

policy

août 2014

BUDGÉTISATION DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTÉ (PDSS) DE MADAGASCAR



*Analyses
supplémentaires
A l'aide de l'outil
OneHealth*

Cette publication a été préparée par Rudolph Chandler
et Elise Lang du Projet de Politique Sanitaire.

Citation suggérée : Chandler, R. and E Lang. 2015. *Budgétisation du Plan De Développement du Secteur Santé (PDSS) de Madagascar : analyses supplémentaires, à l'aide de l'outil OneHealth*. Washington, DC: Futures Group, Projet de Politique Sanitaire.

ISBN: 978-1-59560-119-3

Le projet de Politique Sanitaire est un accord coopératif d'une durée de 5 ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International selon les termes de l'Accord # AID-OAA-A-10-00067, qui a débuté le 20 septembre 2010. Les activités du projet ciblées sur le VIH sont financées par le Plan d'Urgence du Président Américain pour la Lutte contre le SIDA (PEPFAR). Il est mis en œuvre par Futures Group, en collaboration avec Plan International USA, Avenir Health, Partners in Population and Development, le Bureau Régional Afrique (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), RTI International, et White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA).

Budgétisation du Plan De Développement Du Secteur Santé (PDSS) de Madagascar : analyses supplémentaires

A l'aide de l'outil OneHealth

AÔUT 2015

Cette publication a été préparée par Rudolph Chandler et Elise Lang du Projet de Politique Sanitaire.

Les informations fournies dans ce document ne représentent pas nécessairement les points de vue ou les positions de l'Agence Américaine pour le Développement International.

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos.....	v
Remerciements.....	vi
Abréviations.....	vii
Résumé.....	ix
Coûts de scénarii PDSS	ix
Coût par personne	x
Impacts de santé.....	xi
Financement du PDSS	xiii
Écart Financiers.....	xiv
Observations	xv
Conclusion sur les processus OneHealth et recommandations pour l’avenir	xvi
1. Introduction	1
1.1 Objectif du rapport.....	1
1.2 Organisation du document	1
2. Méthodologie.....	3
2.1 Aperçu de la méthodologie OHT	3
<i>Module de programmes et d’interventions</i>	3
<i>Module de systèmes de santé</i>	3
<i>Module d’impact</i>	4
2.2 Processus de quantification des coûts de PDSS.....	4
<i>Assistance technique de PPS</i>	4
<i>Appropriation de l’outil par le MSP</i>	5
2.3 Méthodologie des coûts OHT du PDSS.....	6
<i>La collecte des données</i>	6
<i>Normalisation de certains coûts unitaires</i>	6
<i>Inflation</i>	7
<i>L’analyse des coûts des programmes de santé</i>	7
<i>Exclusion des coûts des médicaments pour les maladies non transmissibles (MNT) et de la santé mentale</i>	7
2.4 Détermination des scénarii des coûts PDSS	8
<i>Scénario de la Phase II</i>	8
2.5 Méthodologie pour les estimations de financement.....	10
<i>Antécédents</i>	10
<i>Sources de données</i>	10
<i>Financement du gouvernement malgache</i>	10
<i>Financement par les PTFs</i>	12
3. Résultats	14
3.1 Scénario de coûts PDSS.....	14
<i>Résultats du Scénario 1 : Selon les Besoins</i>	14
<i>Résultats du Scénario 2 : Programmes Prioritaires</i>	20
<i>Résultats de Scénario 3 : L’urgence humanitaire et le fonctionnement de base du système de santé</i> .	26

3.2 Coût par personne	31
3.3 Impact de santé	33
3.4 Réduction de la mortalité maternelle : interventions clés	37
3.5 Scénarii de financement.....	39
<i>Financement du Gouvernement Malgache</i>	39
<i>Financement des PTF</i>	39
<i>Financement total : Gouvernement malgache et PTFs</i>	40
<i>Ecarts Financiers</i>	42
4. Observations Concernant les projections et les Scénarii de Coûts	46
Observation 1. Scénario 3 : taux de couverture	46
Observation 2. Inducteurs de coûts : interventions spécifiques	47
Observation 3 : Coûts des ressources humaines	47
Observation 4 : Coûts des programmes de gestion.....	48
5. Conclusions sur le Processus OneHealth et Recommandations pour l’Avenir	49
5.1 : Conclusions de l’exercice d’estimation du PDSS.....	49
5.2 OHT—son rôle dans la planification stratégique et l’établissement des coûts	51
5.3 Institutionnalisation de l’outil OHT	52
Annexe A. Financement PTFs (version finale)	53
Annexe B: Lettre de MNT.....	55
Annexe C. Activités d’Aide du PPS.....	56
<i>Développement, formation et assistance pour les formes de collecte de données— Juin 2014</i>	56
<i>Aide pour répondre aux questions / clarifier les questions—juillet / août 2014</i>	56
<i>Assistance à la saisie de données</i>	56
<i>Première présentation aux parties prenantes (début septembre 2014)</i>	56
<i>Premier contrôle de la qualité / nettoyage des données (mi-septembre)</i>	56
<i>Formation ciblant les résultats de l’outil / Deuxième présentation aux parties prenantes (fin septembre 2014)</i>	56
<i>Deuxième validation / troisième exposé (fin octobre/début novembre 2014)</i>	57
<i>Discussion et aide à distance pour CARMMA (Campagne de l’accélération de la réduction de la mortalité maternelle) (novembre 2014) :</i>	57
<i>Finalisation de trois scénarii préliminaires</i>	57
Annexe D. Scénarii de la Phase I.....	58
<i>1er scénario</i>	58
<i>2ème scénario</i>	58
<i>3ème scénario</i>	58
Annexe E. couverture des interventions du paludisme	59
Annexe F. Liste des Interventions.....	60

AVANT PROPOS

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) a finalisé la première version du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2015–2019 en février 2015. L’objectif à long terme du PDSS est le suivant : « En 2030, l’ensemble de la population malgache est en bonne santé dans un environnement sain, ayant une vie meilleure et productive ».

Ce rapport présente les scénarii des coûts des besoins des différents programmes et départements du MSP pour la période 2015–2019. Les lignes directrices de l’établissement des coûts du PDSS fournissent un cadre pour le Gouvernement malgache et tous les partenaires techniques et financiers, en particulier en ce qui concerne le soutien à la mise en œuvre des services de santé.

Hormis les scénarii de coûts, ce rapport présente des scénarii pour les ressources financières potentiellement disponibles provenant du gouvernement malgache et de ses partenaires techniques et financiers ainsi que les écarts financiers par rapport aux scénarii de coûts.

REMERCIEMENTS

L'équipe technique de la mise en œuvre du modèle OneHealth à Madagascar tient à souligner la contribution essentielle des groupes et personnes suivants durant tout le processus de quantification des coûts du PDSS 2015–2019.

Au sein du gouvernement, nous devons avant tout remercier tous les programmes de santé autant que les départements du MSP : ce sont eux qui ont fourni et validé les données utilisées pour ce rapport. Dr. Tiana Vololontsoa de la DEP a pris la direction de l'ensemble du processus et a géré la participation des principales parties prenantes du MSP et des PTF à diverses étapes. Nous la remercions de sa persévérance qui a contribué à l'appropriation de l'outil OHT, permettant ainsi au MSP de finaliser les scénarii de coûts. Sa révision de l'analyse initiale a fortement contribué à la finalisation de ce rapport. On voudrait aussi adresser nos remerciements à Rija Rabemananjara, Alain Rakotoson, Patrick Randriamanampisoa, Tsihory Raharison, et Voninavoko Razanamasy, membres de « l'équipe centrale » d'OHT qui ont aidé à la collecte, la saisie, et la validation de données dans l'outil et contribué à l'appropriation de celles-ci. Finalement nous aimerions remercier Dr Voninavoko qui a permis de réaliser la révision finale de ce rapport.

Robert Kolesar de l'USAID / Madagascar a servi de moniteur technique dans le cadre de la participation du PPS à cette analyse. Il a fourni un soutien essentiel à un stade précoce du lancement de l'activité et a partagé de multiples encouragements par la suite. Ses commentaires sur une version antérieure du présent rapport nous ont permis de mettre au point la version finale actuelle.

Nous sommes très reconnaissants à Alioune Diallo, consultant de l'OMS qui a d'abord formé le personnel du MSP à l'utilisation de l'outil OHT et a participé à la première validation puis à la présentation des résultats préliminaires OHT. Nous apprécions aussi la participation très active de Mr Guy Andriantsara de l'OMS, en particulier ses commentaires sur les premières estimations de coûts du PDSS et les données qu'il a fournies sur le financement passé des PTF.

Finalement, nous ne devons pas oublier le rôle qu'ont joué plusieurs membres du PPS. Arin Dutta et Donald Dickerson ont été les premiers à discuter avec la DEP, l'OMS et l'USAID des grandes lignes de ce processus. Annie Chen a commencé les premiers travaux de formation et planté les premiers jalons de la collecte des données. William Winfrey a fait la première présentation des résultats OHT. Rachel Sanders et l'équipe des programmeurs OHT ont répondu aux nombreuses questions techniques concernant le logiciel OHT. Michel Tchuenche a assuré la révision technique d'une première version du document et a contribué à soulever des points que nous avons inclus dans cette version du rapport. Finalement, nous devons remercier Dr. Saholy Randriamanana, la consultante PPS durant tout ce processus, qui a encouragé la collecte et la validation des données puis la finalisation du PDSS auprès des programmes et départements du MSP.

ABRÉVIATIONS

ADRA : Adventist Development and Relief Agency

AFD : Agence Française de Développement

BAD : Banque Africaine de Développement

BM : Banque Mondiale

CARMMA : Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle

CDMT : Cadre de Dépense à Moyen Terme

CPN : Consultation Pré Natale

CRS : Catholic Relief Services

EDS : Enquêtes Démographiques et de Santé

FMI : Fonds Monétaire International

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

GAVI : Alliance GAVI

GIZ : Gesellschaft für Internationale Zusammenarbei

IEC : Information, Education et Communication

JICA : Japanese International Cooperation Agency

KfW : KfW Bankengruppe

MGA : Malagasy Ariary

MNT : Maladies Non Transmissibles

MSF : Médecins Sans Frontières

MSP : Ministère de la Santé Publique

OHT : OneHealth Tool/Outil OneHealth

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPEP : Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planning Familial

PPS : Projet de Politique Sanitaire

PTME : Prévention de la Transmission de Mère à Enfant

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PEC : Prise en charge

PDSS : Plan de Développement du Secteur Santé

PND : Plan National de Développement

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PTFs : Partenaires Techniques et Financiers

S&E : Suivi et Evaluation

SIG : Système informatisé de gestion

SM : Santé Maternelle

SRO : Solutions de Réhydratation Orale

SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base

SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Communautaire

TAR : Thérapie Antirétrovirale

TPI : Traitement Présomptif Intermittent

UE : Union Européenne

UNPOP : Division des Nations Unies sur la Population

UMT : Urgences et Maladies Transmissibles

USAID : Agence Américaine pour le Développement International

RÉSUMÉ

Ce résumé présente les résultats, observations et recommandations de la quantification des coûts du Plan de Développement Stratégique du Secteur Santé (PDSS) 2015–2019 de Madagascar. Le PDSS inclut l'expression globale des priorités, les manières d'aborder la mise en œuvre et les engagements de ressources consacrées à la santé du gouvernement malgache.

