2012. Le projet PASSOBA-Santé, en collaboration avec la DDS a organisé en début du mois de septembre un atelier de travail pour mettre à jour lesdits documents. Ils seront par la suite multipliés et diffusés à travers tout le pays après un test qui sera fait dans les neuf régions PASSOBA.

Le processus d'élaboration des PTAs de façon ascendante et intégrée avec l'implication de tous les acteurs et les équipes centrales du Ministère de la santé a été considéré comme une innovation. C'est une grande première pour les régions et un début de l'implication et de l'appropriation de tous les acteurs. partant des réalités au niveau des CSB, ce processus a permis aux chefs CSB d'établir leurs propres PTA et a permis aux acteurs de santé au niveau de la communauté de mieux se connaître et de mieux se coordonner ; aux responsables locaux (Maire,

Chef Fokontany) de connaître leurs responsabilités au sein du centre de santé, de se rendre compte que le CSB leur appartient, et de mieux connaître les activités du centre de santé ; et enfin aux participants d'être tenus responsables de la mise en œuvre des actions.

Avec l'appui de PASSOBA-Santé, l'initiative du processus d'élaboration du PTA ascendant a démarré à partir du troisième trimestre en 2013, en collaboration avec la DEP par ; (i) une analyse du canevas 2013 de tous les niveaux, (ii) une initiation aux discussions parlant de l'intégration du micro-plan PEV et des autres programmes verticaux dans le canevas PTA, (iii) un appui à l'élaboration des micro-planifications à la base (CSB) et l'organisation d'un atelier de consolidation et de planification au niveau des districts et des régions. Toutes les neuf régions ont bénéficié d'un appui technique de la DEP, de la DDS et de PASSOBA-Santé, pour conduire cet exercice avec les canevas améliorés et réaménagés. Concernant l'élaboration du PTA ascendant et intégré, quelques éléments ont ralenti le démarrage de ce processus pour le PTA 2014 à savoir : le retard dans le processus de révision, d'adaptation et de mise en place effective des canevas de PTA par niveau (CSB-District-Région), engageant plus de temps pour faire le pré-test et uniformiser respectivement les canevas, et les difficultés d'appropriation de la méthodologie et du remplissage des outils par certains acteurs. D'autres facteurs ont retardé l'opérationnalisation du PTA ascendant et intégré, comme le changement du Directeur des Etudes et de la Planification, et l'absence d'harmonisation du cycle de planification et du cycle de programmation budgétisation du Ministère de la santé publique. Malgré les difficultés, toutes les régions ont finalisé leur PTA 2014 et ont commencé les activités sans tarder comme celles de l'année 2013. L'appui de PASSOBA-Santé à tous les niveaux a contribué à l'élaboration des PTA de façon ascendante. Pour les PTA de 2015, le processus de finalisation du PDSS-2015-2019 est seulement en cours, les éléments stratégiques y afférentes ne peuvent pas encore ainsi être prises en compte, mais les régions ont déjà commencé leurs analyses de la situation respective pour améliorer leurs PTA 2015. L'exercice de planification au niveau des CSB est quasi complété et la synthèse au niveau des SDSP est en cours dans les neuf régions. Le projet continue de travailler avec le MSANP en sensibilisant les autres acteurs de PTF, en vue d'élaborer les PTA intégrés.

Au niveau du terrain, les ATD ont pris des rôles importants pour suivre les activités élaborées dans le PTA, en aidant la communication entre le SDSP et le chef CSB, et en soutenant les chefs CSB dans la réalisation des activités au niveau des CSB et de la communauté. Par exemple, les ATDs ont aidé les chefs CSB à réaliser un inventaire exhaustif des biens matériels et des immobiliers mis à leur disposition dans les CSBs. Avec l'aide des ATD, chaque formation sanitaire a préparé actuellement un plan de gestion efficiente des bâtiments et des matériels disponibles dans lequel les mécanismes de mobilisation des fonds prévus par l'Etat seront clairement décrits, aussi bien au niveau des SDSP que des communes. Les ATD ont aussi contribué de manière appréciable à la réalisation des activités majeures des CSB et des districts. L'état des lieux réalisé dans les CSBs a permis d'avoir une ligne de base de données sur les principaux indicateurs pour chaque SDSP et la ligne de base des principaux indicateurs du projet. Grâce à l'appui des ATD, la complétude et la promptitude du RMA au niveau régional ont été améliorées en particulier en ce qui concerne l'organisation de la collecte des données au niveau des CSB, mais surtout par la transmission des rapports mensuels d'activités des CSB vers les districts. Les ATD contribuent à la mise à jour du quartier général des CSB avec la collecte des données de base, la compilation et l'analyse des données. Donc, grâce à cet appui, il y a une dynamique qui s'installe dans l'analyse des données dans les CSB. En plus, les ATD appuient les CSB dans le suivi, la commande et la gestion des intrants de santé.

Une série de vérification financière a été effectuée d'une manière continue à partir du mois de Mai 2013, pour évaluer la gestion de fonds des partenaires et apprécier l'éligibilité des dépenses faites au niveau de chaque région, selon le calendrier de vérification. Il s'agit principalement de procéder à des vérifications des rapports financiers et des pièces justificatives par un échantillonnage et une évaluation du système de contrôle suivant les normes généralement admises, à savoir les réconciliations bancaires systématiques et les séparations des tâches incompatibles. Il est ressorti des visites sur terrain que les capacités de gestion dont disposent les DRSP ne sont pas optimales et présentent des lacunes. D'une manière générale, l'évaluation des systèmes de contrôle révèlent une absence de procédures formelles dans le traitement des dépenses, ce qui dans certains cas occasionnent des cas de confusion, tels sont les cas de la non tenue du registre bancaire ou de la caisse. Des recommandations ont été formulées et émises à l'endroit de ces partenaires et une série des formations sur la gestion financière ont été organisées dans l'ensemble des régions. Par ailleurs, en fin d'année 2013 et en début 2014, les cinq DRSP de Sava, Menabe, Analanjirifo, Atsimo Andrefana et Anosy ont fait l'objet d'audit financier et d'audit du système réalisé par le cabinet d'expert international MOORE STEPHENS. Ces exercices ont permis des lacunes énormes quant à la capacités des DRSP et SDSP à assurer une bonne gestion financière. Ceci a permis au projet de définir et d'initier des actions importantes de renforcement de capacité et de suivi au niveau de ces partenaires pour l'année 2014. Dans le cadre du renforcement des capacités institutionnelles au niveau des régions et des districts, la mise en place du système de « monitoring pour action » par le projet a permis de suivre les dossiers et les activités dans le PTA avec l'EMAD et l'EMAR de manière systématique et régulière. En mois de juin et juillet 2014, une micro-évaluation de certains partenaires comme la DRSP de Boeny a été réalisée par le cabinet Ernst & Young Madagascar et le rapport final sera partagé ultérieurement.

#### 4.5. Résultat 3 : Gestion des intrants (appui au circuit d'approvisionnement des médicaments : SALAMA, PhaGDis, PhaGeCom)

##### a) Appui aux EMAD pour la gestion des PhaGDis et des PhaGeCom

Les progrès restent mitigés dans ce domaine de gestion de l'approvisionnement des intrants. Néanmoins, la plupart des indicateurs pour le résultat 3 ont été amélioré comme : le nombre de supervisions effectuées par le SDSP dans le cadre de la gestion des intrants pharmaceutiques ; le nombre de commandes effectuées par les PhaGDis (Fréquence). Le montant total des médicaments commandés par les PhaGDis a diminué par rapport à l'année précédente selon les dernières données disponibles des régions. Quelques districts n'ont pas encore en effet fournis les rapports FANOME et cela peut expliquer ces résultats mitigés.

**Tableau 6: Situation pour la gestion des PhaGDis et PhaGeCom**

	Nombre de supervisions effectuées par le SDSP dans le cadre de la gestion des intrants pharmaceutiques.		Nombre de commandes par les PhaGDis (Fréquence)		Montant total des médicaments commandés par les PhaGDis (prix)	
	2013 T2	2014 T2	2013 T2	2014 T2	2013 T2	2014 T2
Sava	10	21	4	4	38,187,019	48,646,380
Analanjirifo	0	0	6	6	60,185,941	56,309,554
Menabe	0	32	5	5	29,134,576	17,519,940

Atsimo Andrefana	9	27	7	6	34,760,568	42,988,076
Anosy	3	1	1	1	43,582,567	54,190,348
Atsinanana	13	74	7	9	70,615,485	84,011,920
Vakinakaratra	45	115	6	6	88,389,889	79,144,795
Boeny	0	13	10	12	89,262,607	78,410,578
Betsiboka	0	15	3	3	22,091,598	12,493,580
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>298</b>	<b>49</b>	<b>52</b>	<b>476,138,250</b>	<b>473,715,171</b>

(Source : Rapport trimestriel par région juillet 2014)

La situation de rémunération des dispensateurs de médicaments et des gardiens des CSB constitue encore un défi pour le Programme PASSOBA-Santé. En effet, le nombre de CSB dans lesquels les dispensateurs et le gardien sont effectivement payés par la Commune n'a pas changé par rapport à l'année précédente. Et avec l'augmentation du nombre de CSB fonctionnels (dénominateur), le pourcentage des dispensateurs et des gardiens régulièrement rémunérés a actuellement diminué. Comme montre le tableau ci-dessous, la situation reste un grand défi dans toutes les régions, car seulement 9.4% des dispensateurs sont payés régulièrement dans les neuf régions pour le deuxième trimestre de 2014.

**Tableau 7 : Situation des dispensateurs des PhaGeCom**

Region	2013 T2			2014 T2		
	Nombre de dispensateur effectivement payés par la Commune	CSB fonctionnel	% des dispensateurs payés	Nombre de dispensateurs effectivement payés par la Commune	CSB fonctionnel	% de dispensateurs payés
Atsimo-Andrefana	10	181	5.5%	0	184	0.0%
Menabe	7	74	9.5%	4	86	4.7%
Anosy	13	70	18.6%	13	75	17.3%
Analanjirifo	1	120	0.8%	1	120	0.8%
Sava	21	129	16.3%	16	131	12.2%
Boeny	14	86	16.3%	4	91	4.4%
Betsiboka	12	52	23.1%	10	57	17.5%
Vakinankaratra	16	138	11.6%	46	144	31.9%
Atsinanana	5	164	3.0%	5	169	3.0%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>1,014</b>	<b>9.8%</b>	<b>99</b>	<b>1,057</b>	<b>9.4%</b>

(Source : Rapport trimestriel par région juillet 2014)

Pour la région de Betsiboka, non seulement certains gardiens et dispensateurs ont démissionné suite aux longues périodes de non-paiement, mais aussi certaines communes ont une difficulté dans le recrutement des nouveaux gardiens et de dispensateurs pour le remplacement, car la situation ne s'améliore pas. Pour la région d'Anosy, cette situation a été exposée durant l'atelier de restitution de l'étude financière de SALAMA et du FANOME. L'analyse sur le non-paiement de Vakinankaratra montre que la majorité des communes, qui n'ont pas payés leurs salaires, se trouvent dans les districts ruraux comme Betafo et Mandoto. Pour Atsimo Andrefana, les gardiens et les dispensateurs de tous

les CSB n'ont pas encore reçu leurs salaires depuis le premier trimestre 2014. La sensibilisation des maires a été réalisée de manière régulière par les EMAD et par les ATDs dans toutes les régions lors des missions dans les différentes communes, mais les résultats concrets sont restés jusqu'ici plutôt négatifs. Dans toutes les régions, les communes ont répondu qu'il n'y avait pas de subventions étatiques depuis 2013. Ce qui explique en partie ce non paiement.

Comme recommandé pendant le dernier COPI en 2014, le projet a réalisé un inventaire et un état des lieux complet de la situation de tous les dispensateurs et des gardiens pour l'organisation d'une réunion ad hoc entre l'UE, l'UNICEF et le Ministère de la Santé dans le but de prendre des actions provisoires, afin de résoudre cette situation. Le président de la commission Santé du parlement ainsi que la DEP ont également fait un plaidoyer auprès de l'Assemblée et du conseil de gouvernement à ce sujet, en particulier concernant l'allocation pour chaque commune sur la base du nombre de CSB par le Ministère de la Décentralisation et de l'Intérieur. Les discussions continuent entre le Ministère de la Santé Publique et le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, et permettraient de déterminer une meilleure solution technique.

Le projet a appuyé des visites de suivi, des supervisions et des audits du FANOME. Une analyse exhaustive des besoins des CSB a été conduite pour permettre l'appui des PhaGeCom. Cette analyse a permis l'identification des 400 premiers CSB qui nécessitent impérativement la dotation d'un lot de redémarrage en médicaments essentiels, d'une valeur moyenne de 2 millions d'Ariary par CSB (respectivement 1,908,602 Ariary (662 euros) pour le CSB1 et 2,167,254 Ariary (751 euro) pour le CSB2). Les CSB bénéficiaires devront toutefois remplir au préalable un certain nombre de conditions minimales de bonne gestion et de mesures de pérennisation. Un appui au renforcement de la gestion des PhaGeCom est en cours de réalisation à travers l'appui des ATD et avec les supervisions des MI et des ATR. Cette dotation en médicaments essentiels est prévue pour la fin de l'année 2014.

#### b) Appui au FANOME et au fonctionnement de SALAMA

En ce qui concerne la gestion des intrants pharmaceutiques nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires de base et du 1er niveau de référence, une analyse approfondie du fonctionnement du cycle d'approvisionnement a été réalisée par le bureau d'étude AEDES. Un atelier de restitution a été organisé à Antananarivo le 24 Juin 2014 pour partager les grandes lignes de ce rapport et les principales recommandations avec le MSANP, les principaux utilisateurs du FANOME et les principaux partenaires. Par ailleurs, un mémorandum d'attente a déjà été signé entre le Ministère de la Santé, l'UNICEF et SALAMA pour l'appui de ce dernier, en vue de soutenir sa trésorerie, en particulier par le paiement du loyer des entrepôts et du salaire des employés.

#### c) Recapitalisation de la SALAMA

Des scénarii ont été élaborés en Novembre - Décembre 2013 pour appuyer la gestion des intrants pharmaceutiques nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires de base. Ces scénarii ont été partagé avec SALAMA et le "Desk Officer" de l'UE et il s'est dégagé un consensus sur des pistes pour appuyer SALAMA et le FANOME. Depuis le mois de Mars 2014 et en attendant les conclusions de l'évaluation financière de la SALAMA et du FANOME, le projet PASSOBA soutient la trésorerie de la SALAMA sous forme d'une subvention de fonctionnement par :

- Prise en charge de cout de salaire du personnel pour une période d'un an
- Paiement des frais de loyer des entrepôts de SALAMA pour un an

Par ailleurs, le projet a commandé quatre camions pour SALAMA pour lui permettre d'assurer et d'améliorer son système de transport des médicaments et d'autres intrants de sante.