L'outil OneHealth (OHT) a été utilisé comme logiciel pour quantifier les coûts. L'OHT permet de calculer les coûts non seulement des interventions de santé mais aussi ceux de la gestion de ces programmes de santé et les coûts transversaux des systèmes de santé, tels que les ressources humaines, les infrastructures et la gouvernance. Hormis les coûts, OHT produit également des résultats concernant les impacts sanitaires, tels que la réduction de la mortalité. Le PDSS met un accent particulier sur la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile, qui sont respectivement de 478 décès pour 100 000 naissances vivantes et de 52 décès pour 1000 naissances en 2014.

Coûts de scénarii PDSS

Suite à l'appui du Projet de Politique Sanitaire (PPS) pour la saisie, le nettoyage et la validation des données ainsi que pour la démonstration de l'utilisation de l'outil, le MSP a continué à travailler et s'est approprié l'outil en offrant des ateliers afin de produire trois scénarii de coûts suivants :

- Selon les besoins, avec des taux de couvertures représentant ce que tous les programmes du MSP voudraient offrir à la population malgache. Ce premier scénario de coûts passe de 937 en 2015 à 1055 milliards d'Ariary en 2019 pour un total de 4872 milliards d'Ariary durant la période de 5 ans.
- Selon les programmes prioritaires, après réduction du taux de couverture de programmes jugés non prioritaires et de certains programmes du système de santé mais avec le maintien des taux de couverture concernant la santé maternelle et infantile au même niveau que pour le scénario 1. Les coûts de ce scénario sont moindres par rapport au scénario 1, passant de 859 en 2015 à 983 milliards d'Ariary en 2019. Le total pour la période est de 4509 milliards d'Ariary.
- Selon l'Urgence Humaine/Fonctionnement de Base du Système de Santé : selon ce scénario, les taux de couverture de tous les programmes et des départements transversaux sont encore réduits, passant de 733 en 2015 à 845 milliards d'Ariary en 2019. Le coût total pour la période est de 3859 milliards d'Ariary.

Tableau R1: Scénarii des coûts du PDSS, en milliards d'Ariary

	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Milliards MGA et Millions USD												
Scénario 1 : Selon les besoins	937	364	1012	393	939	365	929	361	1055	410	4872	1892
Scénario 2 : Selon les programmes prioritaires	859	334	947	368	859	334	861	334	983	382	4509	1751
Scénario 3 : Selon l'urgence humanitaire/fonctionnement de base	733	285	821	319	725	281	735	285	846	328	3859	1499

Note : Taux de change: 1 USD = 2575 MGA

La ventilation des coûts, entre ceux pour les programmes/interventions, ceux pour la gestion des programmes et ceux pour les systèmes de santé figure dans le tableau R2 ci-dessous.

Programmes/interventions se réfèrent à l'ensemble des services (soins de santé) spécifiques offerts, par exemple, l'anatoxine tétanique pour les femmes enceintes et la prise en charge de la pré-éclampsie en santé maternelle, le vaccin anti-rougeole pour la vaccination, la livraison des matériaux imprégnés d'insecticides pour le paludisme. La gestion des programmes comprend les ressources humaines, la formation, le suivi et évaluation, la supervision et d'autres coûts spécifiques à ces programmes. Les systèmes de santé, sur la base de la définition des « six blocs » de l'OMS englobent les ressources humaines générales, les infrastructures, la logistique, le système informatisé de gestion, le financement de la santé et la gouvernance.

Les trois scénarii ne diffèrent pas énormément entre eux. La part des coûts des programmes/interventions varie de 45% (Scénario 3) à 52% (Scénario 2). La part de la gestion des programmes tourne autour de 15%. Seule la part du coût des systèmes de santé augmente du scénario 1 à 3, passant de 32% pour le scénario 1 à 34% pour le scénario 2 et 41% pour le scénario 3.

Tableau R2 : Ventilation des coûts : programmes/intervention, gestion de programmes et systèmes de santé, en %, période 2015–19

	Programmes et interventions	Gestion des programmes	Système de santé	Total
Scénario 1 : Selon les besoins	52%	16%	32%	100%
Scénario 2 : Selon les programmes prioritaires	51%	15%	34%	100%
Scénario 3 : Selon l'urgence humanitaire/fonctionnement de base	45%	14%	41%	100%

Pour tous les scénarii, un nombre restreint d'interventions absorbe la majorité des coûts de médicaments. Parmi plus de 250 interventions que le MSP a choisi pour quantifier le PDSS, huit interventions constituent près de deux tiers des coûts de médicaments. La liste complète des interventions est présentée en Annexe F.

Coût par personne

Le coût par personne pour les années 2015 à 2019 pour les 3 scénarios est le suivant :

- Le premier scénario coûte 38 789 Ariary (\$ 15) en moyenne
- Le deuxième scénario, avec des taux de couverture réduits, coûte 34 180 Ariary (\$ 13) par personne
- Le troisième scénario, couvrant simplement l'urgence humanitaire, coûte 29 017 Ariary (\$ 11).

Il y a trois références internationales que devrait utiliser Madagascar dans l'évaluation des coûts unitaires par habitant pour des ensembles de pays à faibles revenus :

- Le coût par personne présenté en 2003 par la « Commission of Macroeconomics on Health » (CMH) : \$ 34 par personne
- Celui présenté par le « High Level Task Force for Innovative Health Financing » (HTLF) en 2009 : \$ 54 par personne
- Finalement, plus récemment, celui présenté en 2014 par Chatam House : \$ 86 par personne.

Malgré certaines différences conceptuelles entre ces repères internationaux, il est certain que les estimations de coût par personne du PNDS 2015–2019 présentées dans ce rapport sont loin de ces repères internationaux. En fait, les estimations de ce MSP ont été plusieurs fois revues à la baisse. Le MSP devrait présenter ces estimations au Gouvernement malgache et aux PTFs afin de plaider pour un accroissement de financements pour la santé.

Impacts de santé

L'ensemble des trois tableaux ci-dessous montre que le scénario 2 projette la plus grande réduction de mortalité maternelle : de 478 morts par 100 000 naissances en 2014 à 307 en 2019. Le scénario 1 montre presque la même réduction. À cause de la réduction de l'accroissement des taux de couverture, le scénario 3 modélise une réduction moindre de la mortalité maternelle. Il faut rappeler que les scénarii «Selon les besoins» et «Selon les programmes prioritaires» prévoient des taux de couvertures importants pour les interventions qui visent à réduire la mortalité maternelle. La seule différence entre le scénario 1 et le scénario 2 est que dans le scénario 2, le MSP a réduit le taux de couverture d'interventions non prioritaires. Mais les taux de couverture pour les interventions touchant la mortalité maternelle sont les mêmes dans les deux scénarii.

Tableau R3 : Taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances) par scénario

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Scénario 1: Selon les besoins	478	435	401	368	336	309
Scénario 2: Selon les programmes prioritaires	478	435	401	367	335	307
Scénario 3: Urgence Humanitaire/Fonctionnement de base	478	452	431	409	387	423

Pour la mortalité néonatale, les scénarii 1 et 2 montrent respectivement une réduction de mortalité de 26 décès pour 1000 naissances à 15 pour 1000 naissances. Comme pour la mortalité maternelle, le scénario 3 ne réduit pas beaucoup la mortalité néonatale.

Tableau R4 : Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances) par scénario

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Scénario 1 : Selon les besoins	26	23	21	19	17	15
Scénario 2 : Selon les programmes prioritaires	26	23	21	19	17	15
Scénario 3 : Urgence Humanitaires/Fonctionnement de base	26	24	23	22	20	21

Le taux de mortalité pour les moins de cinq ans suit la même tendance que pour la mortalité néonatale. Le taux de mortalité passe de 52 décès pour 1000 naissances à 35 en scénario 1 et 2, mais le scénario 3 seulement atteint 45 décès pour 1000 naissances en 2019.

Tableau R5 : Taux de mortalité infantile (décès pour 1000 naissances)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Scénario 1 : Selon les besoins	52	48	45	41	38	35
Scénario 2 : Selon les programmes prioritaires	52	49	45	42	38	35
Scénario 3 : Urgence Humanitaire/Fonctionnement de base	52	50	48	46	44	45

Les scénarii 1 et 2 montrent la plus forte réduction de la mortalité maternelle, néonatale et pour les moins de cinq ans parce que les taux de couverture de programmes de santé maternelle et santé des enfants n'étaient pas réduits.

Les interventions qui ont facilité la réduction de la mortalité maternelle sont les interventions à haut impact pour lesquels le programme de santé maternelle a voulu augmenter les taux de couverture selon le tableau R6 ci-dessous. Pour les scénarii 1 et 2, les taux de couverture pour les accouchements assistés dans un établissement de santé ont été augmentés considérablement par rapport à la couverture de base (soins essentiels, SONUB et SONUC). Par contre avec moins de financement, selon les objectifs de taux de couverture pour le Scénario d'Urgence Humanitaire/Fonctionnement de Base, la distribution des types d'accouchements reste quasi inchangée par rapport à la base 2014.

Tableau R6 : Taux de couverture, Intervention clés de santé maternelle: Comparaison entre Base/2014 et objectifs de couverture 2019, par scénario (en pourcentage)

		2014	Objectifs de couverture pour 2019		
		Couverture actuelle	Selon les besoins	Selon les programmes prioritaires	Urgence Humanitaire Fonctionnement de Base
Accouchement à domicile	Accouchements non assistés	56,1	0	0	58,4
	Accouchements assistés à la maison (par du personnel qualifié/SBA)	8,6	5	5	0
Accouchements dans un établissement de santé	Soins essentiels	17,6	30	30	21,6
	SONUB	10,6	30	30	12,9
	SONUC	7,1	35	35	7,1

Financement du PDSS

Le MSP a élaboré trois scénarii de financement:

- 1^{er} scénario « Tendances 1995–2014 » : les ressources totales pour la santé venant des deux sources passent de 780 à 845 milliards d'Ariary entre 2015 à 2019.
- 2^{ème} scénario « Estimation PNDS » : les estimations sont légèrement supérieures à celles du 1^{er} scénario, passant de 789 à 874 milliards d'Ariary de 2015 à 2019.
- Le 3^{ème} scénario « Recommandation d'Abuja » est le plus optimiste, étant nettement supérieur, et offre la meilleure possibilité de financement, comparé aux scénarii 1 et 2. Le financement passe de 825 à 1482 milliards d'Ariary de 2015 à 2019.

Tableau R7 : Scénario 1 : Financement « Tendances 1995–2014 » en milliards d'Ariary et en millions USD

Scénario 1 : Gouvernement et PTFs	2015		2016		2017		2018		2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Gouvernement : Suivant la tendance 1995–2014	416	162	468	182	527	205	594	231	670	260
Positionnement PTFs— Version finale	381	148	411	160	389	151	284	110	176	68
Total Financement	780	303	879	341	916	356	878	341	845	328

Table R8 : Scénario 2 : Financement « Estimation PND » en milliards d'Ariary et en millions USD

Scénario 2 : Gouvernement et PTFs	2015		2016		2017		2018		2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Gouvernement : Suivant estimation du PND	408	159	459	178	524	204	605	235	699	271
Positionnement PTFs— Version finale	381	148	411	160	389	151	284	110	176	68
Total Financement	789	306	871	338	913	355	889	345	874	339

Table R9 : Scénario 3 : Financement « Recommandation d'Abuja » en milliards d'Ariary et en millions USD

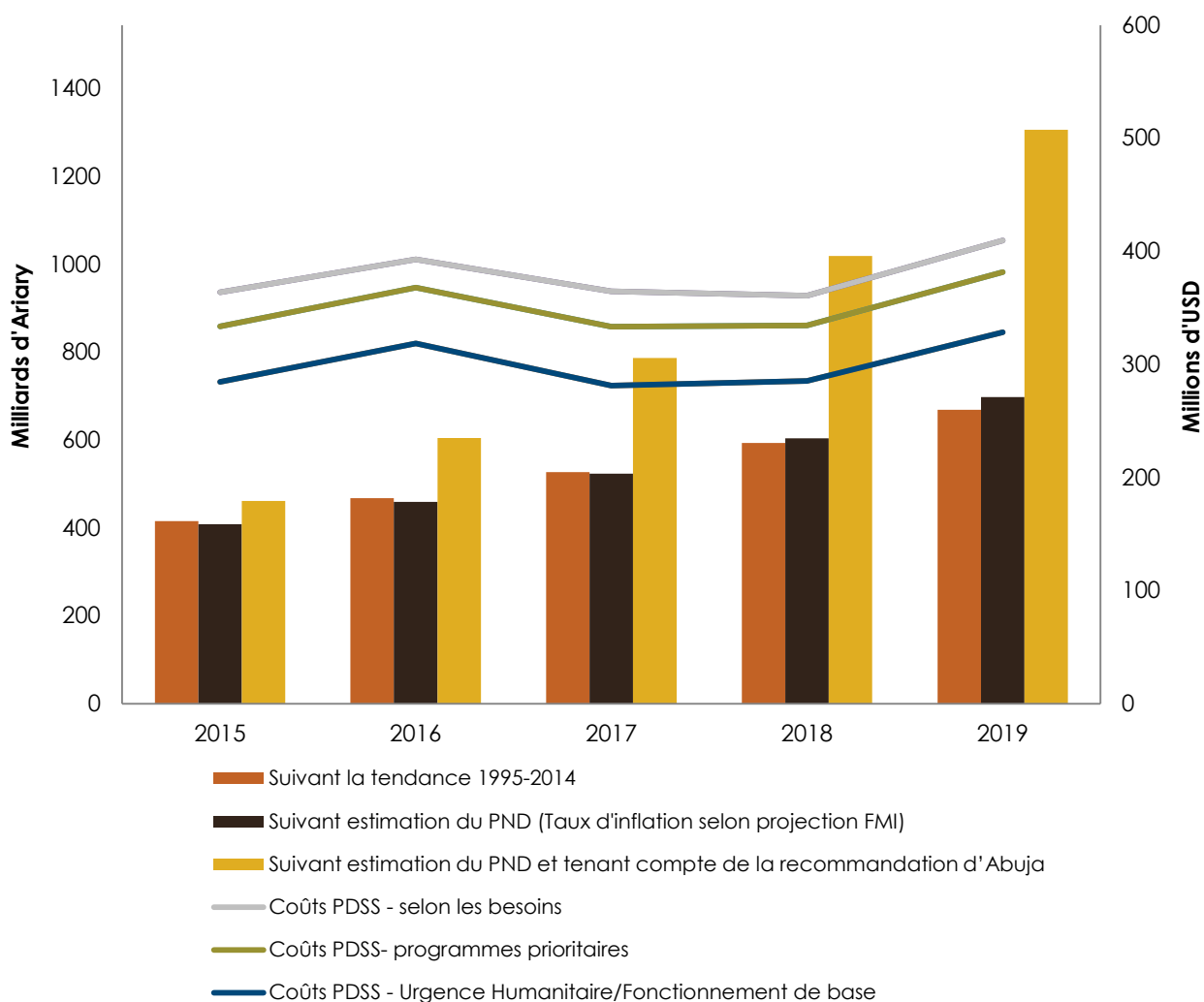
Scénario 3 : Gouvernement et PTFs	2015		2016		2017		2018		2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Gouvernement : Suivant estimation du PND et tenant compte de la recommandation d'Abuja	462	179	605	235	787	306	1020	396	1307	507
Positionnement PTFs— Version finale	381	148	411	160	389	151	284	110	176	68
Total Financement	825	320	1016	395	1176	457	1304	506	1482	576

Écarts Financiers

Le Graphique R1 compare les trois scénarii de coûts PDSS aux trois scénarii de financement :

- Pour les coûts « Selon Les Besoins », les estimations « Financement Tendance 1995–2014 » et « Financement Estimation PND » ne pourront financer ce scénario. Pour la période 2015–2019, les écarts financiers s’élèvent à 573 et 536 milliards d’Ariary respectivement. Seul le financement « Recommandation d’Abuja » permet de dégager un excédent pour la période.
- Pour les coûts « Selon les programmes prioritaires », les écarts financiers sont de 210 et 172 milliards d’Ariary avec les financements « Tendance 1995–2014 » et « Estimation PND » respectivement. Le financement « Recommandation d’Abuja » dégage un excédent pour la période.
- Pour les coûts PDSS « Urgence Humanitaire/Fonctionnement de Base », les trois scénarii de financement peuvent financer ce scénario.

Graphique R1 : Comparaisons des 3 scénarii de financement aux 3 scénarii de coûts, en milliards d’Ariary et millions d’USD



Observations

Certaines observations découlent de l'élaboration des scénarii.

Observation 1 : Taux de couverture du scénario 3

On peut créer des scénarii de coûts et d'impact avec l'outil OHT en utilisant différents taux de couverture. Cependant, pour le scénario 3, des taux de couverture bien moindres que les couvertures de base données et validées par les programmes ont été utilisées. Ceci a deux implications :

- Une comparaison du scénario 3 aux deux autres scénarii n'est pas logique
- Un taux de couverture moindre par rapport au taux de couverture de la période de base signifie que le gouvernement malgache offre et va offrir une quantité moindre de soins par rapport à la période de base.

Observation 2 : Inducteurs de coûts : interventions spécifiques

Pour tous les scénarii, il existe un nombre très restreint d'interventions (environ huit) dont les coûts de médicaments représentent plus de 60% des coûts totaux et où les médicaments coûtent en moyenne près de 50% du coût total du PDSS pour les trois scénarii.

Cela pourrait être dû à deux facteurs principaux :

- Interventions avec des coûts élevés parce que la population cible et les taux de couvertures sont mal estimés.
- Les coûts des intrants de traitement ont été surévalués et/ou calculés incorrectement, ce qui cause des coûts élevés

Il est recommandé que certaines interventions soient revues avec les programmes pour bien cerner leurs coûts.

Observation 3 : Coûts des ressources humaines

Les coûts absolus des ressources humaines restent les mêmes pour les trois scénarii : Il est ainsi considéré comme un coût fixe, qui ne change pas en fonction du niveau de services offerts. Par exemple, pour le scénario 2 où un nombre d'interventions est réduit, le coût de ressources humaines est le même que pour le scénario 1 où le taux de couverture pour toutes les interventions est très élevé. On se serait attendu qu'avec moins de services, le MSP devrait ajuster le nombre de personnel requis.

PPS ne peut se prononcer sur les hypothèses utilisées par le MSP pour les ressources humaines. Au moment de l'élaboration finale des scénarii en février 2015, le nouveau plan de ressources humaines pour la santé était toujours en discussion. PPS n'est pas certain si ce nouveau plan pourrait offrir des informations pour une meilleure estimation des besoins en ressources humaines selon les scénarii retenus.

Observation 4 : Coûts de gestions des programmes

La DEP et l'équipe technique OHT ont travaillé à partir de septembre 2014 pour aboutir en février 2015 à la production de leurs propres projections et essayer de réduire les coûts de gestion de programmes. Selon les premières estimations OHT, ces coûts constituaient des coûts inhabituels et hauts. La DEP a dû demander en maintes fois aux programmes d'harmoniser certains coûts (supervision, formation, visites sur le terrain, suivi et évaluation) et ces travaux ont largement ramené les coûts de gestion de programmes à des niveaux plus acceptables.

Conclusion sur les processus OneHealth et recommandations pour l'avenir

Finalement, le document tire des conclusions et émet des recommandations sur les points suivants :

- **Des conclusions sur l'exercice d'évaluation des ressources du PDSS**

Il devrait y avoir plus de coordination entre les services de la santé et le système de santé. En quantifiant les coûts des programmes verticaux de manière isolée, il est facile de surestimer les coûts parce qu'on ne considère pas l'intégration avec les autres programmes. Il en est de même pour les systèmes de santé. Durant le prochain processus, il faut que les programmes et départements travaillent ensemble pour élaborer les coûts.

- **Le rôle que devrait jouer l'outil OHT dans la planification stratégique**

L'outil OHT peut être utilisé pour rédiger et vérifier les plans stratégiques. Il peut aider à faire la priorisation de services et évaluer les coûts de mise à échelle et/ou d'expansion des taux de couverture des interventions. OHT offre aussi la capacité d'estimer les besoins en termes de ressources humaines, une analyse que MSP devrait considérer à l'avenir.

- **L'institutionnalisation de l'outil OHT**

PPS recommande une feuille de route pour le développement des capacités au sein du personnel du MSP impliqué dans les processus de planification et de budgétisation stratégiques. MSP a déjà un groupe de travail qui connaît bien l'outil et doit continuer à le mettre à jour quand le plan stratégique, les coûts de médicaments et les priorités changent.

À la fin de ce processus, le MSP de Madagascar a les outils et la capacité de planifier les activités, de plaider pour le financement du programme et d'adapter l'outil OHT selon les besoins.

1. INTRODUCTION

1.1 Objectif du rapport

Cette étude a été réalisée suite au Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2015–2018 (version finale) préparé par le Ministère de la Santé Publique (MSP) en février 2015. Dans ce document, le MSP présente les coûts du PDSS suivant le format des six axes prioritaires du PDSS. Ces axes prioritaires déterminent les grandes lignes des interventions pour le développement du secteur Santé. En d'autres termes, les axes prioritaires du PDSS sont une traduction sectorielle des orientations stratégiques définies dans le Plan National de Développement (PND) conçu récemment par le gouvernement malgache.