Conduite par l'AEDES, l'évaluation financière et une analyse de la viabilité financière de la Centrale d'achat de médicaments essentiels et de matériels médicaux de Madagascar (SALAMA) ainsi que de tout le système d'approvisionnement (FANOME) a eu lieu du 20 mai au 24 juin 2014: ceci en vue de déterminer le montant et les conditions de recapitalisation du système de distribution des médicaments dans les infrastructures publiques de Madagascar.

Les différentes analyses ont conduit à la formulation de recommandations en faveur d'un rétablissement des mécanismes de monitoring et de contrôle du fonctionnement du FANOME à tous les niveaux du système, dans un contexte où seraient clarifiées les liaisons fonctionnelles et les prérogatives de chaque acteur du système, DPLMT, DDS, DSH, DRS, SDSP en particulier

Les propositions de cette évaluation sont présentées dans le rapport final et presente trois scenarii pour la recapitalisation du système et de SALAMA :

- la première option suggère une recapitalisation du fonds de roulement (stock/trésorerie) pour permettre de financer l'augmentation du besoin en fonds de roulement conséquence d'une augmentation du chiffre d'affaires attendue après le rétablissement de l'État dans son rôle de régulateur. Les financements disponibles sur le PASSOBA (4,6 M€) permettraient de prendre en charge l'augmentation du stock et une contribution pour un montant de 0,368M€ après recapitalisation qui pourraient être utilisée pour un audit des 112 PhaGDis et le financement d'une étude de faisabilité de construction d'une centrale d'achats aux normes OMS de bonnes pratiques de stockage et de distribution (dans une « vision 2040 »).
- La deuxième option donnerait la priorité à l'achat du site actuellement loué par SALAMA (et dont la valeur est estimée actuellement MGA 8 milliards). La recapitalisation du fonds de roulement se ferait avec le montant restant soit environ 48 à 50% du besoin de recapitalisation calculé sans possibilité de financement de l'audit des 112 PhaGDis ni possibilité de financement d'une étude de faisabilité de construction d'une centrale d'achats aux normes OMS.
- La dernière option est formulée en lien avec la recommandation à long terme formulée pour SALAMA de mobiliser les moyens en vue de la réalisation des investissements nécessaires à la constitution des locaux indispensables à terme à la réalisation des activités d'une centrale d'achat, mais elle consiste à anticiper dès maintenant les conséquences d'une telle orientation. Une première étape pourrait consister en particulier à obtenir de l'État, la dotation d'un terrain de plusieurs hectares, suite à une évaluation des volumes de stockage nécessaires à l'activité anticipée de SALAMA à l'horizon 2040. Les investissements en bâtiments seraient réalisés dans un deuxième temps, soit sur les fonds du PASSOBA (option 2) soit à partir des marges d'autofinancement dégagées par l'augmentation du FDR obtenue grâce à (l'option 1).

#### **4.6. Résultat 4 : l'Accessibilité financière des populations les plus vulnérables**

Pour toutes les 9 régions, le nombre de bénéficiaires inscrits par les Communes sur le Fond d'Equité (FE) a fortement augmenté. Avec l'appui des ATDs, le nombre de bénéficiaires inscrits sur le FE a augmenté presque 8 fois plus, comparé à l'année 2013, selon les dernières données disponibles au niveau des régions. La liste des indigents a été mise à jour dans la plupart des communes avec une forte implication des ATD.

**Tableau 8 : Situation des Fonds d'Équité et des rapports FANOME / FE**

Region	Nombre de bénéficiaires inscrits sur le FE		Nombre des rapports de gestion des recettes du FANOME par les COGE		Nombre des rapports de gestion du fonds d'équité.	
	2013 T2	2014 T2	2013 T2	2014 T2	2013 T2	2014 T2
Atsimo-Andrefana	1068	<b>5334</b>	313	418	313	<b>418</b>
Menabe	966	<b>2652</b>	224	244	225	<b>244</b>
Anosy	ND	<b>5321</b>	417	231	412	<b>231</b>
Analanjirifo	1356	<b>5854</b>	363	360	363	<b>363</b>
Sava	90	<b>3580</b>	241	247	202	<b>208</b>
Boeny	159	<b>2767</b>	117	155	124	<b>114</b>
Betsiboka	ND	<b>1217</b>	84	118	84	<b>118</b>
Vakinakaratra	ND	<b>2831</b>	422	432	422	<b>432</b>
Atsinanana	497	<b>3144</b>	ND	19	ND	<b>19</b>
<b>Total</b>	<b>4,136</b>	<b>32,700</b>	<b>2,181</b>	<b>2,224</b>	<b>2,145</b>	<b>2,147</b>

(Source : Rapport trimestriel par région juillet 2014)

Pour la région d'Anosy, les ATD, avec l'appui des EMAD ont fait la mise à jour de ces listes, vu que la plupart de ces listes disponibles ne sont pas réelles (élaborées sans aucune rigueur). Pour le District d'Amboasary, les ATD et les Chefs CSB ont pu regrouper la population y compris les démunis au niveau des formations sanitaires, afin de les sensibiliser sur leur droit. Pour les nouvelles régions de PASSOBA-Santé, l'actualisation est en cours avec l'appui des ATD, par contre la région d'Atsinanana a déjà renouvelé cette liste dans la plupart de ses districts. Dans quelques communes, la collaboration avec la mairie reste encore un défi. D'ailleurs, les ATD, les ATR et l'EMAD continuent de faire le plaidoyer auprès des Maires et des chefs Fokontany pour la réactualisation de la liste, pour qu'elle puisse être opérationnelle au niveau des CSB à l'avantage des vrais démunis.

Le nombre des rapports de FANOME et FE est également un indicateur pour le résultat 4 du projet. La diminution significative de complétude de ces rapports dans la région d'Anosy est essentiellement due aux problèmes d'insécurité dans cette partie de la région durant cette période de rapport. Avec l'appui des ATDs et la supervision intégrée, l'utilisation des outils de gestion, les rapports, et les manuels ont été améliorées, mais la dernière version du manuel de FANOME a été faite en 2004. Les ateliers pour mettre à jour le guide FANOME ont été organisés durant le mois d'octobre 2013 et août 2014, en vue d'améliorer le système du FANOME et du FE avec une collaboration avec l'équipe de la DDS. Le projet PASSOBA-Santé a apporté un appui technique pour la préparation et à l'organisation des ateliers qui ont été beaucoup appréciés par le gouvernement, y compris le Ministère de la Population qui est en train d'élaborer la stratégie nationale de la protection sociale. Les expériences de PASSOBA-Santé sur l'actualisation de la liste des démunis peut contribuer à l'élaboration de la stratégie nationale de la protection sociale selon le SG du Ministère de la Population.

Avec l'appui des ATD et des EMAD, la redynamisation des Comite de Sante (COSAN) et Comite de Gestion (COGE) se poursuit dans tous les districts et permet d'initier le dialogue avec les autorités municipales. Des sessions de formation des COGE ont également eu lieu pour améliorer la capacité de leurs membres dans le suivi et la gestion de tous les fonds au niveau des CSBs. Quant au

fonctionnement du COGE, pour la région de SAVA, 100% des COGE dans les 131 CSB sont fonctionnels. Lors du deuxième trimestre 2014, 11% du budget a été consacré à la redynamisation des COGE /COSAN de SAVA. Pour la région de Betsiboka, sur les 57 formations sanitaires, 40 disposent d'un COGE selon l'arrêté communal et 16 sont en attente d'arrêté et 1 en cours d'identification des membres. 87,5% des COGE disposent des PV de réunion donc 35/40 sont opérationnels ; Pour la région d'Analanjirifo, 112 COGE sont fonctionnels sur les 120 CSB; pour la région Anosy, l'inventaire de tous les COGE a été fait par les districts avec l'appui des ATD, au cours du premier trimestre 2014, 68 sur 76 CSB ont un COGE fonctionnel. Il faut noter aussi que 47 CSB ont un compte bancaire et 44 avec des cosignataires. Pour la région de Vakinankaratra, l'inventaire des COGE est déjà effectué et les mesures pour redynamiser les COGE non-fonctionnels sont déjà mises en place. Sur 144 COGE, il y a 3 COGE non-fonctionnels ; 2 au district de Betafo (CSB 2 d'Ankabahaba & CSB 1 d'Antanamahaza) et 1 dans le CSB 2 d'Ambatolampy. Les ATDs et les EMAD, en étroite collaboration avec les mairies/les communes sont en train de corriger cette situation actuellement. Pour la région d'Atsimo Andrefana, l'inventaire de tous les COGE a été fait par les districts avec l'appui des ATD ; 177/184 CSB ont un COGE fonctionnel. Les COGE des 7 CSB qui restent fermés pour cause de bâtiment et d'insécurité ne sont pas fonctionnels ; 98 CSB/177 fonctionnels ont un compte bancaire avec deux signataires. Pour la Région Atsinanana, si au début de l'année 2014, 7 CSB ne disposent pas de compte bancaire ou de compte à la micro finance, à la fin du mois de juillet 2014, il ne reste plus qu'un seul dont l'ouverture est en cours pour un CSB de Toamasina I. 148/173 CSB n'étaient pas fonctionnels au début de l'année, 169/173 sont fonctionnels à la fin du mois de juillet 2014 ; les 4 non fonctionnels se situent à Marolambo.

Les COSAN organisent une réunion semestrielle sous l'impulsion du projet pour renforcer les organes communautaires. Les ATD appuient l'organisation de ces réunions. Cependant, la rédaction systématique du compte-rendu des réunions reste un point à améliorer. Notons aussi que le projet appuie et encourage les synergies et la complémentarité avec d'autres acteurs travaillant au niveau communautaire, comme par exemple, le projet d'USAID (MIKOLO), UNICEF (projet SMNC), UNFPA (projet conjoint de SMN de l'UNICEF-UNFPA) etc. Cette approche permet d'éviter la duplication des interventions communautaires, de privilégier la complémentarité et l'efficacité des interventions. C'est ainsi qu'au niveau régional, des réunions de coordination des interventions communautaires sont instituées entre UNICEF, USAID (MIKOLO), UNFPA, etc.

Pour améliorer la gestion des ressources financières disponibles au niveau des formations sanitaires de base, les cinq régions ont organisé en 2013, avec l'appui des EMAD, des audits financiers dans les CSB1 et dans les CSB2. Les détails issus de ces audits ont été décrits dans le rapport précédent. Les quatre nouvelles régions ont également organisé des audits en début 2014. Les principales conclusions seront partagées dans la réunion du comité de pilotage de Novembre 2014. Les DRSP et les SDSP s'attèlent actuellement à mettre en place l'appui nécessaire pour corriger les déficiences constatées avec l'aide des ATDs. Par ailleurs, le projet appuie la supervision des EMAD pour le suivi de la gestion des fonds de l'état, ceux issus du FANOME et du FE ainsi qu'une meilleure complémentarité entre les sources de financement.

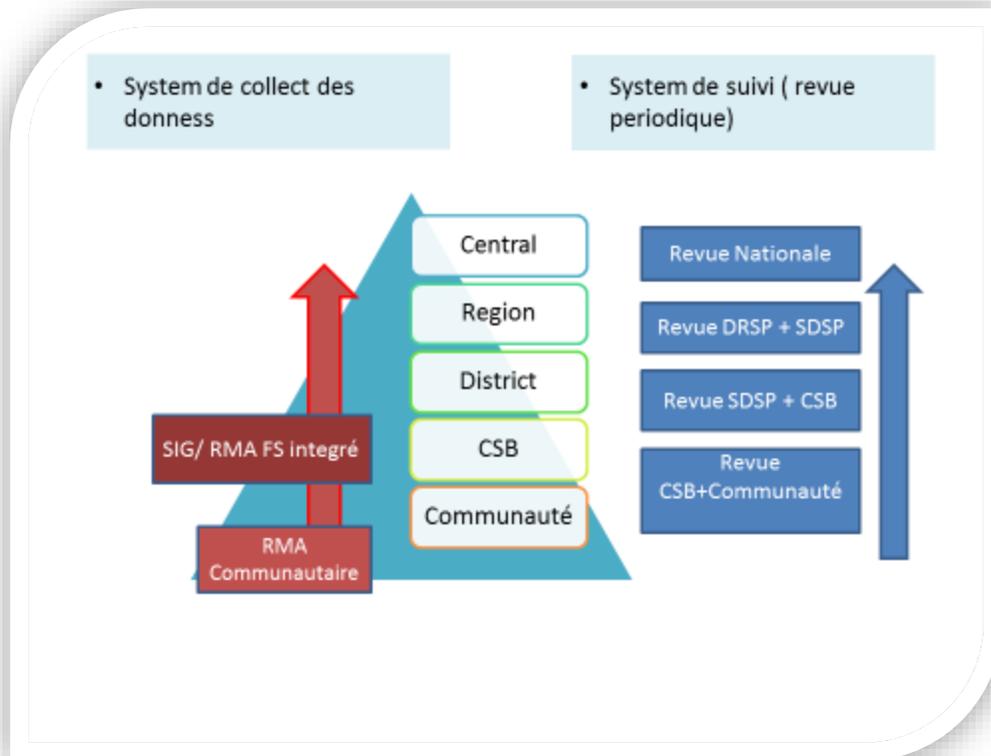
## 5. Suivi et évaluation

Le projet PASSOBA-Santé a mis en place un système de suivi au niveau du projet, il a contribué en même temps à l'amélioration du système de suivi-évaluation dans le secteur santé, en vue de la simplification et de la rationalisation du système. Ce système englobe deux composantes.

### a) Le système de suivi-évaluation au niveau du MSANP

Le système de suivi-évaluation de la santé est une composante essentielle du système national de la santé publique. Le Projet PASSOBA-Santé en collaboration avec tous les partenaires a initié le travail d'amélioration de la gestion des données et du système d'analyse, avec une forte implication dans l'appui des directions centrales depuis mai 2013. Comme ci-dessous, il y a deux systèmes de mesure pour la collecte et l'analyse des informations quantitatives et qualitatives. Pour les informations quantitatives, on a un système de collecte des données obtenu à partir du RMA (rapport mensuel d'activité), au niveau des CSB géré par le Service de Statistique Sanitaire (SSS). Pour les informations qualitatives ou le système d'analyse des données pour l'amélioration de la situation, il y a des systèmes de revue périodique au niveau des CSB, des districts, et des régions gérés par la DEP.