Le rapport reprend les coûts du PDSS sous la forme originale de l'outil de quantification des coûts et présente les résultats des coûts des différents programmes et interventions du PDSS ainsi que les coûts des systèmes de santé. A l'aide d'une des fonctions de l'outil, ces programmes/interventions et coûts des systèmes de santé ont été reformulés en axes prioritaires. Ceci signifie que les résultats PDSS présentés dans ce document sont les mêmes que ceux du document PDSS de février 2015.

Les différences entre ce rapport et le rapport PDSS de février 2015 sont les suivants :

- Une nouvelle version, plus complète du financement potentiel des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) et du Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT)
- Une nouvelle présentation des écarts financiers, selon le CDMT actualisé
- Des observations sur les scénarii retenus, les taux de couverture et autres possibilités de réduction des coûts
- Des recommandations pour la future utilisation de l'outil OHT pour la quantification des coûts pour Madagascar.

1.2 Organisation du document

La Section/Le Chapitre 2 présente l'outil de quantification des coûts, OneHealth Tool (OHT), la méthodologie générale pour la collecte, la rentrée des données sur OHT, et la validation de celles-ci. Ce chapitre aborde aussi le processus de l'élaboration des scénarii de coûts PDSS. Enfin, cette section décrit la méthodologie utilisée pour évaluer les ressources financières disponibles du Gouvernement malgache et des PTFs.

La troisième Section décrit les résultats suivants :

- Coûts des scénarii du PDSS : totaux, programmes/interventions, gestions de programmes et pour les systèmes de santé.
- Ressources disponibles : à partir des estimations faites pour le financement du gouvernement malgache et des PTFs. Cette section reprend les analyses, les données et les tableaux pour les ressources disponibles du gouvernement malgache du document PDSS de février 2015. Cependant, PPS ajoute une nouvelle estimation pour le financement des PTFs.
- Les écarts financiers : une comparaison entre les scénarii de coûts et les scénarii de financement potentiellement disponible.
- Une analyse des impacts de santé de trois scénarii, les raisons expliquant ces impacts et les limites d'une stricte interprétation des impacts de ces scénarii.

La quatrième Section présente des observations sur les critères d'élaboration des scénarii de coûts.

Finalemment, la cinquième Section discute des recommandations pour de prochaines étapes en vue de la budgétisation stratégique et l'analyse de coûts à l'aide de l'outil OHT.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Aperçu de la méthodologie OHT

Le MSP en collaboration avec d'autres parties prenantes avait (montré) un fort intérêt pour l'utilisation de l'outil OneHealth Tool (OHT) permettant de quantifier les coûts du PDSS. Compte tenu de la nouveauté de l'outil, la DEP a fait une demande d'assistance technique (AT), raison pour laquelle l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) a engagé les services du Projet de Politique Sanitaire (PPS) afin d'y répondre.

OHT est un outil de planification stratégique à moyen terme (3 à 10 ans) dans le secteur de la santé au niveau national. OHT est un modèle intégré avec trois composantes principales : module de programmes et d'interventions, module de systèmes de santé et module d'impact.

Module de programmes et d'interventions

OHT estime les coûts par programme (santé maternelle, vaccinations, VIH/SIDA, etc.) et par interventions (traitement de la septicémie, rougeole, traitement TAR) ainsi que les implications de l'utilisation de certains systèmes de santé (les ressources humaines et les infrastructures).

Ce module contient aussi un sous-module qui permet de rentrer des données et de calculer les coûts pour la gestion des programmes de santé. Les catégories que l'on retrouve dans ce module sont les suivantes : les ressources humaines, la formation, le suivi et évaluation, la supervision et d'autres coûts spécifiques à ces programmes.

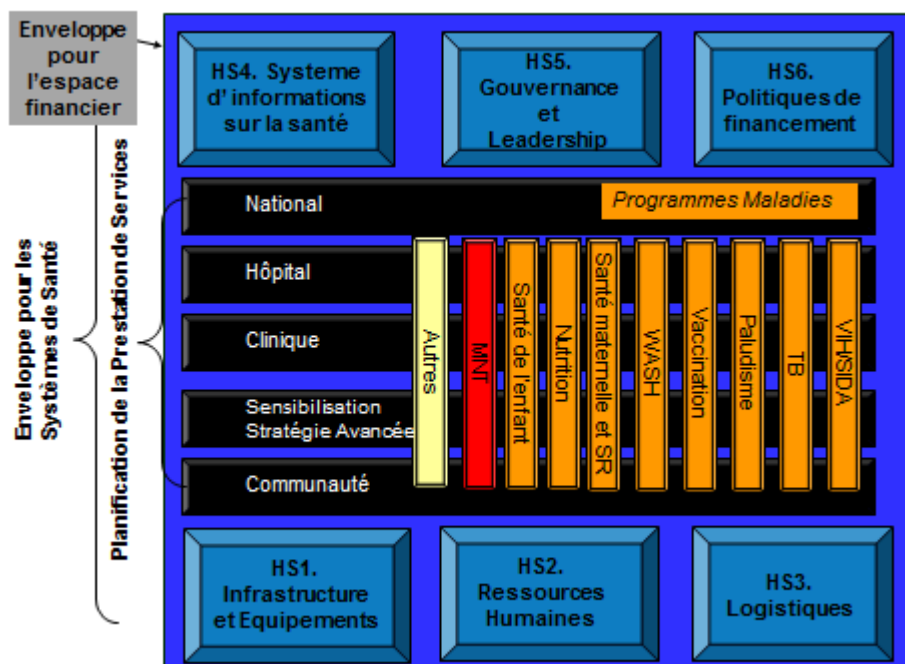
Le Ministère de la santé a quantifié les coûts de plus de 250 interventions : la liste complète des interventions se trouve en Annexe F.

Module de systèmes de santé

En plus des programmes de santé, l'outil OneHealth comprend des modules pour les systèmes de santé : ressources humaines, infrastructure, logistiques, système informatisé de gestion, financement de la santé et gouvernance. Les composantes du système de santé incluses sont basées sur la définition de l'OMS des « six blocs » du système de santé. Les fonctions du MSP liées à la gestion des finances publiques et la coordination des études, le financement de la santé, les comptes de santé et les pilotes (le financement basé sur les résultats, etc.) sont incluses dans la gouvernance et le leadership. Un volet « financement de la santé » est aussi inclus et tient compte spécifiquement des subventions et paiements offerts par le MSP et les PTFs pour faciliter l'accès aux services de santé, tels que les assurances sociales, les bons, les subventions aux primes d'assurance et autres financement directs à la population.

Les modules de systèmes de santé ont aussi leur propre sous-modules de gestion. Le graphique ci-dessous représente le schéma de l'outil OHT et montre que les programmes sont représentés à tous les niveaux de prestation de soins. L'outil intègre aussi les systèmes de santé.

Graphique 1 : OHT—Schéma de l'organisation des services et systèmes de santé



Module d'impact

Ce module comprend des données démographiques et des taux de couverture dont la source provient des données par défaut fournies par UNPOP (Division de la Population, Nations Unies), l'OMS, l'UNICEF et d'autres organismes basés à Madagascar. Ces données peuvent cependant être changées par les utilisateurs d'OHT, si des données plus récentes sont disponibles. Ce module est appelé module d'impact et permet d'estimer les impacts de santé pour des interventions clés, par exemple, la mortalité maternelle, la mortalité infantile et néonatale, le retard de croissance et l'émaciation, la fécondité totale, la tuberculose et la santé spécifique au VIH.

2.2 Processus de quantification des coûts de PDSS

Cette section décrit le processus d'élaboration de la quantification des coûts du PDSS de Madagascar. Ce processus comprend deux phases distinctes :

Assistance technique de PPS

Une visite du PPS en mai 2014 a pu déterminer un accord d'assistance technique pour le Ministère de la Santé Publique (MSP) après discussions avec l'USAID, la DEP, l'OMS et d'autres partenaires techniques et financiers (PTFs).

L'aide du PPS à Madagascar a été lancée début juin 2014, s'appuyant sur la formation OHT que l'OMS a fourni à 40 membres du personnel MSP en avril 2014. PPS a débuté son appui au Ministère de la santé en juin 2014 par une visite de consultation avec une assistance technique (AT) portant sur le développement des capacités du MSP. L'AT et les activités de développement des capacités ont été élaborées en collaboration avec le Département de l'Evaluation et de la Planification du MSP (DEP) durant une première visite de l'équipe PPS en mai 2014. Cet accord a impliqué non seulement l'utilisation de l'outil

OHT pour la quantification des coûts du PDSS, mais aussi un processus pour recueillir des données, revoir les résultats avec les différents unités et ramener les coûts aux environs de l'espace financier disponible pour la santé à travers un processus simple d'estimation d'un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT).

Entre juin et novembre 2014, les membres de l'équipe du PPS se sont rendus à Madagascar à plusieurs reprises pour fournir un soutien au MSP. Le projet PPS a aussi préparé pour la DEP un formulaire de pour capturer les ressources financières disponibles pour la santé par les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) pour la période 2015–2019. La DEP a directement entrepris de choisir des personnes focales pour aider avec le processus. L'équipe PPS, avec ce noyau du MSP (équipe pays), est désignée comme étant « l'équipe technique » dans le présent rapport.

L'approche est basée sur l'expérience du PPS concernant le déploiement d'une équipe permanente pour l'assistance technique et le plein engagement d'une équipe MSP pour s'assurer qu'ils assimilent cette assistance technique et en tirent les résultats. En outre, le PPS a également embauché un consultant local dont le rôle était d'assurer la liaison sur une base quotidienne avec le personnel du MSP et du PPS.

Le PPS a mené un nombre d'activités comprenant la collecte et la saisie des données, des présentations des résultats aux MSP et PTFs, et un appui technique sur la validation des données et des résultats. Une explication complète des activités du PPS est incluse dans l'Annexe C.

Appropriation de l'outil par le MSP

En janvier et février 2015, le MSP a mené 2 ateliers pour s'approprier avec le noyau technique les projections OHT. Ceci rentre dans le cadre d'entente entre le PPS, l'USAID et le MSP qui incluait non seulement le soutien du MSP pour la quantification des coûts du PDSS mais aussi l'aide au développement des capacités du MSP pour l'application de l'outil.

Après une première révision, la DEP et l'équipe technique du MSP ont présenté 3 scénarii qu'ils ont affinés, surtout en passant en revue certains coûts de visites sur le terrain (visites de supervision et de suivi et évaluation) dans les coûts de gestions de programmes. Comparativement aux scénarii présentés par le PPS, la DEP et l'équipe technique ont ajusté quelques taux de couverture.

Cette première appropriation a été présentée aux parties prenantes qui ont recommandé que la DEP fasse des réductions supplémentaires : les scénarii finaux sont ceux qui seront décrits et analysés dans la section des résultats.

En janvier 2015, à la demande du Ministère de la Santé et avec la permission de l'USAID, le PPS a fourni des fonds au MSP pour organiser un atelier. Le but de l'atelier était de permettre au Ministère de la Santé de réunir l'équipe technique OHT afin de bien revoir les projections OHT existantes/de décembre 2014 avec de nouvelles données (coûts et taux de couverture) et de générer leurs propres scénarii. Cela a été fait par une assistance à distance du PPS durant laquelle le PPS était en contact quotidien par e-mail pour répondre aux demandes de renseignements du MSP.

L'un des aspects que le PPS a couvert à distance avec l'équipe était la CARMMA. Le PPS a fourni une note explicative détaillée que l'équipe technique du MSP a utilisée pour reprendre les éléments SONUB et SONUC nécessaires afin de réduire le taux de mortalité maternelle.

À la fin de l'atelier de janvier 2015, l'équipe technique du MSP a généré trois scénarii qui seront la base du ce rapport. Bien qu'il existe des problèmes dans ces projections les plus récentes, ceux-ci restent mineurs et le PPS a jugé que les scénarii étaient de qualité acceptable.

2.3 Méthodologie des coûts OHT du PDSS

La collecte des données

Par le biais du document de collecte de données, les équipes du MSP ont recueilli les informations suivantes pour chaque intervention des différents programmes de santé (santé maternelle, vaccination, VIH/SIDA etc...) :

- La définition des populations cibles
- La définition des populations dans le besoin
- Les taux de couverture
- Les coûts par cas de traitement pour chacune des interventions (accouchements assistés, vaccination rougeole, TAR etc...).
- Les coûts de gestions de programmes.

Les 35 membres du MSP formés pour assurer la collecte des données ont eu des sessions de travail avec les principaux responsables de programmes afin de collecter les informations sur les coûts. Pour les programmes VIH/SIDA, tuberculose, paludisme et vaccination, les montants des propositions récemment chiffrées du Fonds mondial et l'Alliance GAVI ont aussi été utilisés.

Les programmes dont les coûts ont été quantifiés sont les suivants :

- Santé de la mère, du nouveau-né et de la santé reproductive
- Santé de l'enfant
- Vaccination
- Paludisme
- TB
- VIH/SIDA
- Nutrition
- Eau, assainissement et hygiène
- Maladies non transmissibles
- Santé Mentale
- Urgences et maladies transmissibles
- Médecine traditionnelle
- Handicap et réadaptation
- Promotion de la santé
- Programme médico-social qui assure les soins médicaux et stomatologiques des employés du MSP et leur famille

De plus, le coût du contrat tierce partie entre le Gouvernement de Madagascar et la Salama a aussi été inclus. Salama étant la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et de Consommables Médicaux¹.

Normalisation de certains coûts unitaires

Pendant le processus d'établissement des coûts, l'équipe technique OHT a pu identifier et harmoniser des coûts pour des activités similaires, telles que des visites de supervision nationales dans les provinces, les districts situés à même distance ou offrant des programmes de même durée, ou encore le per diem pour

¹ <http://www.salama.mg/present.php> lu en ligne le 12 février 2015.

les activités de formation. Les premières estimations OHT pour ce genre d'information étaient très surestimées et montraient de nombreux écarts entre les différents programmes.

L'équipe technique a rencontré à plusieurs reprises des représentants des programmes et des départements dans le but d'essayer de standardiser les coûts unitaires, en particulier pour les coûts de gestion. Les premières collectes de données ont révélé plusieurs niveaux et catégories de coûts de gestion, surtout pour la supervision et les sorties sur le terrain. Bien qu'un canevas standard de collecte de données ait été créé et utilisé dans la validation de coûts avec les programmes, il n'est pas certain que le canevas ait été suffisamment respecté.

Inflation

Tous les coûts ont été estimés en coûts courants MGA de 2014. En raison d'un manque de données sur l'inflation potentielle dans le prix des biens et produits médicaux, les coûts unitaires ont été fixés sur la période de l'analyse des coûts, c'est-à-dire 2014.

L'analyse des coûts des programmes de santé

Les détails méthodologiques OneHealth sont disponibles en ligne² et incluent les définitions de types de coûts et l'approche fondée sur les ingrédients (approche ascendante) pour l'analyse des coûts.

Pour les programmes incluant les interventions de prestation de services, seuls les coûts du traitement des interventions (médicaments et fournitures) ont été estimés pour chaque intervention incluse. Bien que l'outil OHT inclue la moyenne du nombre de jours hospitaliers et de visites ambulatoires pour chacune des interventions, une décision avait été prise dès le début de l'application que la répartition précise du personnel de prestation de services à des programmes spécifiques ne sera pas traitée car le traitement de ces informations prendrait du temps.

Généralement, les coûts de gestion du programme comprennent des éléments tels que le suivi et l'évaluation (S & E), la supervision, les séminaires, etc., mais n'incluent généralement pas les coûts salariaux mais le MSP a toutefois inclus les coûts salariaux pour la plupart des programmes de santé, à l'exception du contrat tierce avec la Salama et du programme médico-social.

Dans le cadre de cette étude, les coûts salariaux et les avantages sociaux dans tout le secteur pour le personnel du gouvernement sont généralement calculés au niveau national et dans le module des ressources humaines selon l'approche OneHealth.

Exclusion des coûts des médicaments pour les maladies non transmissibles (MNT) et de la santé mentale

Parmi tous les programmes, le MSP ne paie pas les médicaments pour les patients qui reçoivent les services de MNT et la santé mentale ainsi que le Handicap et la Réadaptation. Le MSP offre les services du personnel pour ces deux programmes mais le coût des ordonnances pour ces médicaments est couvert par les patients eux-mêmes. La directive du Secrétaire général de la santé pour l'exclusion de ces coûts figure dans l'Annexe B.

² <http://avenirhealth.org/software-onehealth.php>

2.4 Détermination des scénarii des coûts PDSS

À la mi-novembre 2014, la plupart des données OHT pour les programmes/interventions, la gestion de programmes et les systèmes de santé avaient été saisies, examinées et approuvées par le PPS, les pourvoyeurs des données et l'équipe noyau OHT du MSP.

Dès lors, les scénarii finaux ont été générés en deux phases :

- Phase I : les scénarii ont été préparés par le PPS et présentés à la DEP en décembre 2014
- Phase II : les scénarii ont été préparés par la DEP et l'équipe noyau OHT du MSP et présentés aux parties prenantes en février 2015

Ce rapport analysera seulement les résultats des scénarii de la Phase II (section 3 de ce document) mais les scénarii de la Phase I sont décrits dans l'Annexe D.

Scénario de la Phase II

Après que le PPS a soumis une première série de trois scénarii en décembre 2014, le MSP a voulu s'accorder plus de temps pour passer en revue certaines des entrées de l'outil. En outre, le MSP avait aussi exprimé le souhait d'avoir la pleine propriété de l'outil, à la suite des séances de septembre et octobre 2014, lorsque le PPS avait démontré comment changer les couvertures, les impacts et la génération de scénarii.

En janvier 2015, la DEP et l'équipe noyau OHT ont tenu un atelier de cinq jours. Durant cet atelier, ils ont revisité les données de chaque canevas selon le contexte et les priorités nationales finalisées par la DEP et un cadrage macro-économique. Les quantités et les coûts de chaque rubrique ont été passés en revue dans le but de les ajuster et les standardiser aux priorités nationales définies par la DEP.

Plus spécifiquement, le canevas santé maternelle et infantile a été révisé de manière à intégrer les derniers besoins exprimés dans la feuille de route CARMMA (Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle), finalisée en janvier 2015. La CARMMA peut se résumer ainsi : « la réalisation au niveau opérationnel de toutes les interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, dont l'efficacité a été prouvée et documentée. Néanmoins, compte tenu des aspects épidémiologiques de la mortalité maternelle et néonatale, les attentions seront beaucoup plus focalisées sur toutes les interventions qui concernent la période autour de la naissance pendant laquelle survient la majorité des décès maternels et néonataux. »³ Avec ces nouvelles données, l'équipe OHT a généré trois nouveaux scénarii. Les résultats des scénarii des coûts du PDSS sont discutés dans la Section 3 de ce rapport.

Les scénarii de la Phase II ont été arrêtés au nombre de 3 et sont décrits ci-dessous :

Scénario 1 : Selon les besoins

Ce premier scénario, « Selon Les Besoins » est similaire au scénario 1 de la Phase I. La différence est que ce scénario a une focalisation sur le CARMMA qui a été intégrée dans la Phase I scénario 3. Toutefois, l'équipe noyau OHT a apporté quelques changements à la section de la santé maternelle en ajoutant quelques interventions. Avec les nouvelles données disponibles depuis la dernière collection des données par le PPS en janvier 2015, l'équipe noyau OHT a actualisé un grand nombre de taux de couverture.

³ « Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar 2015–2019 », janvier 2015

D'autres données, comme celles des systèmes de santé, ont également été modifiées. Selon le Ministère de la Santé lui-même, ce scénario a été déterminé « Selon les besoins: [les] taux des couvertures [ont été] validés par les programmes ... y compris les données de la feuille de l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néo-natale ».⁴

Scénario 2 : Selon les programmes prioritaires

Ce scénario 2 comprend la couverture maximale (i.e., Scénario 1/Phase II) pour la santé maternelle/néonatale et la santé reproductive, la santé infantile, la nutrition et le PEV mais les couvertures ont été réduites d'un tiers pour le paludisme, TB, VIH, et les autres programmes. Les réductions des coûts de ces programmes pour le scénario 2 n'ont pas été faites parce que ces programmes sont jugés moins importants. La réalité des ressources disponibles insuffisantes a cependant nécessité la réduction des taux de couverture de ces programmes.

Il faut toutefois noter que dans le programme de paludisme, les cinq interventions n'ont pas été réduites uniformément d'un tiers. Pour ce scénario, le MSP a retenu les cinq interventions suivantes :

- Matériaux traités aux insecticides : réduction d'un tiers comparé au scénario 1
- Aspersions résiduelle intérieure : idem
- Diagnostic du paludisme : idem
- Traitement du paludisme : idem
- Traitement présomptif intermittent (TPI) pour les femmes enceintes : même taux de couverture que le scénario 1.

Pour le TPI, le MSP a choisi de garder cette intervention comme activité prioritaire en préservant le même niveau que pour le scénario 1. Le TPI est l'une des interventions ayant l'un des plus forts impacts pour la réduction de la mortalité maternelle. L'Annexe XX présente les taux de couverture utilisés pour la production des trois scénarii.

Pour les ressources humaines, les montants restent les mêmes entre les scénarii 1, 2 et 3. Cependant, pour les autres systèmes de santé et coûts de gestions, quelques coûts étaient réduits par rapport au scénario 1.

Scénario 3 : Selon l'Urgence Humanitaire et le fonctionnement de base du Système de Santé

Selon le scénario 3, les couvertures ont été réduites d'un tiers pour la santé maternelle, néonatale, santé reproductive, la santé infantile, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et la nutrition. Les couvertures pour les autres programmes sont restées les mêmes par rapport au scénario 2.