**Graphique 1 : Le système de suivi-évaluation au niveau du MSANP**



En ce qui concerne le système des informations quantitatives, les défis majeurs sont : i) les multiples rapports à remplir par les CSB; ii) les multiples indicateurs et le manque de compréhension commun sur les quelques indicateurs ; iii) la non existence du système de rapportage harmonisé pour les activités communautaires ; iv) le manque de compréhension commune sur les quelques indicateurs. En vue de simplifier et d'améliorer le système d'information sanitaire, les activités suivantes ont été réalisées par le projet PASSOBA avec la collaboration des PTF, à savoir : (i) l'harmonisation et la simplification des canevas de rapports des programmes verticaux dans le RMA unifié au niveau des Formations Sanitaires ; (ii) l'élaboration du rapport mensuel des activités communautaires ayant le même système que le GESIS RMA pour l'intégration et le pré-test de canevas dans la région Atsinanana ; et iii) l'identification des indicateurs essentiels et du programme ainsi que l'élaboration du draft de manuel des indicateurs dans le secteur santé qui est prévu pour la validation au quatrième trimestre 2014. L'identification des indicateurs de des ressources des formations sanitaires qui serviront de planification basée sur l'évidence est également réalisée.

Par rapport au système de la revue périodique, avec l'appui du projet PASSOBA-Santé, toutes les régions et les districts ont organisé leurs revues pour évaluer l'état de mise en œuvre du PTA ainsi que leur performance. Les rapports de ces revues sont disponibles. En vue de renforcer la capacité de MSANP et crée la synergie entre le système de collecte des données gérées par le Service de Statistique Sanitaire (SSS) et l'analyse gérée surtout par le Service de Suivi et Evaluation (SSE), la formation sur GESIS pour les responsables GESIS dans les districts et dans les régions a été réalisée dans les régions PASSOBA-Santé, tout en facilitant la collaboration entre ces deux services. Le projet PASSOBA-Santé a réalisé une orientation sur EPI Info et Dev Info pour les directions du niveau central (DDS, DSI, DEP, DPLMT, DRH), s'appuyant sur la visualisation des données sur la cartographie en vue de faciliter l'analyse de performance par région et par district.

#### b) Le système de suivi-évaluation du Projet PASSOBA-Santé

Lors de la réunion du 2ème COPI, une recommandation sur les indicateurs de PASSOBA-Santé a été; (ii) la nécessité d'arriver à la compréhension commune sur les définitions et sur le mode de calcul des indicateurs via une réunion technique tripartite UE-UNICEF-MINSANP. Faisant suite à cette recommandation, le manuel des indicateurs PASSOBA-Santé a été finalisé et validé entre la tripartite UE-UNICEF-MINSANP (DEP, DDS et DSI) après quelques réunions techniques. Ce guide a été partagé aux directions centrales et aux ATR et CR pour la diffusion auprès des équipes MSANP dans les régions.

Quelques indicateurs ne sont pas disponibles dans le système existant de collecte de données par le MSANP à travers le RMA, le projet a développé un modèle de rapports mensuels des ATDs, de synthèse de rapport mensuel des ATDs par district, et du rapport trimestriel du projet PASSOBA-Santé par région élaboré par les ATR et les CR. Le rapport mensuel des ATD est également utilisé pour vérifier les résultats des travaux des ATDs par le MI et les ATR. D'autres outils ont été également développés avec les initiatives des ATR et des CR selon les besoins concernant le travail quotidien, y compris le Rapport mensuel d'utilisation des motos, et les outils qui sont partagés pour apprendre de bonnes pratiques dans les autres régions. En vue d'améliorer le système du suivi régulier sur les performances, y compris la gestion financière, PASSOBA-Santé a développé des outils (par exemple le canevas de rapport mensuel sur le monitoring pour action) et a mise en place un système de monitoring pour action avec l'équipe EMAD et EMAR.

c) Suivi des indicateurs par région

Les graphiques dans cette partie montrent les progrès réalisés sur les indicateurs du projet pendant la période couverte pour ce rapport (sep 2013-août 2014) et qui sont disponibles dans le SIG/RMA.

Il s'agit de l':

- Augmentation de 8% du taux d'utilisation de la Consultation Externe dans les districts des régions appuyées
- Augmentation de 5% du taux d'utilisation de la Consultation Prénatale dans les districts des régions appuyées
- Augmentation de 4% des consultations postnatales
- Augmentation de 7% des consultations pour les enfants de 0 à 5 ans
- Augmentation de 4% de taux de couverture en CPN 4.

La source d'information est essentiellement le système d'information sanitaire (GESIS) auprès du Service Statistique Sanitaire (SSS) de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) en vue d'harmoniser la date d'exportation des données, pour que les données venant des régions soient comparables. Toutes les données ont été exploitées le 19 août 2014. Il faudrait noter que le dernier délai d'envoi des données du mois de juin 2014 aux SSS est le 31 juillet 2014 pour les DRSP. Cependant, les données utilisées dans cette partie est jusqu'au mois de juin. Les données sont les nombres absolus obtenus du rapport mensuel des activités (RMA) au niveau des CSB et ainsi donc elles sont affectées par la complétude de rapport RMA. Ces données augmentent progressivement avec le temps.

**Tableau 9: Taux de complétude du rapport RMA**

Region	Année	sep	oct	nov	dec	jan	feb	mar	avr	mai	jun
Vakinankaratra	Sep 2012-Juin 2013	95.5	96.5	94.0	93.0	92.8	93.3	92.8	94.3	92.8	94.3
	<b>Sep 2013-Juin 2014</b>	<b>88.7</b>	<b>92.5</b>	<b>90.6</b>	<b>87.3</b>	<b>93.8</b>	<b>91.4</b>	<b>92</b>	<b>89.2</b>	<b>91.0</b>	<b>87.3</b>
Sava	Sep 2012-Juin 2013	85.7	85.7	85.0	80.5	95.7	95.7	94.3	96.5	96.5	96.5
	<b>Sep 2013-Juin 2014</b>	<b>97.2</b>	<b>93.7</b>	<b>95.1</b>	<b>73.2</b>	<b>96.5</b>	<b>96.5</b>	<b>97.2</b>	<b>90.8</b>	<b>95.8</b>	<b>87.3</b>
Boeny	Sep 2012-Juin 2013	85.7	87.6	86.7	79.0	93.1	92.3	93.3	93.4	96.3	91.6
	<b>Sep 2013-Juin 2014</b>	<b>87.2</b>	<b>90.8</b>	<b>90.8</b>	<b>83.6</b>	<b>90.5</b>	<b>89.7</b>	<b>88</b>	<b>82.1</b>	<b>72.6</b>	<b>83.1</b>
Betsiboka	Sep 2012-Juin 2013	85.2	72.2	72.2	77.8	92.9	92.9	87.5	91.1	91.1	91.1
	<b>Sep 2013-Juin 2014</b>	<b>59.6</b>	<b>43.9</b>	<b>35.1</b>	<b>35.1</b>	<b>93</b>	<b>93</b>	<b>91.2</b>	<b>89.5</b>	<b>86.0</b>	<b>85.0</b>
Atsinanana	Sep 2012-Juin 2013	92.4	89.2	93.4	89.6	94.7	95.8	94.7	94.1	93.2	92.8
	<b>Sep 2013-Juin 2014</b>	<b>94.3</b>	<b>93.8</b>	<b>86.6</b>	<b>80</b>	<b>88.4</b>	<b>90.5</b>	<b>92</b>	<b>91.5</b>	<b>93.5</b>	<b>79</b>
Analanjirifo	Sep 2012-Juin 2013	90.8	92.6	91.8	79.3	94.3	91.8	88.6	90.2	91.9	92.7
	<b>Sep 2013-Juin 2014</b>	<b>95.9</b>	<b>96.7</b>	<b>95.1</b>	<b>93.5</b>	<b>96.8</b>	<b>96.8</b>	<b>97.6</b>	<b>93.5</b>	<b>44.4</b>	<b>82.9</b>
Atsimo Andrefana	Sep 2012-Juin 2013	78.0	82.8	82.0	66.4	87.2	88.5	89.4	89.5	89.0	87.7
	<b>Sep 2013-Juin 2014</b>	<b>86.4</b>	<b>88.6</b>	<b>86.5</b>	<b>63.6</b>	<b>90</b>	<b>89.6</b>	<b>88.3</b>	<b>79.7</b>	<b>75.8</b>	<b>75.0</b>
Anosy	Sep 2012-Juin 2013	91.4	93.6	91.4	88.3	91.7	91.5	94.8	94.9	92.9	89.9
	<b>Sep 2013-Juin 2014</b>	<b>87.6</b>	<b>90.8</b>	<b>90.7</b>	<b>58.2</b>	<b>91.8</b>	<b>89.8</b>	<b>92.8</b>	<b>89.8</b>	<b>86.9</b>	<b>83.8</b>
Menabe	Sep 2012-Juin 2013	93.8	96.3	95.1	87.8	90.8	88.5	88.5	90.8	90.8	88.8
	<b>Sep 2013-Juin 2014</b>	<b>90.1</b>	<b>91.3</b>	<b>92.4</b>	<b>83.9</b>	<b>91.6</b>	<b>89.4</b>	<b>88.4</b>	<b>88.4</b>	<b>91.6</b>	<b>82.1</b>

(Source : GESIS SSS date d'exploitation 22 août 2014)

Le taux de complétude du rapport RMA présenté dans le tableau ci-dessus montre une légère variation pour toutes les régions. Dans les régions de Boeny et d'Analanjirifo on note des augmentations progressives, mais d'une manière générale c'est une fluctuation.

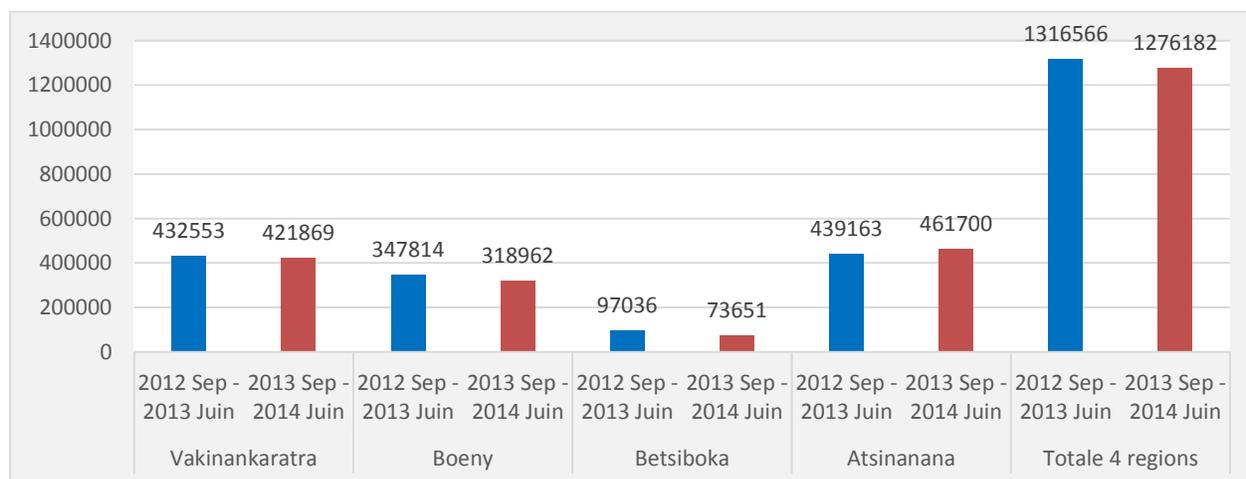
**Graphique 2 : Nombre des personnes ayant utilisé les Consultation Externe (Nb de nouveau cas) dans cinq régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

Les consultations externes de la population dans les cinq premières régions (Sava, Analanjirifo, Atsimo-Andrefana, Anosy, Menabe) ont progressivement augmenté en chiffre absolu depuis le début du projet en septembre 2012. La moyenne des cinq régions pour la première année de mise en œuvre était augmentée d'environ 10%. L'ouverture de la plupart des CSB pour la première année et l'amélioration de la qualité des soins peuvent expliquer cette augmentation. Pour la deuxième année (2013 sep- 2014 juin), il y a des augmentations légères du nombre de la population, de 960306 à 994346 (3,5%). La situation globale des consultations externes pour les neuf régions sera présentée lors de la reunion du comité de pilotage de Novembre 2014.

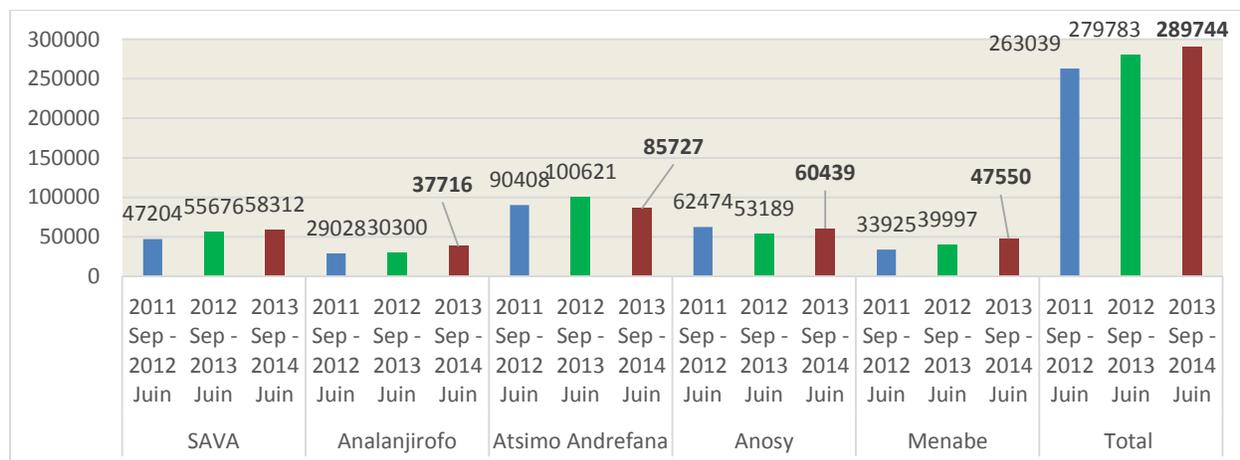
**Graphique 3: Nombre des personnes ayant utilisé les Consultation Externe (Nb de nouveau cas) dans quatre régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

Dans les quatre nouvelles régions, les chiffres absolus montrent une baisse de 3% par rapport à 2013, en particulier pour les régions de Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra en raison d'une faible complétude du rapport RMA. Dans les nouvelles régions, les efforts sont en cours sur l'amélioration de la gestion des données à travers la formation GESIS pour les responsables GESIS au niveau des districts et des régions.