Quelques coûts de programmes de gestion ont subi une seconde réduction en plus de la réduction au scénario 2. Les coûts du système de santé sont restés les mêmes que dans le scénario 2.

⁴ Communication datée du 14 janvier 2014 de la DEP.

2.5 Méthodologie pour les estimations de financement

Antécédents

Entre 2009 et 2013, la crise politique malgache a eu deux impacts sur les ressources financières nécessaires pour le fonctionnement de l'état : les PTFs ont diminué leur appui financier au gouvernement et le gouvernement malgache a progressivement réduit le budget du secteur de la santé à cause de la chute des activités économiques.

Malgré la reprise des engagements des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), pour les prévisions de financement externes, les parties prenantes ont encouragé la DEP et le MSP à :

- Se référer aux montants de financements effectifs pendant les années précédentes pour la planification budgétaire de 2015-2019 dans les cas où les informations ne seraient pas disponibles.
- Utiliser de nouvelles estimations d'engagement venant directement des PTFs.

Sources de données

Les ressources financières disponibles ont été estimées selon un processus parallèle à l'évaluation du coût du PDSS. Les estimations ont été générées en utilisant Microsoft Excel et en employant diverses sources de données macro-économiques provenant du gouvernement de Madagascar, des estimations de certains financements et des réponses des PTFs.

Financement du gouvernement malgache

L'équipe du MSP a utilisé les données d'un cadrage macro-économique pour estimer l'espace budgétaire du gouvernement malgache potentiellement disponible pour les besoins du MSP. Ces estimations couvrent tous les besoins du MSP, les ressources humaines, médicaments, fournitures, le fonctionnement et la gestion.

N'ayant aucune certitude sur les intentions du gouvernement malgache, l'équipe technique du Ministère a toutefois utilisé une approche de scénarii alternatifs de l'espace budgétaire pour la santé pour la période 2015–2019, en appliquant les hypothèses liées à la croissance économique et leurs impacts sur le financement du secteur de la santé.

Nous résumons ici l'historique de ces estimations.

Initialement, le projet PPS avait préparé une base de scénario de ressources financières disponibles en utilisant les données suivantes :

Le coût des Ressources Humaines en 2015 tel que l'a estimé l'outil OHT pour les montants **hors soldes** du Ministère (qui couvrent les besoins en RH), les estimations OHT telles qu'elles ont été utilisées.

Le montant de la Loi de Finances Initiale (LFI) pour 2015 pour les montants **soldes** qui financent les dépenses récurrentes et d'investissement. Le montant 2015 a été augmenté annuellement de 5% jusqu'en 2019.

Les montants pour 2014 venant d'Aid Management Platform (AMP) avec une augmentation de 15% pour 2015 et ensuite une augmentation moindre de 5% par an entre 2015 et 2019. L'approche AMP avait été choisie car début novembre 2014, la DEP et le PPS craignaient qu'une enquête auprès des bailleurs pour obtenir leur niveau de financement 2015-2019 ait un très faible taux de réponse et que les données des PTFs seraient très incomplètes et partielles.

En janvier 2015, l'équipe OHT du Ministère a repris ces méthodes d'estimations et les résultats de ces estimations, décrites dans ce chapitre, ont été complétés par le PPS.

Le cadrage macro-économique ne faisant pas partie de l'accord entre le PPS, l'USAID et le Ministère, ce document reprend presque intégralement le texte et les chiffres sur le cadrage du document fourni par le MSP⁵.

Ce cadrage permet d'estimer trois scénarii d'espace budgétaire que pourrait financer le secteur santé du gouvernement malgache. Les trois scénarii tiennent compte des perspectives et contraintes économiques et financières projetées pour la période 2015–2019, dont notamment le taux de croissance économique et le taux d'inflation.

Le premier scénario (Tendance 1995–2012) se réfère à la tendance d'avant 2015, avec un taux de croissance économique de l'ordre de 3,5% par an et un taux d'inflation de 9,4% par an.

Le deuxième scénario (Projection FMI) montre un taux de croissance économique qui se réfère à la projection du Plan National de Développement (PND) combinée à l'évolution du taux d'inflation suivant la projection du FMI. Pour ces deux scénarii, le budget alloué au secteur santé est en moyenne de 8,1% du budget de l'Etat.

Le troisième scénario (Estimation PND/Recommandation d'Abuja) est basé sur le deuxième scénario mais prend en considération la recommandation d'Abuja reprise dans la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ainsi, une augmentation de la part du budget de l'Etat allouée à la santé de l'ordre de 1,5 point de pourcentage par an est prévue pour atteindre les 15% en 2019.

Tableau 1 : Projection du taux de croissance économique réel de 2015 à 2019

Scénario	2015	2016	2017	2018	2019
Tendance 1995–2012	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%
Projection FMI	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
Estimation PND	5,0%	7,0%	8,9%	10,4%	10,5%

Source: Plan de développement du secteur santé 2015–2019 (version finale) 8 février 2015

Tableau 2 : Projection du taux d'inflation pour 2015 à 2019

Scénario	2015	2016	2017	2018	2019
Tendance 1995–2012	9,4%	9,4%	9,4%	9,4%	9,4%
Projection FMI	7,3%	5,7%	5,3%	5,0%	5,0%

Source : Plan de développement du secteur santé 2015–2019 (version finale) 8 février 2015

Ces besoins de ressources pour le MSP sont présentés dans les scénarii d'affectations budgétaires décrits dans la section suivante.

⁵ Plan de développement du secteur santé 2015-2019 (version finale) 8 février 2015, (communiqué au PPS le 19 février 2015).

Financement par les PTFs

Pour ce rapport, trois méthodes ont finalement été utilisées pour estimer les fonds PTFs.

1. Enquête auprès des PTFs/Positionnement des PTFs

Comme indiqué auparavant, la DEP a préparé, avec l'appui du PPS, un questionnaire envoyé aux principaux PTFs leur demandant de fournir des montants indicatifs au secteur de santé. Ce questionnaire a été envoyé par la DEP en septembre 2014 puis à nouveau en octobre 2014. Le taux de réponse des PTFs a été faible. En effet, bon nombre de bailleurs de fonds n'ont pas communiqué leur montant indicatif suite à la première requête de la DEP. Toutefois, entre décembre 2014 et janvier 2015, certains PTFs ont réagi et envoyé le montant de leur contribution financière pour 2015 et 2019.

2. Estimations de l'équipe du MSP

Les montants provenant de l'Alliance GAVI et du Fonds mondial ont aussi été repris sur la base des accords en cours et ne comprennent pas de montants pour de nouveaux accords éventuels.

Les partenaires de développement apportent un soutien au budget et l'équipe du MSP a estimé séparément la partie soutien au budget.

3. Estimations à partir de la base de données « Aid Management Platform

Etant inquiets de la lenteur des réponses et du taux de réponse des bailleurs, la DEP, l'OMS et le PPS ont déterminé que des projections d'estimations venant de l'AMP seraient un substitut pour obtenir le financement des PTFs. Les données AMP ont été fournies par l'OMS Madagascar en octobre 2014 et décrivent les montants reçus à Madagascar par plus de 35 bailleurs, dont 22 ont investi/octroyé chacun plus de 2,50 milliards d'Ariary en 2014. La liste du document AMP révèle des PTFs qui ne sont pas très bien connus mais qui ont cependant contribué au financement de la santé à Madagascar entre 2010 et 2014, par exemple :

- Gouvernements nationaux : la Norvège, la Chine
- Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales : Handicap International, Catholic Relief Services (CRS), Adventist Development Relief Agency (ADRA) et autres.
- Départements du gouvernement français : Pas de Calais, Alsace, Oise, parmi d'autres.

Le Aid Management Platform (AMP) est une application logicielle en ligne grâce à laquelle les représentants des gouvernements et le public en général peuvent suivre les données de financement des projets et programmes de développement. De la planification à la mise en œuvre des activités d'aide, le gouvernements et le personnel des bailleurs de fonds utilisent l'AMP pour saisir et modifier des informations de financement, générer des tableaux, des graphiques et des cartes afin de suivre les tendances et les statistiques vitales et produire des rapports sur les dépenses de développement public. Le système AMP a été mis en œuvre dans plus de 20 pays sur 4 continents dont Madagascar.

Il aurait été impossible d'obtenir des informations sur les intentions de financements de ces PTFs.

La moyenne de montants de financement entre 2010 et 2014 pour chacun des PTFs a été retenue et projetée au même niveau pour les années de 2015 à 2019, reflétant ainsi la recommandation des partenaires d'utiliser les montants passés.

Pour ce rapport, PPS a modifié les premiers résultats « positionnement du PTFs » préparés par l'équipe de la DEP en les actualisant avec la totalité des PTFs, sous le nom « Positionnement des PTFs, Version Finale ».

Cette version a été élaborée à partir de trois méthodes différentes d'estimation :

- Montants selon les réponses des PTFs qui ont répondu au questionnaire sur leurs intentions de financement pour 2015–2019.
- Montants estimés par la DEP pour les montants Fonds mondial, GAVI et soutien au budget : pour ce dernier, la méthode utilisée par la DEP a été la suivante : « au même niveau que 2014 (i.e., 2 ans après la crise) avec une augmentation de 16,8% par an »⁶.
- Montants estimés des PTFs qui n'avaient pas répondu au questionnaire et/ou qui n'avaient pas été contactés : ces estimations ont été faites à partir de la base de données AMP, en utilisant la moyenne des montants 2010–2014 et en les projetant tels quels pour la période 2015–2019. Le tableau complet identifiant chaque PTF avec les montants selon les 3 méthodes d'estimations décrits ci-dessous se trouve dans l'Annexe A de ce document.