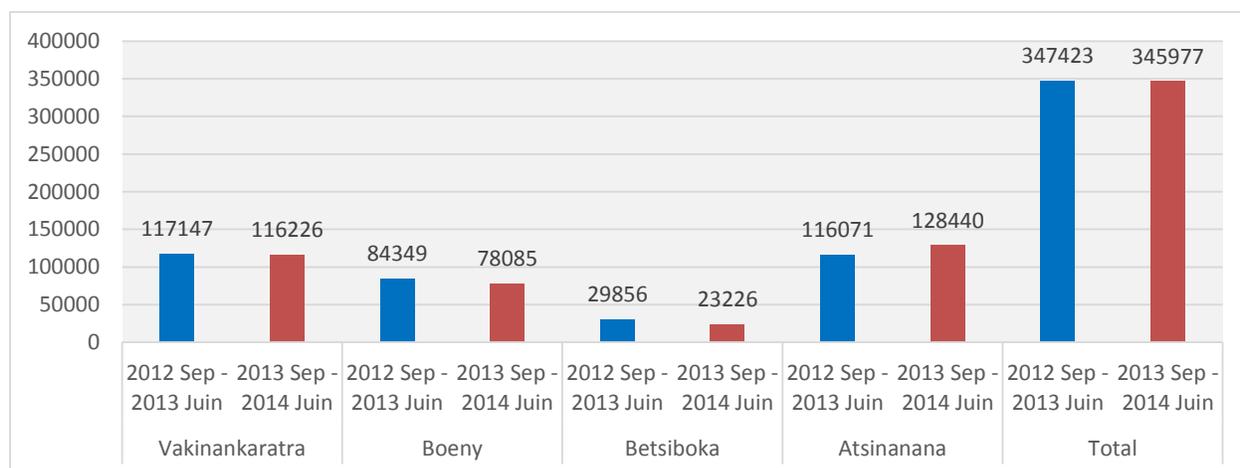
**Graphique 4 : Nombre des enfants de 0 à 5 ans ayant utilisé les Consultation Externe (Nb de nouveau cas) dans cinq régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

Le nombre total des enfants moins de cinq ans ayant effectué une consultation externe a aussi légèrement augmenté en chiffre absolu dans toutes les régions sauf dans la région d'Atsimo-Andrefana selon la base des données du SSS qui est le destinataire final dans le système de statistique sanitaire.

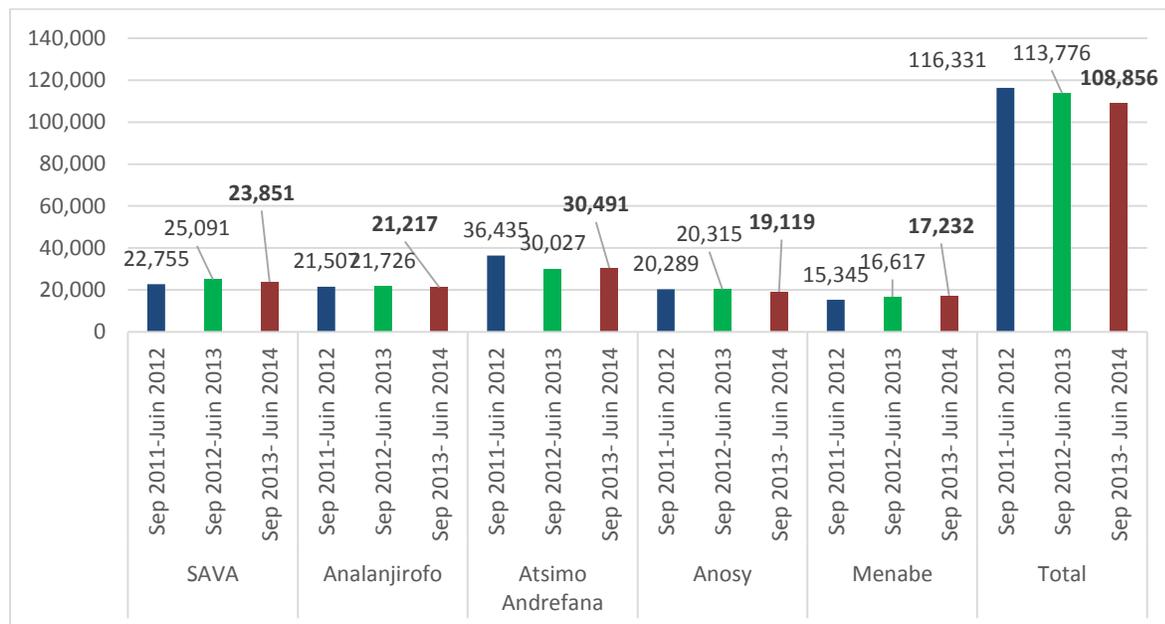
**Graphique 5 : Nombre des enfants de 0 à 5 ans ayant utilisé les Consultation Externe (Nb de nouveau cas) dans quatre régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

La région d'Atsinanana a montré un résultat positif avec une augmentation de 10,6% pour les nombres de nouveau cas des enfants de moins de 5ans. Néanmoins, comparant les deux périodes de 2013 et 2014, le nombre total d'enfants de moins de cinq ans ayant effectué une consultation externe dans toutes les quatre régions montrent une légère baisse de 0,4%.

**Graphique 6 : Nombre des femmes enceintes ayant utilisé les CPN1 dans 5 régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

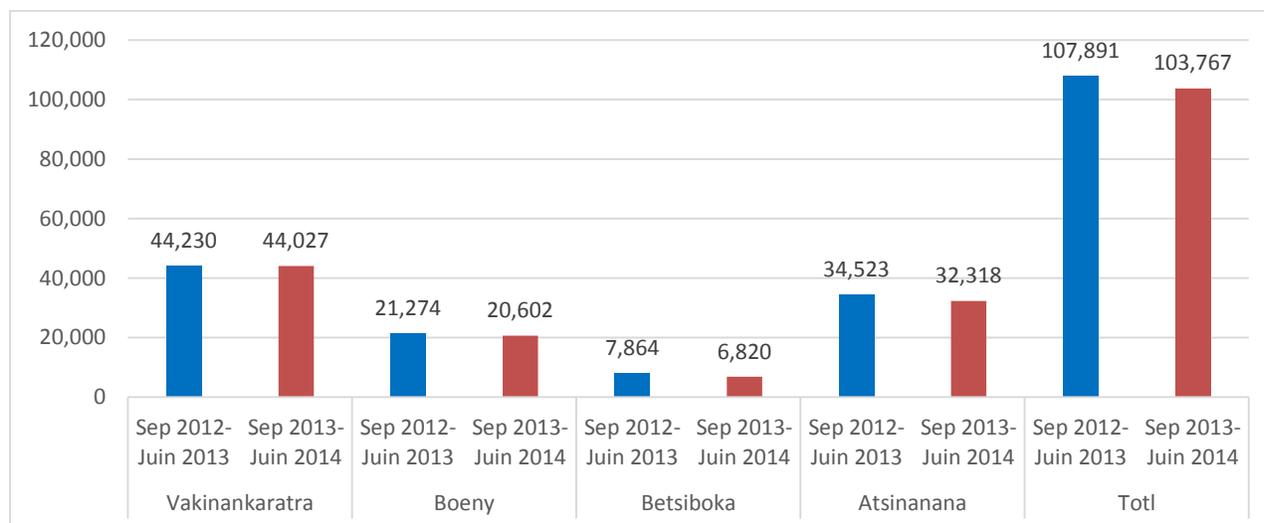
Dans les régions d'Atsimo Andrefana et Menabe ont marqué un nombre élevé de femmes enceintes ayant utilisé les CPN1 pour l'année 2013 et 2014. Néanmoins, il faut noter aussi que ce nombre de femmes enceintes ayant utilisés les CPN1 a diminué pour le total 5 régions.

La figure ci-dessous montre la tendance des données annuelles de CPN1 pour 22 régions. Afin de comparer les régions d'intervention PASSOBA avec d'autres régions et en fonction de la taille de la population, les régions ont été divisés en six groupes: 1) 5 régions PASSOBA de la première phase, 2) 4 nouvelles régions constituant l'extension du projet, 3) la région d'Analamanga, la capitale du pays, 4) les régions du nord, 5) les régions du sud, et 6) les régions au niveau central. Comme le montre la figure, le nombre de CPN1 a augmenté de 2012 à 2013, cette augmentation est la plus forte dans 5 régions du PASSOBA (4,66%) par rapport aux 22 régions du pays (voir le tableau ci-dessous).

**Tableau 10: L'évolution 2012-2013(CPN1)**

Regions	2012	2013	Le taux augmentation
1ère phase PASSOBA (5 régions) Analanjirifo , Atsimo-Andrefana, Anosy, Sava, Menabe	133132	139335	4.66%
2ème phase PASSOBA (4 régions) Atsinananan, Boeny, Betsibok, Vakinakaratra	125692	124424	-1.01%
4 régions nord (Diana, Sofia, Melaky, Alaotra Mangoro)	95471	98940	3.63%
4 regions centrales ( Bongolava, Itasy, Amoron'i Mania, Haute Matsiatra)	87495	90024	2.89%
4 regions sud (Androy, Atsimo-Atsinanana, Ihorombe, Vatovavy Fitovinany)	111335	111497	0.15%
Capital ( Analamanga)	67144	68037	1.33%
Total 22 regions	620269	632257	1.93%

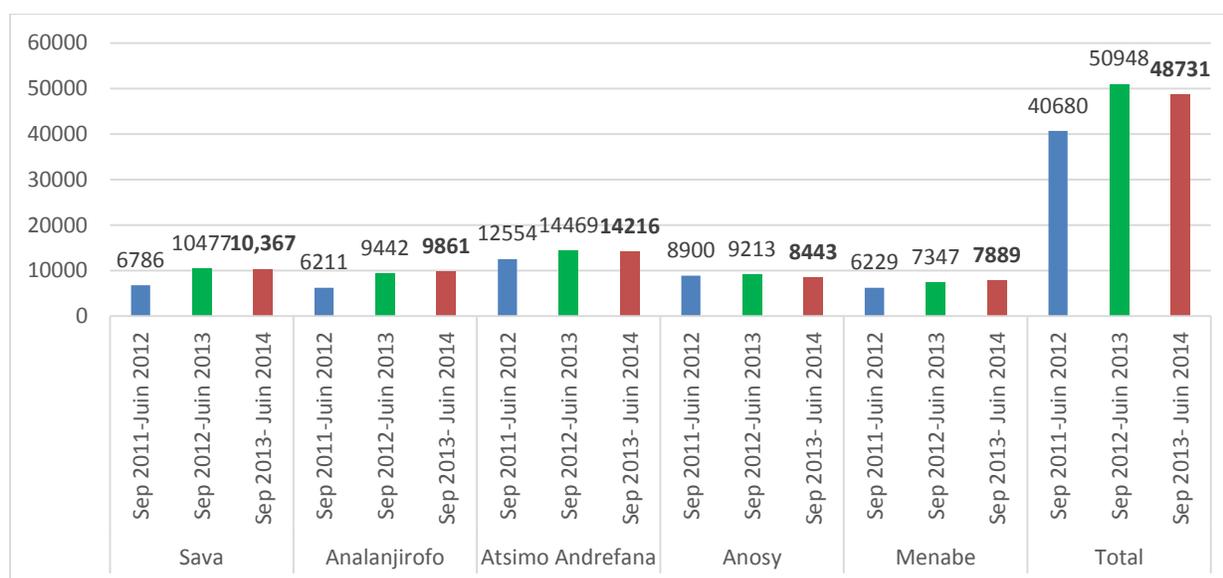
**Graphique 8 : Nombre des femmes enceintes ayant utilisé les CPN1 dans 4 régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

D'une manière générale, le nombre de femme enceinte ayant utilisé le CPN1 dans les 4 nouvelles régions a diminué 3,8% pour l'année 2014 par rapport à l'année 2013. Toutes les régions ont connu une baisse en termes de valeur absolu mais cette baisse a été très marquée pour la région de Betsiboka et la région d'Atsinanana.

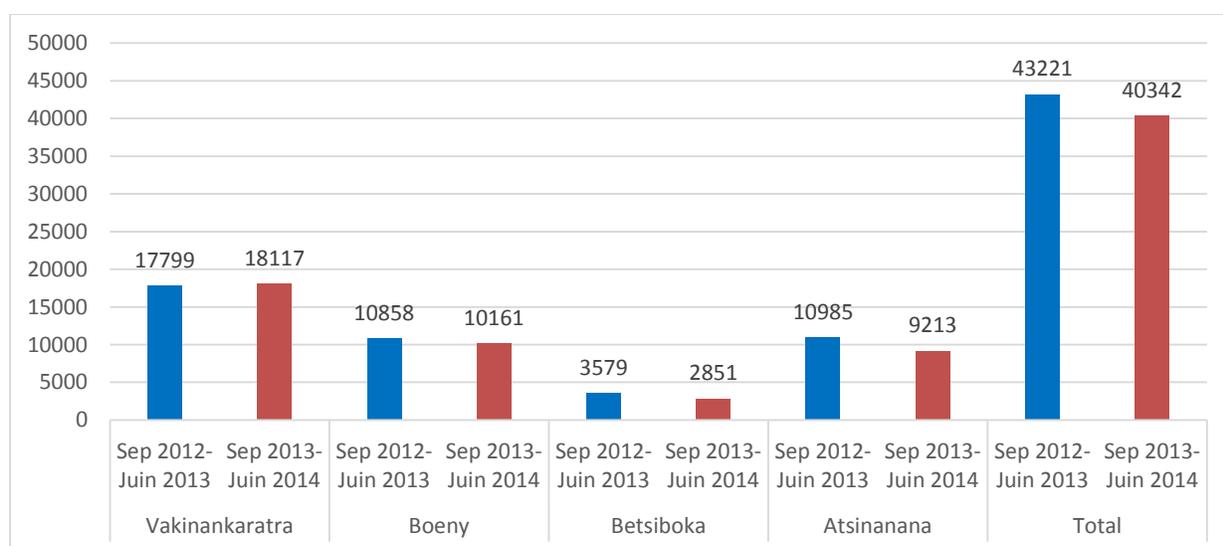
**Graphique 9 : Nombre des femmes enceintes ayant utilisé les CPN4 dans 5 régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

Le nombre des femmes enceintes ayant utilisé les CPN4 a un peu diminué pour l'année 2014 pour la totalité des 5 régions après une augmentation entre 2012 et 2013. Mais la valeur reste élevée par rapport à celle de 2012. Les régions qui ont marqué cette baisse sont la région de Sava, d'Atsimo Andrefana et celle d'Anosy. Les régions d'Analanjirofo et de Menabe ont connu une augmentation dans la dernière année.

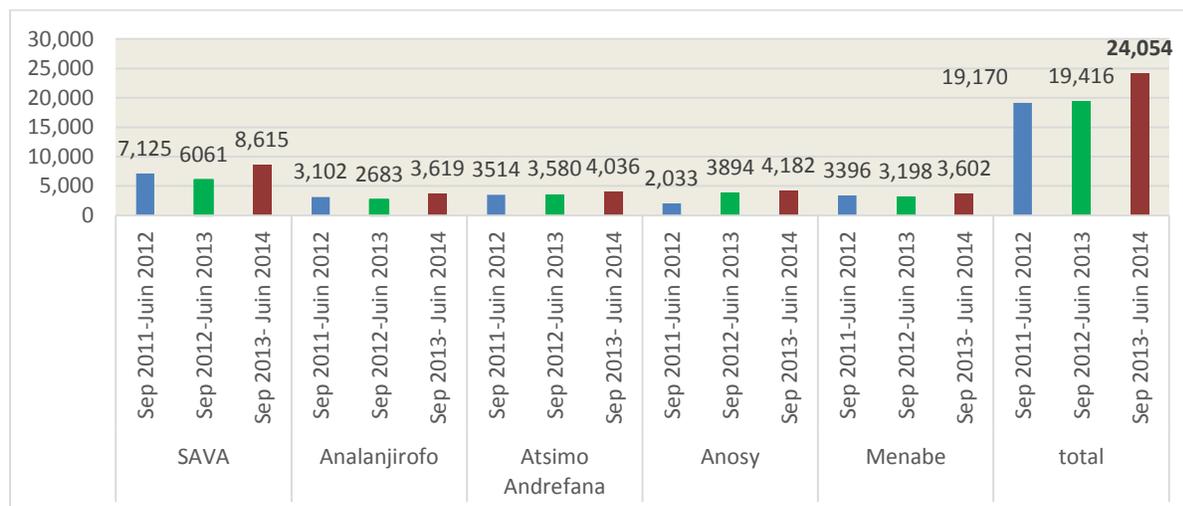
**Graphique 10 : Nombre des femmes enceintes ayant utilisé les CPN4 dans 4 régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

Trois régions parmi les quatre ont connu une baisse du nombre des femmes enceintes ayant utilisé les CPN4 qui auraient contribué à la baisse de 6,66% pour la totalité des 4 régions pour l'année 2014 par rapport à 2013. Seule la région de Vakinankaratra a connu une augmentation, et c'est cette région qui a la valeur la plus élevée parmi les 4 régions.

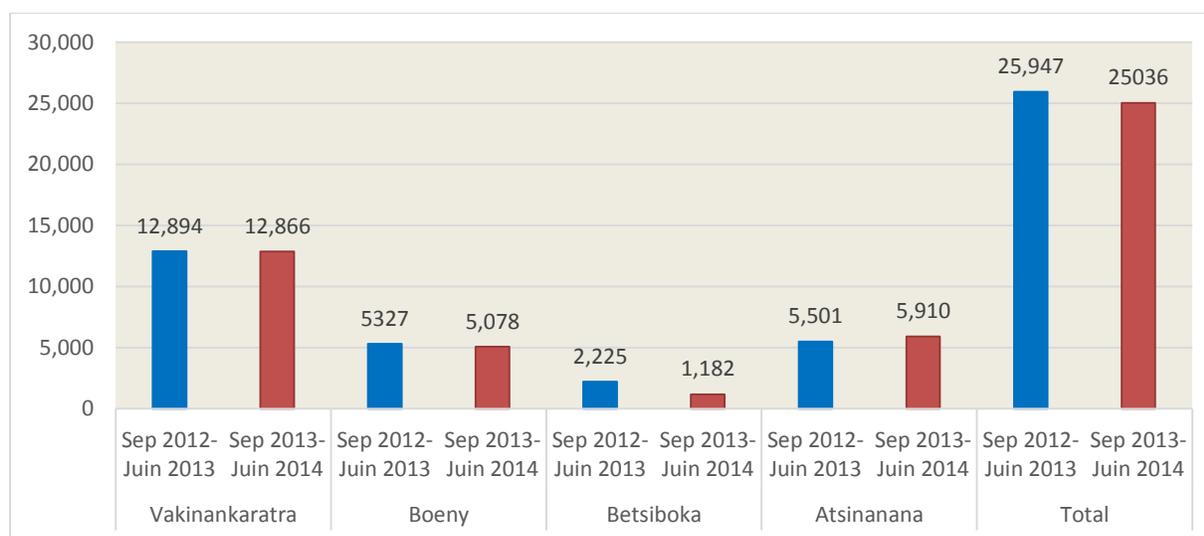
**Graphique 11 : Nombre des consultations Postnatales dans 5 régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

Les consultations post-postnatales ont également sensiblement augmenté dans tous les régions cours de cette deuxième année de mise en œuvre allant jusqu'à 23,8%. Dans les quatre nouvelles régions de PASSOBA (Vakinakaratra, Boeny, Betsiboka, Atsinanana), le nombre des consultations Post-Natales n'est pas augmenté (voir le graphique 11).

**Graphique 12 : Nombre des Postnatal dans 4 régions**



(Source : GESIS SSS date d'exploitation 19 aout 2014)

En ce qui concerne les données non disponibles au niveau du RMA/SIG, elles sont obtenues par le rapport trimestriel de la région PASSOBA-Santé. Toutes les quatre nouvelles régions (Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra, Atsinanana) ont également utilisé ce canevas à partir du deuxième trimestre 2014. En vue de montrer le progrès global des régions de PASSOBA-Santé, les données du dernier trimestre (T2 2014) ont présenté et ont été comparé par rapport au même période de l'année précédente.

Il s'agit de l'

- Augmentation de 8% de la couverture de la population en CSB fonctionnels
- Augmentation de 10% des rachats effectués par les PhaGeCom sur recettes du FANOME
- Augmentation de 10% du nombre d'indigents pris en charge par le système de santé de base
- Augmentation de 10% de l'utilisation des fonds d'équité

**Tableau 11: Population couverte en CSB fonctionnels**

	2012	2013	2014*
Anosy	630157	676322	687284
Menabe	582765	665961	689960
Analanjirifo	1179130	1239272	1297677
Atsimo-Andrefana	1211348	1328399	1346118
Sava	1098323	1142391	1174378
<b>Sub Total 5 regions</b>	<b>4701723</b>	<b>5052345</b>	<b>5195417</b>
Atsinanana	NA	1308548	1298747
Boeny	NA	585890	665327
Betsiboka	NA	285578	300768
Vakinakaratra	NA	2009875	2086811
<b>Sub Total 4 regions</b>	<b>NA</b>	<b>4189891</b>	<b>4351653</b>
Grand total 9 regions		9242236	9547070

(Source : Rapport trimestriel par région juillet 2014)

D'une manière générale, avec la réouverture des CSB fermés au début du projet, la population couverte par les CSB fonctionnels augmente soit environ une augmentation de 3,29 % pour 2014 dans 9 régions PASSOBA-Santé. Ça veut dire que 30,000 personnes de plus ont maintenant accès à un CSB.

La population couverte par les CSB fonctionnels augmente avec la réouverture des CSB, qui ont été encore fermés lors du début de projet. Les 4 nouvelles régions sont arrivées jusqu'à 3,7 % d'augmentation en 2014. Pour les 5 premières régions, la plupart des CSB ont été ouverts pendant les premières années (2013).

**Tableau 12 : Montant totale des rachats effectués par les PhaGeCom sur recettes du FANOME**

	Montant total des rachats effectués par les PhaGeCom (total de la région)		Montant des recettes du FANOME		% des rachats effectués par les PhaGeCom sur recettes du FANOME	
	2013 T2	2014 T2	2013 T2	2014 T2	2013 T2	2014 T2
Atsimo-Andrefana	27,626,728	33,643,189	52,442,135	41,454,789	52.7%	81.2%
Menabe	40,791,256	25,743,322	47,435,671	28,329,626	86.0%	90.9%
Anosy	28,622,098	32,677,583	47,334,228	51,992,394	60.5%	62.9%
Analanjirifo	47,548,809	43,637,532	66,929,670	57,180,789	71.0%	76.3%
Sava	18,445,987	20,892,162	38,172,520	53,217,373	48.3%	39.3%
Boeny	63,642,797	51,117,078	33,231,864	35,147,616	191.5%	145.4%
Betsiboka	25,523,253	20,780,329	24,781,598	18,714,533	103.0%	111.0%
Vakinakaratra	105,907,523	86,923,165	134,341,768	116,369,686	78.8%	74.7%
Atsinanana	69,797,799	70,299,069	77,452,142	97,968,840	90.1%	71.8%
<b>Total</b>	<b>427,906,250</b>	<b>385,713,430</b>	<b>522,121,597</b>	<b>500,375,646</b>	<b>82.0%</b>	<b>77.1%</b>

(Source : Rapport trimestriel par région juillet 2014)

Concernant le taux des rachats effectués par les PhaGeCom sur recettes du FANOME, il a majoritairement évolué pour toutes les régions sauf celles de Sava, de Boeny et de Vakinankaratra. Cependant, force est de souligner que le montant total a connu une importante variation et l'augmentation a été surtout accentué pendant le T2 de 2013.

**Tableau 13 : Nombre total d'indigents pris en charge par le système de santé de base**

Region	Nombre de bénéficiaires inscrits sur le FE		Nombre total d'indigents pris en charge par le système de santé de base	
	2013 T2	2014 T2	2013 T2	2014 T2
Atsimo-Andrefana	1,068	<b>5,334</b>	1,068	<b>215</b>
Menabe	966	<b>2,652</b>	104	<b>159</b>
Anosy	ND	<b>5,321</b>	99	<b>382</b>
Analanjirifo	1,356	<b>5,854</b>	197	<b>507</b>
Sava	90	<b>3,580</b>	316	<b>403</b>
Boeny	159	<b>2,767</b>	487	<b>479</b>
Betsiboka	ND	<b>1,217</b>	200	<b>132</b>
Vakinakaratra	ND	<b>2,831</b>	531	<b>680</b>
Atsinanana	497	<b>3,144</b>	472	<b>752</b>
<b>Total</b>	<b>4,136</b>	<b>32,700</b>	<b>3,474</b>	<b>3,709</b>

(Source : Rapport trimestriel par région juillet 2014)

Comme montre le tableau ci-dessus, le nombre total des indigents pris en charge par le système de santé de base a été augmenté en général sauf pour la région de Betsiboka et Atsimo-Andrefana. L'amélioration de la gestion du FE de manière plus transparente peut contribuer à la diminution de

cette cible, néanmoins, l'utilisation de CSB par les indigents n'a pas changé de manière significative, comme l'augmentation du nombre de bénéficiaires inscrits sur le FE.

**Tableau 14 : Total des fonds d'équité utilise dans les CSB**

Region	Nombre de bénéficiaires inscrits sur le FE		Nombre d'indigents pris en charge sur FE au niveau des CSB		% d'indigents pris en charge sur FE par rapport au total nombre d'inscrits sur le FE	
	2013 T2	2014 T2	2013 T2	2014 T2	2013 T2	2014 T2
Atsimo-Andrefana	1068	<b>5334</b>	1,068	215	100.0%	<b>4.0%</b>
Menabe	966	<b>2652</b>	104	159	10.8%	<b>6.0%</b>
Anosy	ND	<b>5321</b>	99	382	ND	<b>7.2%</b>
Analanjirofo	1356	<b>5854</b>	197	507	14.5%	<b>8.7%</b>
Sava	90	<b>3580</b>	279	412	310.0%	<b>11.5%</b>
Boeny	159	<b>2767</b>	496	475	311.9%	<b>17.2%</b>
Betsiboka	ND	<b>1217</b>	200	279	ND	<b>22.9%</b>
Vakinakaratra	ND	<b>2831</b>	531	439	ND	<b>24.6%</b>
Atsinanana	497	<b>3144</b>	472	752	95.0%	<b>23.9%</b>
<b>Total</b>	<b>4,136</b>	<b>32,700</b>	<b>3,446</b>	<b>3,620</b>	<b>83.3%</b>	<b>10,5%</b>

(Source : Rapport trimestriel par région juillet 2014)

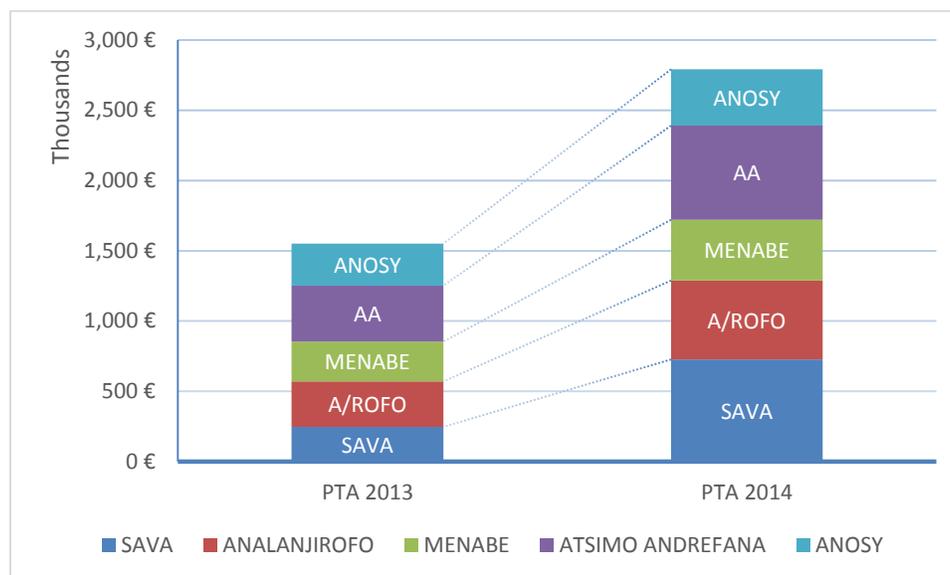
Comme le montre le tableau ci-dessus, le pourcentage d'indigents pris en charge sur FE par rapport à leur nombre inscrit sur le FE a diminué de 10.5% en 2014 par rapport au 83,4% en 2013. Comme expliquée avant, l'amélioration de la gestion du FE de manière plus transparente peut contribuer à une « fausse » diminution de cette cible. Néanmoins, les expériences sur les terrains ont montré la faible utilisation de FE par les bénéficiaires. L'étude précédente (GAVI, 2012) a permis de constater la perception des démunis par rapport à la gratuité des soins dans les CSB et les raisons de cette faible utilisation. Par ailleurs, la mission conjointe de l'équipe de la DDS et de PASSOBA-Santé en juillet 2014 dans les 2 régions (Boeny et Betsiboka) a également relevé que la connaissance de la population générale et la population démunis sur la gratuité des soins, les avantages et le rôle du FE est faible. Les TDR d'une étude CAP sur les démunies pour l'utilisation du Fonds d'Equité a été élaboré sur base de cette mission et des différents rapports du projet PASSOBA-Santé avec comme objectif de compléter l'étude de GAVI et d'identifier les stratégies et moyens de sensibilisation la population sur l'utilisation du FE. L'étude sera réalisée dans le quatrième trimestre.