⁶ Source: Document du « Cadrage macro-économique PDSS 2014–2019 »

3. RÉSULTATS

3.1 Scénario de coûts PDSS

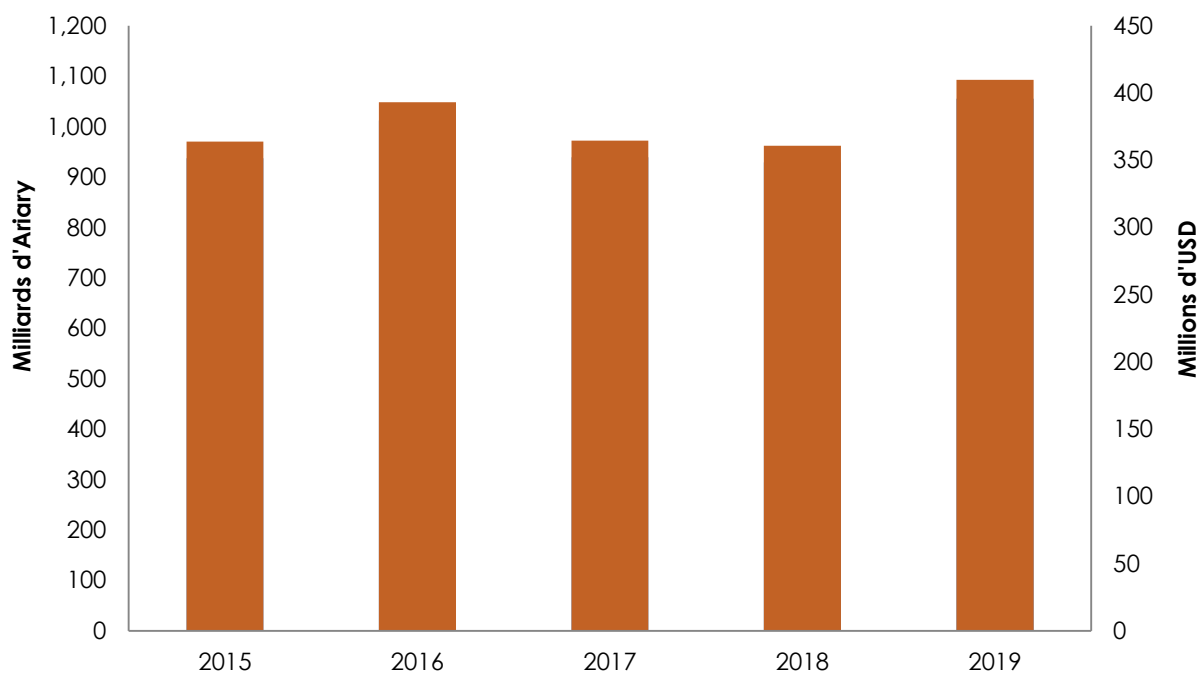
Le Ministère de la Santé a créé trois scénarii du PDSS avec l’outil OneHealth. Tous les coûts ont été estimés en MGA de 2014. En raison d'un manque de données sur l'inflation potentielle des prix des biens et des produits médicaux, les coûts unitaires ont été fixés sur la période de l'analyse des coûts, c'est-à-dire 2014. Cependant, les salaires augmentent chaque année de 10%

Résultats du Scénario 1 : Selon les Besoins

Le premier scénario décrit les besoins financiers du système tels qu’exprimés par les programmes (SM, VIH/SIDA, Paludisme) et départements chargés des systèmes de santé (RH, infrastructure, SIG, etc.) : taux de couverture, coûts des traitements, ... etc. De manière générale, ce scénario représente ce que le MSP et les PTFs devraient financer pour couvrir tous les besoins de la population, selon le plus fort taux de couverture possible. Les seuls coûts qui ne sont pas inclus dans ce scénario (ni dans les autres scénarii) sont ceux des médicaments des maladies non-transmissibles (MNT), du handicap et de la réadaptation, et de la santé mentale. Bien que ces services soient offerts par le MSP, le coût des médicaments pour ces programmes est pris en charge par les patients eux-mêmes (Voir en Annexe B, la communication du Secrétaire General du MSP, instruisant de ne pas inclure ces coûts dans l’outil OHT).

La mise en œuvre du scénario 1 exigera 4 869,04 milliards de MGA pour la période 2015–2019. Ceci se traduit par un coût annuel moyen de 973,81 milliards de MGA par année et une moyenne de 38 749 MGA par habitant par an. Le graphique 2 montre les coûts totaux par année pour la période 2015–2019.

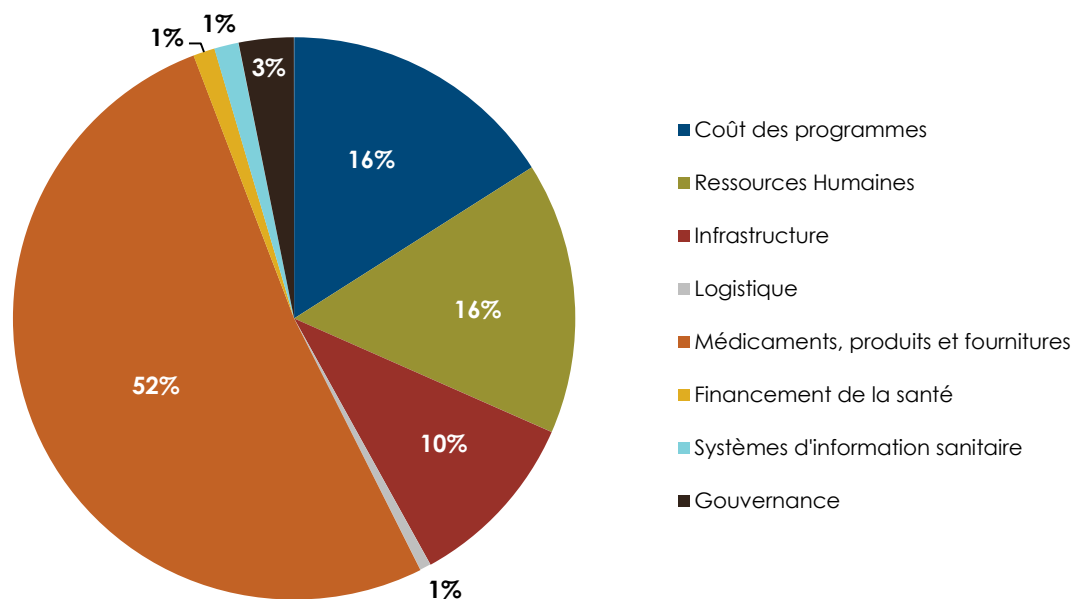
Graphique 2. Scénario 1 : Coût total par an (Milliards de MGA et Millions d’USD), période 2015–2019



Note : Taux de change: 1 USD = 2575 MGA

Les coûts augmentent en 2016 et 2019 en raison de l'achat des matériaux traités aux insecticides dont la durée de vie est de 3 ans. Le graphique ci-dessous montre le pourcentage des coûts pendant cinq ans par service et système.

Graphique 3. Scénario 1: Récapitulatif des coûts (MGA) en pourcentage, période 2015–2019

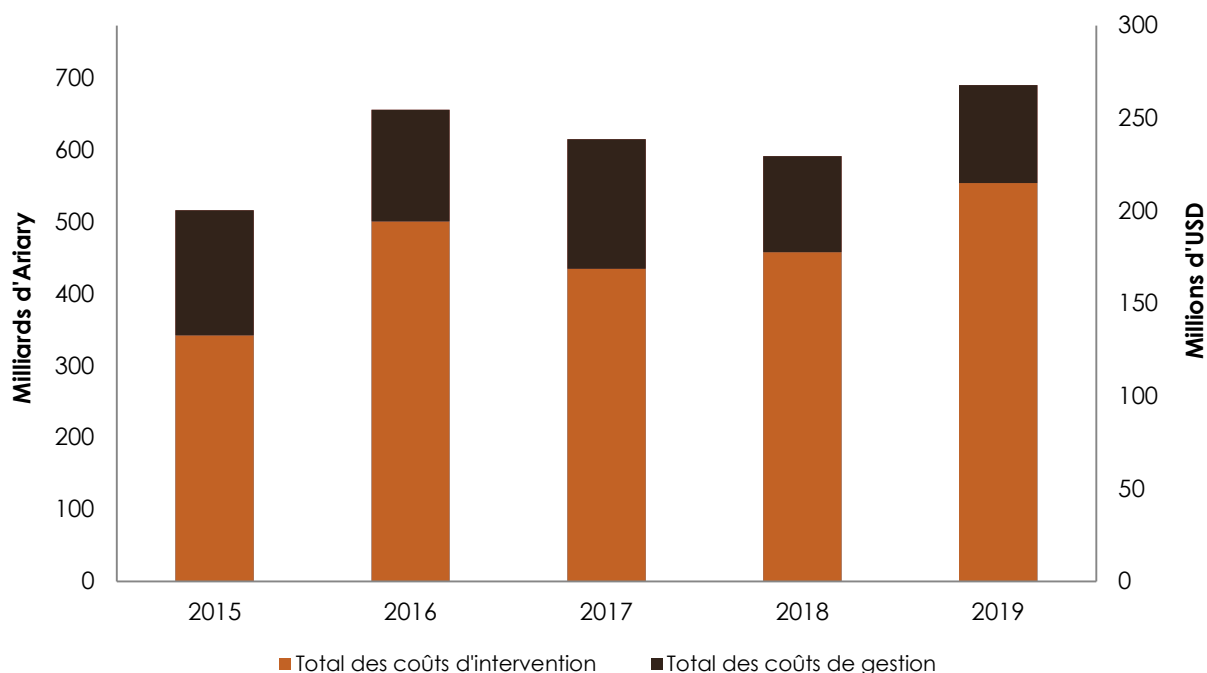


Les coûts des services de santé (programmes/interventions) constituent 52% des coûts totaux pour la période 2015–2019. Les coûts des services proviennent des médicaments, produits et fournitures. La gestion des programmes de services de santé constituent 16% des coûts. Ces deux coûts (programmes/interventions et gestion) constituent 68% des coûts totaux pour la période.

Les coûts des systèmes de santé constituent 32% des coûts totaux de ce scénario pour la période 2015–2019 : les ressources humaines représentent la moitié des coûts totaux des systèmes de santé, soit 16% des coûts totaux, et les infrastructures 10%. Les coûts du financement de la santé, des systèmes d'information sanitaire et de la gouvernance ne représentent que 5% des coûts de ce scénario.

Dans le cadre des services de santé, la majorité des coûts vient des médicaments et fournitures qui constituent en moyenne 75% des coûts de ce scénario. Les coûts de gestion de programmes représentent en moyenne 25% du coût total de ce scénario. Le graphique 3 décrit les coûts totaux pour les services de santé répartis entre le coût des interventions (incluant seulement les médicaments) et le coût de la gestion des programmes (ressources humaines, suivi et évaluation, visites de supervision spécifiques aux programmes).

Graphique 4. Scénario 1 : Les coûts totaux (programmes/interventions et gestion) annuels des services de santé, en MGA et USD



Le diagramme montre que les coûts de gestion des programmes restent relativement constants durant les 5 ans, mais les coûts d'interventions augmentent annuellement à cause de l'augmentation des taux de couverture des interventions. L'augmentation du coût de médicaments est due à la hausse des taux de couverture des interventions au cours des 5 ans.

Le tableau ci-dessous montre le coût total durant 5 ans et le pourcentage des coûts totaux que chaque service représente.