## 6. Etat d'exécution financière

### 6.1 Au niveau des PTA régional :

En ce qui concerne l'exécution financière au niveau régional, il est à noter dans un premier temps que les budgets prévus dans les PTA 2014 des cinq régions initiales du projet ont sensiblement évolué si l'on compare aux chiffres de PTA 2013), Ce qui ramène les totaux du PTA 2014, toujours pour les cinq régions initiales du projet (SAVA, Analanjirofo, Menabe, Atsimo Andrefana, Anosy) à presque 2,8 millions d'Euros. Le graphique suivant montre cette évolution avec un accent particulier sur SAVA qui a quasiment doublé leur estimation pour l'année 2014.

**Graphique 13: Evolution des budgets annuels initiés au niveau régional en Milliers d’Euros**



En ce qui concerne l’exécution financière au niveau des DRSP, le tableau et le graphique ci-dessous montrent le niveau de décaissement fait dans les neuf régions financées par le projet PASSOBA et le taux d’absorption des fonds par rapport à leurs PTA 2014. Le taux global de réalisation est de 52% tandis que chaque région présente des taux de réalisations plus ou moins hétérogènes. Comme les régions sont à mi-chemin de leur période d’exécution de l’exercice fiscal 2014, ce taux moyen est considéré comme relativement acceptable par rapport à la période restante de mise en œuvre. Pour cette année, la région Boeny et Atsimo Andrefana ont fourni une planification plutôt réaliste et sont arrivées à absorber respectivement 87% et 96% des fonds de leurs PTA. Par contre, la DRSP Vakinankaratra a sous-évalué leur capacité en planifiant moins d’activités, ce qui implique que les dépenses à mi-parcours atteignent déjà le niveau de 100%. Le tableau ci-après montre les montants équivalents en Euro des transferts de fonds effectués en faveur des régions pour les activités implémentées directement par ces derniers, les achats assistance correspondent aux activités d’achat faites par l’UNICEF pour le compte et à la demande des DRSP, il s’agit principalement des matériels médicaux, équipements pour les CSB et des matériels informatiques qui rentrent dans le cadre de l’appui aux régions.. Les responsables régionaux estiment en effet ne pas disposer encore des capacités nécessaires pour ces types d’opération. La partie « autres » concerne les assistances directes fournies pour le compte des DRSP et qui sont jugées à des coûts optimaux, comme l’installation des connexions en réseau internet au cours de l’année 2014.

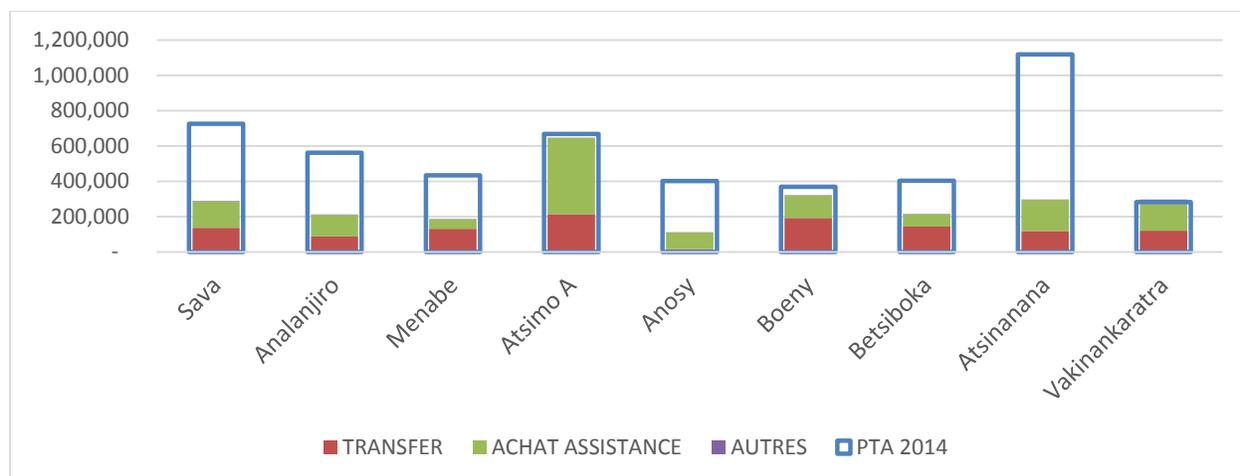
**Tableau 15 : Transfert des fonds aux régions en fonction des PTA**

En EURO

		PTA 2014	TRANSFER	ACHAT ASSISTANCE	AUTRES	Total	%
RG1	Sava	725,952	136,691	151,911	754	289,355	40%
RG2	Analanjiro	562,219	88,328	121,886	1,039	211,252	38%
RG3	Menabe	434,002	131,056	54,673	569	186,299	43%
RG4	Atsimo A	669,004	214,788	429,166	1,363	645,317	96%
RG5	Anosy	402,350	15,673	93,845	1,480	110,998	28%
RG6	Boeny	368,845	192,231	128,992	823	322,047	87%
RG7	Betsiboka	403,979	144,782	68,594	104	213,480	53%
RG8	Atsinanana	1,119,119	119,395	175,100	1,326	295,821	26%
RG9	Vakinankaratra	283,506	120,867	173,681	563	295,111	104%
		4,968,975	1,163,810	1,397,849	8,021	2,569,680	52%

Le graphe ci-dessous met en évidence le niveau de réalisation faite pour les neuf régions de PASSOBA

**Graphique 14: Mise en œuvre financière des PTA des régions**



Il faut également noter que certaines Régions comme celles d'Analanjirofo, SAVA et Anosy avaient planifié plus d'activités au moment où leurs capacités de mise en œuvre restent très faibles, mais aussi le blocage multiple de ces régions pour non justification des fonds reçus auparavant. La mise en œuvre effective des PTA suivie de décaissement des fonds de projet a débuté seulement en Mars 2014.

Par ailleurs, l'UNICEF a adopté, à compter de cette année 2014, le système de paiement des certaines rubriques des PTA des régions à travers le système de Mobile Money, pour plus d'efficacité et dans un souci de mitigation des risques de gestion. Ainsi les salaires de la majorité

des agents de Santé et ATD qui sont inscrits dans le projet sont actuellement payés via leurs téléphones mobiles, cette mesure pilote concerne pour le moment les agents (ATD, Paramédicaux et Médecins) des 5 régions initiales du projet.

## 6.2 Au niveau global du projet :

Suivant l'avenant à la convention de contribution no.001 signé le 27 décembre 2013 le montant total du budget s'élève à 31,750,000 Euros alors qu'il était de 21,800,000 Euros au début du projet. Cette augmentation a tenu en compte de l'intégration des 4 nouvelles régions dans le projet PASSOBA – Santé, à savoir : Boeny – Betsiboka – Atsinanana et Vakinankaratra

La répartition entre les rubriques budgétaires est présentée ci-dessous.

**Tableau 16 : Financement- Budget Total 3 ans (In Euro)**

Rubriques	Budget Final
1-Ressources Humaines	5,293,519
2-Déplacements	79,940
3-Equipements et Fournitures	726,922
4- Bureau Local	200,436
5-Autres coûts-Services	420,000
6- Soutien SALAMA	6,000,000
7-Soutien aux DRSP-SDSP	16,775,158
8-Sous-total coûts directs éligibles de l'Action	29,495,974
9- Imprévis ( Extension)	176,923
10. Total coûts directs éligibles de l'Action (8+9)	29,672,897
11. Frais administratifs (max. 7% (10))	2,077,103
<b>12. Total coûts éligibles (10+11)</b>	<b>31,750,000</b>

Cependant, une autre lettre de demande d'amendement du budget a été envoyée à la Délégation de l'Union Européenne le 25 Aout 2014 pour solliciter une extension du projet sans couts supplémentaires d'une année sur la durée de mise en œuvre du Programme. Cette demande concerne également une réduction du budget de l'action sur la partie de son résultat 3 d'environ 4.9 Million d'euro ; ceci aura pour impact de modifier le montant total du budget à 26 millions d'Euros

**Tableau 17 : Utilisation des fonds pour la période allant du 01er Octobre 2012 au 31 Aout 2014 exprimé en EURO<sup>3</sup>**

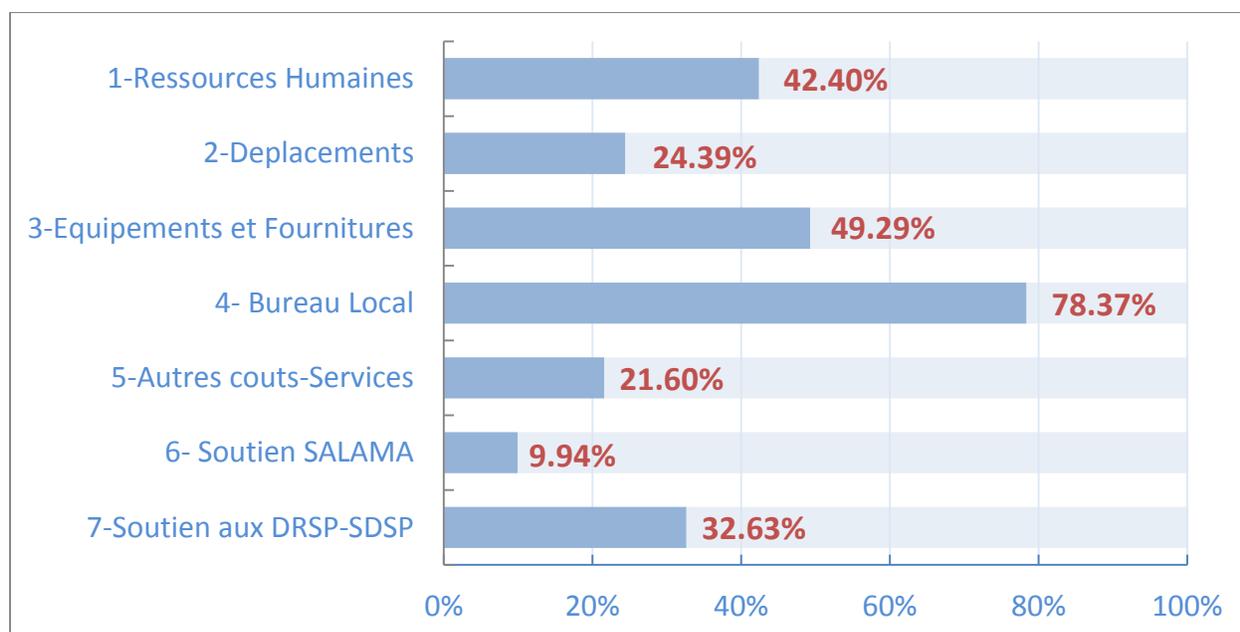
Rubrique	Budget par rubrique	Actual Expenses in EUR	Legal Commitments in EUR	TOTAL
1-Ressources Humaines	5,293,519	2,136,472	108,222	2,244,693
2-Deplacements	79,940	19,501	-	19,501
3-Equipements et Fournitures	726,922	354,738	3,543	358,281
4-Bureau- Local	200,436	156,837	246	157,083
5-Autres couts-Services	420,000	78,983	11,734	90,716
6- Soutien SALAMA	6,000,000	273,153	323,436	596,590
7-Soutien aux DRSP-SDSP	16,775,158	4,803,566	670,426	5,473,992
9- Imprevus ( Extension)	176,923			-
<b>TOTAL</b>	<b>29,672,897</b>	<b>7,823,249</b>	<b>1,117,606.65</b>	<b>8,940,856</b>
<b>Recovery Cost (max. of 7% of Total)</b>	<b>2,077,103</b>			<b>625,860</b>
<b>TOTAL</b>	<b>31,750,000</b>			<b>9,566,716</b>

L'utilisation des fonds pour la période du 1<sup>er</sup> Octobre 2012 au 31 Aout 2014 est de 9,566,716 Euros. Ce montant est constitué respectivement des « Dépenses réelles » de 7,823,249 Euros, des « Obligations légales » de 1,117,607 Euros, ainsi que la part de frais Administratifs valorisés à 625,859.90Euros.

- ✓ Les dépenses réelles ici correspondent aux charges effectives du projet. pour la période de la deuxième Année du Projet, les dépenses se sont focalisées, outres les dépenses de fonctionnement du projet, sur les achats d'équipements des CSB et les soutiens aux Régions
- ✓ Les « Obligations légales » sont constituées des « Bon de Commande » que l'UNICEF a contractés pendant cette période et dont les paiements interviendraient postérieurement. Les commandes en cours sont essentiellement constituées des frais de transits et de transports des articles commandés pour le projet, les frais de prestations relatives aux consultations pour l'évaluation de SALAMA ainsi que les commandes lancés sur les achats de camions destinés à SALAMA.
- ✓ En ce qui concerne la Charge Administrative de 6254,859.90 Euros, celle-ci correspond à la proportion de dépenses inscrites dans le budget à hauteur de 7% des dépenses engagées sur la période.

<sup>3</sup> L'UNICEF a utilisé le taux de change officiel des Nations Unies de 1.32574 correspondant au taux moyen avec lequel les tranches de financements ont été enregistrées sur le compte bancaire de l'UNICEF.

**Graphique 14 : Pourcentage d'utilisation par rubrique par rapport au Budget Total des trois ans**



Le graphique ci-dessus montre la proportion de chaque rubrique de dépenses comparée au budget total du projet pour les trois ans incluant le budget des quatre nouvelles régions. Toutes les rubriques budgétaires présentent actuellement des balances positives, c'est-à-dire que le projet n'observe pas de dépassement budgétaire.

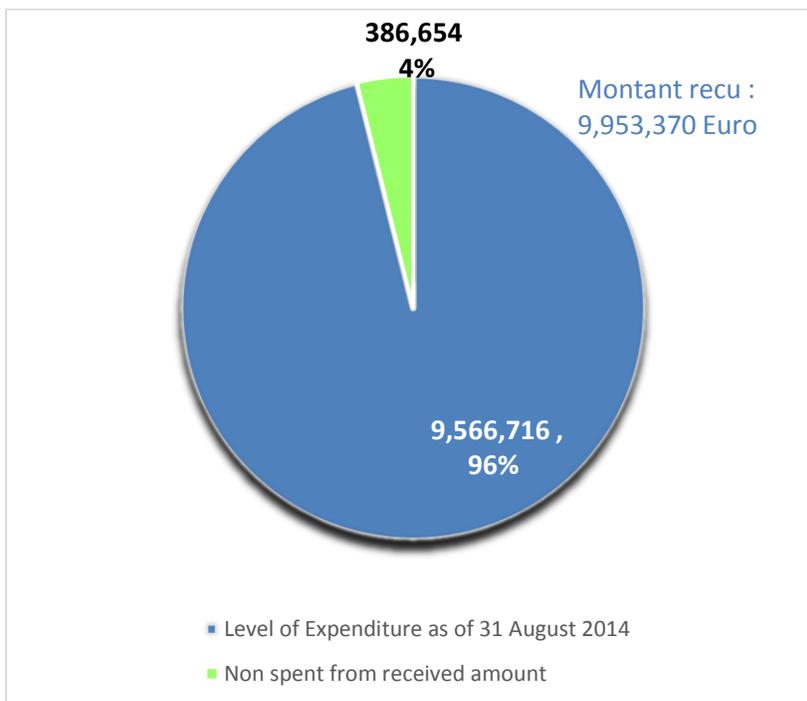
Avec l'augmentation du budget total liée à l'extension du projet dans quatre nouvelles régions, le taux d'exécution financière moyen est de 40% actuellement. Comme le projet est à mi-parcours, la raison de ce faible taux reste le retard pris au commencement effectif du projet, vers Avril 2013. Cependant, le rythme soutenu pour les décaissements laisse prévoir une tendance intensifiée dans les prochains mois. Ainsi :

- ✓ Certaines rubriques présentent des réalisations faibles financièrement comme la rubrique 3 liée aux équipements et fournitures qui a stagné par rapport à la première année, les équipements étant tous procurés et acquis au début du projet, cette rubrique a connu d'un côté une surestimation et de l'autre côté l'UNICEF a bénéficié des avantages comparatives au niveau du marché .
- ✓ Les dépenses liées à l'appui de SALAMA ont repris selon les termes des protocoles d'accord signés au cours de cette période, ces éléments comprennent essentiellement les charges salariales ainsi que les loyers de SALAMA, à noter que cette rubrique est l'objet de la demande d'amendement cité auparavant.

- ✓ L'évolution de la rubrique Soutien aux DRSP reflète l'accélération des décaissements mentionnés antérieurement. Elle a connu un bond par rapport au volume de fonds dépensé à la première année, si ce taux était de 11.93%, ceci a quasiment triplé maintenant avec 32.93% soit, 4,6 millions d'Euros d'augmentation.
- ✓ Comme mentionné auparavant, la rubrique bureau local a été sous-estimée et qu'elle atteindra facilement d'ici 2015 le plafond du budget.
- ✓ Seule la rubrique ressources Humaines présente une évolution constante et cohérente avec l'évolution du projet, avec 42.40% de taux de dépenses, si à la première année c'était à 23.29%.

Concernant le niveau de décaissement par rapport au fonds reçus (en Euro) du donateur, le graphique ci-dessous présente le reliquat de fonds que UNICEF peut dépenser sur la totalité des fonds en trésorerie jusqu'au prochain versement. L'UNICEF a également envoyé une lettre de demande de versement de la troisième tranche le 25 Aout 2014.

**Graphique 16 : Niveau de décaissements par rapport au fonds reçu (En euro)**



## 7. Contraintes, leçons apprises et solutions

Les principales contraintes identifiées et rapportées dans les rapports précédant restent d'actualité et valable pour cette période du présent rapport. Il s'agissait tout particulièrement :

- De la faiblesse dans la qualité des orientations stratégiques et de la coordination déployées par le niveau central du ministère chargé de la sante. La crise sociopolitique qui a prévalu dans le pays y est pour quelque chose, car : (i) l'instabilité institutionnelle a entraîné des changements de certains responsables, (ii) bon nombres de documents-cadres d'orientations stratégiques sont obsolètes, comme le Plan de développement du secteur, les interventions de santé ont été basées sur un Plan intérimaire 2012-2013 et qui a été étendu pour référence de 2014, voire mêmes inexistantes, tels que la politique et le plan de développement des ressources humaines. Actuellement le ministère de la sante avec l'appui des PTF dont UNICEF et en particulier le PASSOBA est en train d'élaborer un autre PNDSS (Plan National de Développement du Secteur de Sante). Par ailleurs, en collaboration avec la DDS, le projet PASSOBA a initié la révision des principaux manuels de gestion des services de santé a tous les niveaux.
- De l'impossibilité de financer directement les Directions et Services du niveau central du MSANP du fait de l'Article 96 de Cotonou, jusqu'à récemment seulement après le retour du pays à l'ordre constitutionnel. Cette situation a quelque peu mitigé l'engouement et la qualité du soutien des responsables du niveau central à la mise en œuvre des activités planifiés par les DRSP et les SDSP et directement financées à leur niveau par le projet PASSOBA. L'UNICEF a beaucoup apporté pour renforcer ce lien de coordination entre central et périphérie à travers des appuis stratégiques, techniques et financiers.
- De la difficulté de trouver du personnel en particulier des médecins qui acceptent l'affectation dans les zones enclavées. Le projet a commencé l'amélioration des conditions de travail du personnel au niveau des CSB, en les mettant aux normes du ministère de la santé grâce à une dotation des matériels et équipements. D'autre part, la finalisation des kits d'installation et de fidélisation du personnel dans les zones enclavées a été achevée et sera mis en place dès qu'il y a un consensus avec le Ministère de la santé sur la pérennisation. Le projet va lancer aussi au mois d'Octobre 2014 un modèle de prime à la performance dans la région d'Atsimo-Andrefana pour motiver le personnel et les fidéliser dans les zones difficiles et enclavées.
- Du retard considérable pris par le projet dans l'appui à la gestion des intrants pharmaceutiques nécessaires au fonctionnement des FOSA de base. Un MOU a été signé entre Le MINSANP, l'UNICEF et SALAMA pour améliorer la gestion logistique des médicaments ainsi que la gestion financière. Ce MOU va permettre d'accélérer la mise en œuvre des activités planifiées dans le résultat 3 du projet. Par ailleurs l'étude financière sur la recapitalisation de la SALAMA est achevée a proposé des pistes de propositions pour accélérer la mise en œuvre des activités de l'axe 3 du projet.

- De la difficulté de mise en œuvre des activités planifiées dans les PTAs à cause des multiples activités non planifiées directement imposées par les partenaires ou le niveau central en particulier les programmes verticaux qui constitue un problème. Le projet PASSOBA-Santé en coordination avec les directions centrales du Ministère de la santé en particulier la DEP a initié l'exercice d'harmonisation du processus de planification et celle de la programmation budgétaire incluant la révision et la simplification des outils. Le progrès est en retard car la DEP est également le point focal pour la finalisation de PDSS. Mais ceci sera suivi par une large dissémination et diffusion à tous les niveaux avec la participation des tous les acteurs impliqués. Ceci aidera aussi les régions dans l'exécution des activités planifiées.
- De l'insécurité en particulier dans les régions du Sud (Anosy et Atsimo-Andrefana) qui a ralenti, dans une certaine mesure, la mise en œuvre du projet dans cette partie du pays. Dans la région d'Anosy, cette instabilité crée un réel problème d'instabilité du personnel dans les centres de santé. Les CSB ouvrent et ferment en fonction de la situation sécuritaire du moment et donc réduit sensiblement la fréquentation des usagers. Le projet PASSOBA-Santé à travers les ATD, ATR et CR va initier un dialogue avec les leaders communautaires dans ces régions pour voir comment protéger les personnels des centres de santé. De plus ceci va documenter les visites de la gendarmerie dans leurs communautés.
- De l'absence d'harmonisation des canevas de rapports périodiques, des données sanitaires au niveau des CSB et des communautés. En collaboration avec d'autres partenaires techniques et financiers, les canevas de rapports ont été harmonisés et le canevas de rapports au niveau des communautés ont été également élaborés après le test sur le terrain au mois de mai 2014 dans les régions de Betsiboka et Analanjirofo. Il est essentiel que le logiciel GESIS soit mis à jour pour bien saisir les rapports intégrés des CSBs et le consultant a été identifié pour réaliser ce travail.
- De lenteur de la reprise progressive de la prise en charge des personnels soignants par le MSANP. Il a été retenu que toutes les ressources humaines recrutées dans le cadre du projet puissent être absorbées par la fonction publique à la fin du projet. Raison pour laquelle, seuls les sortants des IFIRP et des écoles homologuées par le MINSANP sont recrutés dans le cadre du projet. Une des questions principales restant est comment les absorber progressivement. A ce jour seulement 2/44 médecins soit 5% et 112/346 paramédicaux soit 32% ont été intégrés à la fonction publique. Le projet va continuer le plaidoyer pour que l'ensemble des recrutés soit repris par la fonction publique entre 2014 et 2015. Le projet PASSOBA-Santé appuie aussi toutes les régions pour qu'elles finalisent leurs plans régionaux de gestion des RH.
- De la réaffectation de certaines RH vers d'autres postes par le MSANP au moment où le personnel est intégré dans la fonction publique. Parfois les CSB redeviennent non fonctionnels faute de RH. Cet aspect managérial devrait être considéré et faire l'objet d'orientations claires dans les futurs documents-cadre de gestion des RH (PNRH, PNRHS).
- De la faible capacité de directions centrales pour finaliser et diffuser les directives nationales. Avec la crise qu'a connu le pays et l'arrêt de l'appui budgétaire par les principaux partenaires,

la plupart des directions centrales n'ont plus de ressources nécessaires pour mener correctement leur activités, en particulier la finalisation des directives centrales (le manuel des gestions de la région), la multiplication des outils de collecte des données (RMA par exemple), l'actualisation du guide de suivi-évaluation, la supervision des activités etc.

## 8. Plan futur

Au cours de la troisième année de mise en œuvre, le projet se focalisera sur la consolidation des acquis en assurant l'amélioration de la mise en œuvre des interventions planifiées. En particulier :

- La poursuite du recrutement du personnel médical et paramédical dans les quatre nouvelles régions d'extension du projet. Le projet assurera que le maximum des CSB fermés pour raison des RH sont ré-ouverts en 2014. Le plaidoyer pour l'intégration à la fonction publique de l'ensemble des RH recrutées sera une priorité.
- L'appui à la mise en place des documents-cadres stratégiques relatifs à la bonne gestion des RH afin d'assurer la disponibilité équitable et pérenne des ressources humaines à l'ensemble des Centres de santé des régions d'intervention du projet et au pays.
- Un accent particulier sera mis sur les plans régionaux de ressources humaines tenant compte des réalités de chaque région. Ce plan contiendra entre autres les modalités d'octroi des kits d'installation et de prime à la performance dans le cadre de la motivation du personnel. Il va s'assurer qu'un accord doit passer au niveau de la DRH pour que le ministère de la santé puisse poursuivre cette motivation du personnel au-delà du projet PASSOBA-Santé. Il va appuyer la région d'Atsimo-Andrefana pour lancer le projet pilote de prime à la performance en coordination avec les initiatives pilotes de la Banque Mondiale et de l'AFD.
- Le renforcement du système de suivi et évaluation de Madagascar avec la focalisation sur l'amélioration du système de collecte des données statistiques à tous les niveaux. Un accent particulier sera mis sur la simplification et l'harmonisation du système de collecte, l'analyse et la diffusion des données pour la prise de décision et l'action notamment par l'intégration des rapports mensuels à remplir par CSB, l'harmonisation de rapport mensuel des activités au niveau des communautés à remplir par l'AC, et l'actualisation de la manuel des indicateurs pour MINSANP et les partenaires. Une attention particulière sera focalisée au renforcement des mécanismes d'analyse des informations pour l'identification des problèmes et des goulots d'étranglement à l'atteinte des résultats à chaque niveau du système de santé
- Le Renforcement des capacités des EMAR et des EMAD sera soutenu pour s'assurer de l'appropriation et de l'amélioration des compétences managériales des districts et des régions sanitaires. En vue de faciliter les travaux dans les régions et district, l'atelier de mise à jour des manuels des gestions de la région, district et CSB (y compris le cahier de charge de PMA) sera réalisé le mois de septembre. La version mise à jour sera utilisée dans les 9 régions de PASSOBA-Santé pour la phase de test, et ensuite, ils seront amélioré et validé pour la une large diffusion.

- Le soutien continu à l'amélioration de la coordination et de la gestion du système d'approvisionnement des médicaments essentiels et des intrants de santé mais aussi de la gestion financière du FANOME et du Fond d'équité y afférente à tous les niveaux du système de santé, afin d'assurer leur disponibilité permanente de ces intrants dans les centres de santé, et d'améliorer l'accès gratuit des indigents aux soins de santé.

## 9. Visibilité

La cérémonie de lancement officiel de l'extension de PASSOBA – Santé à quatre nouvelles régions a été organisée avec la présence du Premier ministre et ministre de la Santé publique, le Représentant de l'Union européenne à Madagascar et le Représentant de l'UNICEF. La cérémonie s'est déroulée au Centre de Santé de Base Tsivatrnikamo, Antsirabe I, Vakinankaratra, le 10 juillet 2014. L'événement a réuni plus de cent-cinquante invités et a attiré en masse la population locale. Douze journalistes nationaux et treize journalistes locaux ont rapporté l'événement et l'extension de PASSOBA-Santé. Un communiqué de presse a été diffusé au niveau national.

L'autre activité marquante durant cette période de rapport a été la documentation en photos du programme. Un photographe international a été recruté et a visité les cinq premières régions d'intervention du PASSOBA-Santé du 28 avril au 14 mai 2014. Il a pu prendre et mettre à la disposition de l'UNICEF 106 photos conformément au plan de communication du PASSOBA-Santé qui prévoit une banque de photos PASSOBA-Santé. Par ailleurs, une vidéo de douze minutes sur le PASSOBA-Santé a été réalisée et a été présentée lors de la deuxième réunion du Comité de pilotage du PASSOBA-Santé qui s'est déroulée à Tamatave le 12 juin 2014. La vidéo a été fortement appréciée et sera aussi postée sur le site web de l'UNICEF. S'agissant du site web et des réseaux sociaux, des histoires d'intérêt humain sur les nouveaux médecins recrutés (Dr Edhino de Sambava) et les bénéficiaires du Fonds d'Equité (Bebe Rasoà) ont été mises sur le web et les réseaux sociaux.

Des supports de visibilité ont été également produits :

- 2 000 autocollants Petit Format, pour tous les matériels octroyés par le PASSOBA-Santé,
- 4 200 autocollants Moyen Format,
- 1 400 autocollants Grand Format pour les Centres de Santé de Base appuyés par le PASSOBA-Santé,
- 500 affiches dont 200 affiches concernant le PASSOBA-Santé en général, 100 affiches pour chacun des trois des quatre axes du PASSOBA-Santé,
- Cinq (5) banderoles en bâche,
- Cinq (5) roll-ups,
- Soixante (60) tee-shirts.
- Le dépliant a aussi été ajusté pour intégrer les quatre nouvelles régions et pour améliorer la présentation. Il a été imprimé en 400 exemplaires.
- Le bulletin numéro trois a aussi été élaboré et diffusé en 200 exemplaires.
- Un bulletin spécial Comité de pilotage a aussi été élaboré et diffusé en 200 exemplaires.

## 10. Remerciements

- L'UNICEF à Madagascar voudrait exprimer sa gratitude à l'Union européenne, notamment à la Délégation de Madagascar pour leur soutien indispensable et très apprécié vers le renforcement du système de santé à Madagascar. Ces généreuses contributions ont permis et permettront à l'UNICEF de fournir une assistance opportune et cruciale pour le secteur de la santé du pays. Ce financement aura certainement un impact sur la santé et le bien-être de la population, assurant ainsi les progrès vers la réalisation des droits de l'enfant, en dépit de la situation politique difficile.
- L'UNICEF tient également à remercier le gouvernement malgache et l'ensemble des partenaires du programme de la survie et développement de l'enfant pour leur engagement et leur efficace collaboration dans le cadre de la mise en place et l'exécution de ce projet, et sans lesquels les résultats du travail de l'UNICEF n'auraient pas été ce qu'ils sont aujourd'hui.



## ANNEXE :

### RAPPORT FINANCIER A LA DATE DU 31.08.2014 – PASSOBA SANTE

Budget de l'Action <sup>1</sup>			1. Coûts cumulés depuis le début du projet (From 01/10/2012 to 30 August 2014)					
Coûts	Unit	Budget - Coûts (en EUR) (in EUR)	Number of Units	Unit rate (in USD)	Costs in USD	Conversion Rate	Actual Expenses in EUR	Legal Commitments in EUR
<b>1. Ressources Humaines</b>								
1.1 Salaires (salaires bruts y compris sécurité sociale et autres coûts liés, pour employés locaux) <sup>4</sup>								
1.1.1 Equipe technique	Par mois							
Spécialistes santé/PEV (2 staff travaillant chacun à 20% sur le projet)		42,111	6.3	3,520	22,175	1.32574	16,727	0
1.1.2 Equipe administrative	Par mois							
Assistant de Programme		64,859	18	2,446	44,024	1.32574	33,207	0
1.1.3 Equipes régionales de terrain	Par mois						0	
ATR Sava		87,424	12	3,686	44,229	1.32574	33,362	0
ATR Analanjirofo		87,424	16	2,742	43,878	1.32574	33,097	0
ATR Menabe		87,424	18	3,320	59,758	1.32574	45,075	0
ATR Atsimo-Andrefana-Nord		87,424	17	2,666	45,327	1.32574	34,190	0
ATR Atsimo-Andrefana-Sud		87,424	18	3,087	55,565	1.32574	41,912	0
ATR Anosy		87,424	16	3,343	53,480	1.32574	40,340	0
ATR Atsinanana		63,140	8	2,942	23,537	1.32574	17,754	0
ATR Boeni		63,140	9	3,174	28,566	1.32574	21,547	0
ATR Betsiboka		63,140	10	2,432	24,316	1.32574	18,341	0
ATR Vakinakaratra		63,140	2	2,977	5,953	1.32574	4,490	0
Chauffeur Analanjirofo		18,527	18	651	11,723	1.32574	8,842	562
Chauffeur Menabe		18,527	18	833	14,994	1.32574	11,310	562
Chauffeur Atsimo Andrefana Nord		18,527	18	600	10,808	1.32574	8,152	562
Chauffeur Atsimo Andrefana Sud		18,527	18	664	11,946	1.32574	9,011	562
Chauffeur Anosy 1		18,527	18	491	8,836	1.32574	6,665	562
Chauffeur Anosy 2		18,527	17	663	11,279	1.32574	8,508	562
Chauffeur Sava1		18,527	20	747	14,947	1.32574	11,275	562
Chauffeur Sava 2		18,527	13	510	6,626	1.32574	4,998	562
Chauffeur Atsinanana		13,380	8	366	2,931	1.32574	2,211	562
Chauffeur Boeni 1		13,380	8	334	2,669	1.32574	2,013	562

Coûts	Unit	Budget - Coûts (en EUR) (in EUR)	Number of Units	Unit rate (in USD)	Costs in USD	Conversion Rate	Actual Expenses in EUR	Legal Commitments in EUR
Chauffeur Boeni 2		13,380	8	371	2,967	1.32574	2,238	562
Chauffeur Betsiboka		13,380	8	390	3,118	1.32574	2,352	562
Chauffeur Vakinakaratra		13,380	8	510	4,078	1.32574	3,076	562
							0	
1.2 Salaires (salaires bruts y compris sécurité sociale et autres coûts liés, pour employés internationaux)	Par mois						0	
Coordonnateur National		501,717	20	23,122	462,440	1.32574	348,816	0
Spécialistes Santé/PEV internationaux (2 staff travaillant chacun à 20% sur le projet)		171,676	11	7,392	81,311	1.32574	61,333	13,194
Specialiste Procurement et Approvisionnement en Intrants de sante		453,366	13	24,686	320,917	1.32574	242,067	87,106
Specialiste Suivi-Evaluation (M&E)		214,595	15	12,907	193,608	1.32574	146,038	0
Conseiller Regional SAVA et Analanjirofo		429,190	17	14,836	252,209	1.32574	190,240	0
Conseiller Regional Menabe		350,576	21	10,873	228,334	1.32574	172,232	0
Conseiller Regional Atsimo-Andrefana et Anosy		429,190	17	14,348	243,919	1.32574	183,987	0
Conseiller Regional Boeni-Betsiboka		309,971	6	16,310	97,862	1.32574	73,817	0
Conseiller Regional Atsinanana		253,193	6	19,086	120,243	1.32574	90,698	0
Conseiller Regional Vakinakaratra		253,193	5	17,082	85,409	1.32574	64,423	0
1.3 Per diems pour missions/voyages <sup>5</sup>								
1.3.1 Antananrivo-based staff (staff assigned to the Action)	Per diem	54,978	191	92	17,653	1.32574	13,315	0
1.3.2 Field-based expat staff (staff assigned to the Action)	Per diem	181,797	515	136	70,111	1.32574	52,884	0
1.3.3 ATRs	Per diem	261,572	819	61	50,240	1.32574	37,895	612
1.3.4 Drivers	Per diem	329,316	901	56	50,420	1.32574	38,032	0
<b>Sous-total Ressources Humaines</b>		<b>5,293,523</b>			<b>2,832,406</b>		<b>2,136,472</b>	<b>108,222</b>
<b>2. Déplacements<sup>6</sup></b>								
2.1. Vols intérieurs	Par vol	79,940	78	331	25,853	1.32574	19,501	0
<b>Sous-total Déplacements</b>		<b>79,940</b>			<b>25,853</b>		<b>19,501</b>	<b>0</b>
<b>3. Equipement et fournitures<sup>7</sup></b>								
3.1 Achat ou location de véhicules								
3.1.1 Voitures	Par véhicule	654,483	13	33,138	430,797	1.32574	324,948	3,543
3.2 Bureautique	per item							
3.2.1 Laptops pour nouveau staff		32,927	20	1,088	21,756	1.32574	16,410	0
3.2.2 Autres fournitures		39,512	20	887	17,737	1.32574	13,379	0

Coûts	Unit	Budget - Coûts (en EUR) (in EUR)	Number of Units	Unit rate (in USD)	Costs in USD	Conversion Rate	Actual Expenses in EUR	Legal Commitments in EUR
3.3 Machines, outils...								
3.4 Pièces détachées, recharges...								
3.5 Autres (veuillez préciser)								
<b>Sous-total Equipement et fournitures</b>		<b>726,922</b>			<b>470,290</b>		<b>354,738</b>	<b>3,543</b>
<b>4. Bureau Local</b>								
4.1 Coûts des véhicules								
4.1.1 Entretien et carburant pour 13 voitures	Par mois pour 13 véhicules	109,232	16	6,572	105,147	1.32574	79,312	0
4.2 Location espace bureau								
4.3 Consommables -- fournitures buerau	Par mois	12,090	20	385	7,691	1.32574	5,801	246
4.4 Aménagement et entretien des bureaux de terrain	Par DRS	75,000	8	10,315	82,517	1.32574	62,242	0
4.5 Autres services (tel/fax, electricité/chauffage, nettoyage)								
4.5.1 Portables (inscrits dans le réseau UNICEF) pour 24 utilisateurs (tout le staff)	Par mois d'abonnement	3,086	209	60	12,570	1.32574	9,481	
<b>Subtotal Bureau local</b>		<b>200,436</b>			<b>207,925</b>		<b>156,837</b>	<b>246</b>
<b>5. Autres coûts, services<sup>8</sup></b>								
5.1 Publications <sup>9</sup>								
5.2 Etudes, recherche <sup>9</sup>								
5.3 Provision pour Audit / Vérification des dépenses	Provision	280,000			36,643	1.32574	27,639	11,734
5.4 Frais d'évaluation								
5.5 Traductions, interprètes								
5.6 Services financiers								
5.7 Frais de conférences, séminaires <sup>9</sup>								
5.8. Actions de visibilité <sup>10</sup>	Provision	140,000			68,068	1.32574	51,343	0
<b>Sous-total Autres Coûts, Services</b>		<b>420,000</b>			<b>104,710</b>		<b>78,983</b>	<b>11,734</b>
	Durée du programme							
	Unités		No. d'unités					
<b>Coûts</b>								
<b>6. Soutien à SALAMA</b>								
<b>6.1 Capitalisation de SALAMA</b>		<b>6,000,000</b>			362,130	1.32574	273,153	323,436
<b>Sous-total SALAMA</b>		<b>6,000,000</b>			<b>362,130</b>		<b>273,153</b>	<b>323,436</b>
<b>7. Soutien aux DRS/SSD/CSB</b>								
<b>7.1 Assistants Techniques District (ATDs)</b>								
7.1.1 Salaires ATDs	Par mois (pour 218 staff)	1,339,902	2,211	310	684,680	1.32574	516,451	185,385
7.1.2 Motos pour ATDs	Par véhicule	708,943	215	2,810	604,135	1.32574	455,697	0

Coûts	Unit	Budget - Coûts (en EUR) (in EUR)	Number of Units	Unit rate (in USD)	Costs in USD	Conversion Rate	Actual Expenses in EUR	Legal Commitments in EUR
7.1.3 Entretien motos	Par véhicule et par mois	425,366	2,016	108	218,728	1.32574	164,985	0
7.1.4 fournitures pour ATDs	Par ATD	10,634	218	190	41,467	1.32574	31,279	0
7.1.5 Frais de mission pour ATDs	Per diem	794,880	29,648	10	284,057	1.32574	214,263	0
7.1.6 Frais de conférence/séminaires pour ATDs	Par participant	188,151	218	284	61,942	1.32574	46,722	0
7.1.7 Per diem pour conférences/séminaires	Par jour	10,523			16,192		12,214	
7.1.8 Portables (inscrits dans le réseau UNICEF) pour 218 ATDs	Par mois d'abonnement	18,686			4,635	1.32574	3,496	
<b>7.2 CSB staffing</b>		0					0	
7.2.1 Médecins (75 postes)	Par mois	1,296,000	420	273	114,622	1.32574	86,459	28,103
7.2.2 Equipes paramédicales (200 postes)	Par mois	2,160,000	2,340	208	487,131	1.32574	367,441	173,523
<b>7.3 Fond de soutien au DRS</b>		<b>9,322,073</b>			3,624,324	1.32574	2,733,812	283,060
<b>7.4 Institutional Support Monitoring and Evaluation</b>	Provision	<b>500,000</b>			226,367	1.32574	170,748	354
<b>Sous-total Soutien aux DRS/SSD/CSB</b>		<b>16,775,158</b>			<b>6,368,280</b>		<b>4,803,566</b>	<b>670,426</b>
<b>8. Sous-total coûts directs éligibles de l'Action (1-7)</b>		<b>29,495,978</b>			<b>10,371,594</b>		<b>7,823,249</b>	<b>1,117,607</b>
9. Imprévus		176,923						
<b>10. Total coûts directs éligibles de l'Action (8+ 9)</b>		<b>29,672,901</b>					<b>8,940,856</b>	
11. Frais administratifs (maximum 7% de la ligne 10)		2,077,100					625,860	
<b>12. Total coûts éligibles (10+11)</b>		<b>31,750,001</b>					<b>9,566,716</b>	
13. Taxes <sup>11</sup>		0						
<b>14. Total coûts acceptés<sup>11</sup> de l'Action (12+13)</b>		<b>31,750,001</b>					<b>9,566,716</b>	

**Pour informations, contactez :**

**Dr. Jean-Claude Mubalama**, *Coordonnateur National PASSOBA*

**Email:** [jcmubalama@unicef.org](mailto:jcmubalama@unicef.org)

**Tél:** + 261 20 23 300 92