Tableau 3. Scénario 1: Coût total par programme de santé, en MGA et en pourcentage, période 2015–2019

Service	Coût total en Milliards d'Ariary (5 ans)	Coût total en Millions d'USD (5 ans)	Pourcentage de coût total
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction	1135	441	37,0%
Santé des Enfants	131	51	4,3%
Vaccination	459	178	15,0%
Paludisme	385	150	12,6%
TB	60	23	1,9%
VIH/SIDA	404	157	13,2%
Nutrition	105	41	3,4%
*Eau, Assainissement et Hygiène	9	4	0,3%

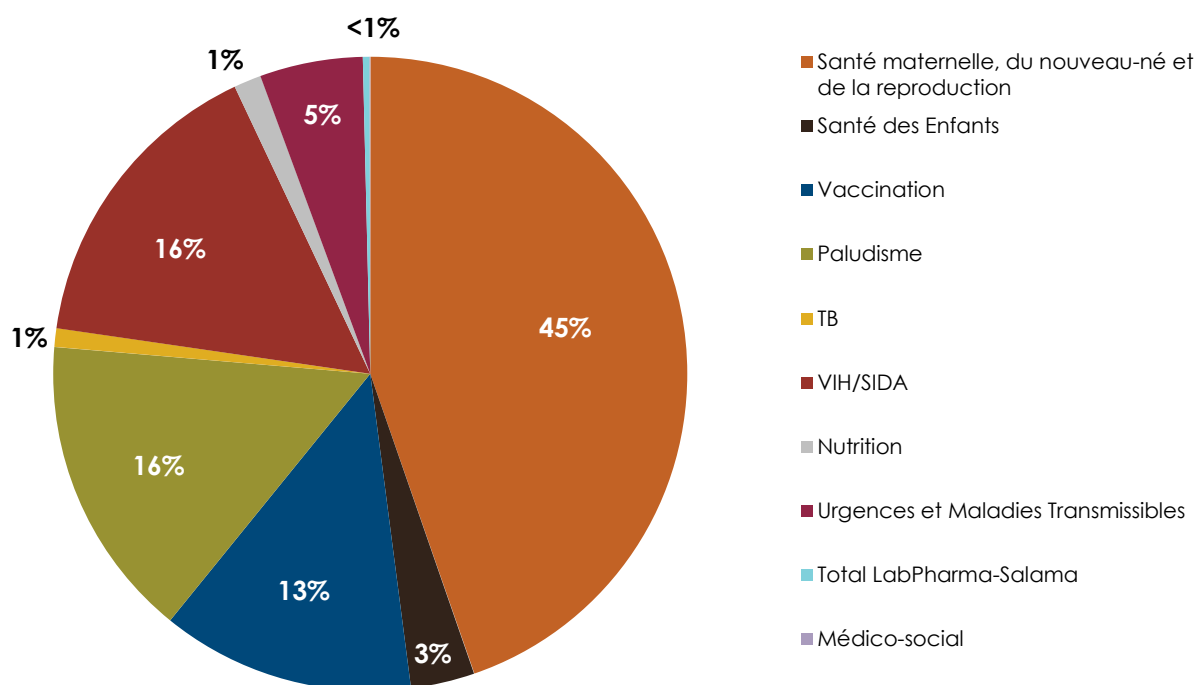
Service	Coût total en Milliards d'Ariary (5 ans)	Coût total en Millions d'USD (5 ans)	Pourcentage de coût total
*Les maladies non transmissibles	42	16	1,4%
*Santé Mentale	9	3	0,3%
Urgences et Maladies Transmissibles	266	103	8,7%
*Médecine Traditionnelle	5	2	0,2%
*Handicap et Réadaptation	20	8	0,7%
*Promotion de la Santé	28	11	0,9%
Total LabPharma-Salama	8	3	0,3%
Médico-Social	0,9	0,37	0,03%

*Seulement coûts de programme

Les interventions en santé maternelle contribuent à la plus grande part des ressources requises de ce scénario, (37.1%), reflétant les taux de couverture de la Campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle (CARMMA), suivies par la vaccination (15.2%) VIH SIDA (13.2%) et le paludisme (12.6%). Le total LabPharma-Salama représente les coûts de distribution et de logistique des médicaments que le Ministre contractualise à la Salama pour les médicaments essentiels. Les coûts pour le Médico-social sont les coûts de médicaments pour le personnel du Ministère et leurs familles.

Le graphique 5 montre le pourcentage des médicaments pour ce scénario. La tendance est la même pour les médicaments et fournitures que dans le cadre des coûts totaux. Les médicaments pour la santé maternelle représentent 45% du coût des médicaments, le VIH/SIDA et le paludisme 16% et la vaccination 13%.

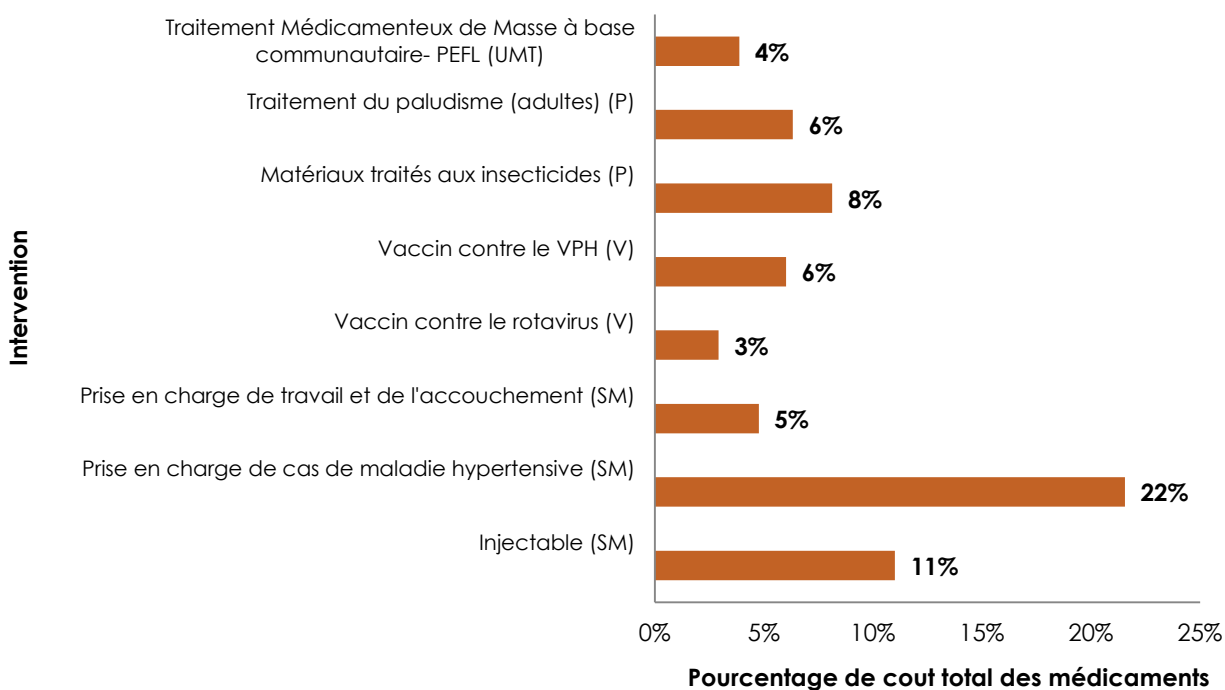
Graphique 5. Scénario 1: Pourcentage du coût des médicaments par programmes/interventions



Les programmes de Nutrition et Urgences et Maladies Transmissibles ne représentent que 6% du coût des médicaments.

Huit interventions couvrent 65% du coût total des médicaments dans le scénario 1. Le graphique 6 ci-dessous montre les huit interventions : Traitement médicamenteux de masse à base communautaire (Urgence et maladies transmissibles), traitement du paludisme (adultes), matériaux traités aux insecticides, vaccin contre le virus papillome (VPH), vaccin contre le rota virus, la prise en charge de travail et l'accouchement, la prise en charge de cas de maladie hypertensive (pour les femmes enceintes) et les contraceptifs injectables pour la santé maternelle.

Graphique 6. Scénario 1: Une sélection d'interventions par pourcentage du coût total des médicaments, période 2015–2019

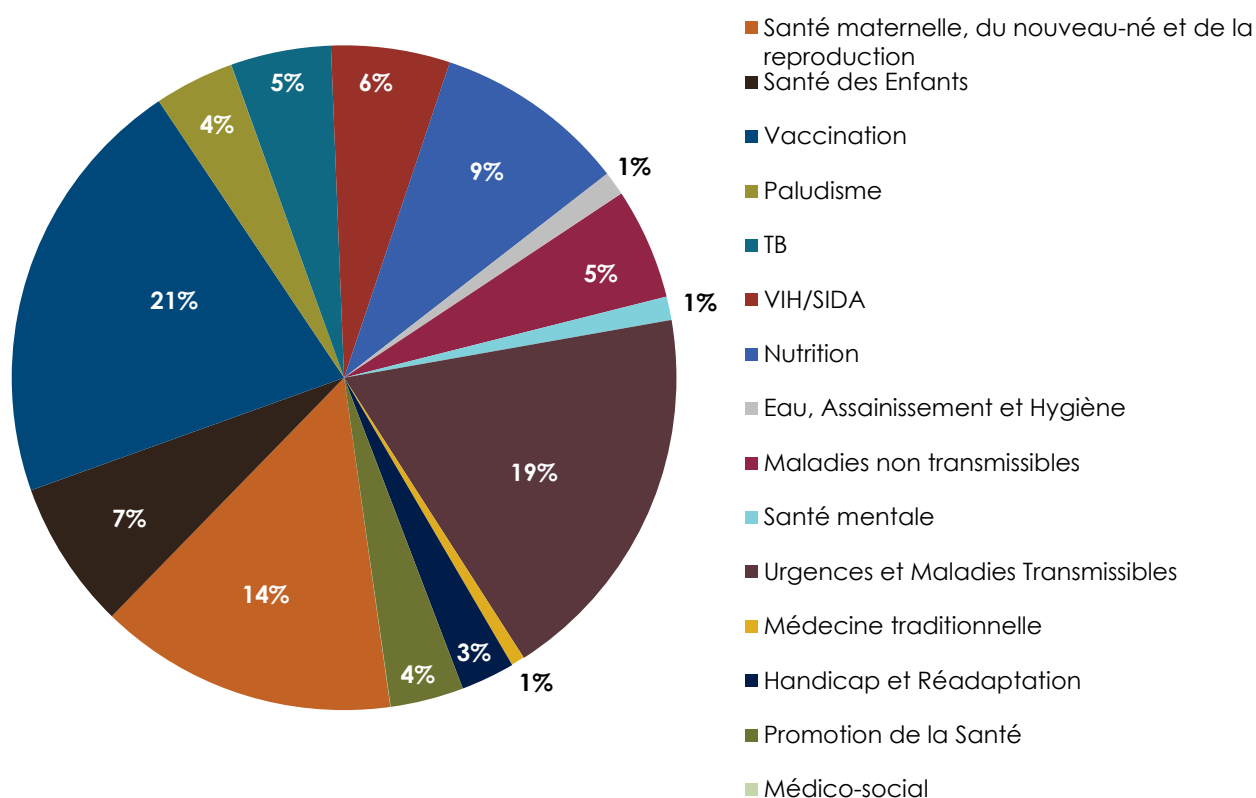


*Légende: SM= Santé Maternelle, V= Vaccination, P=Paludisme, UMT= Urgence et Maladies Transmissibles

Trois interventions font partie de la Santé maternelle, deux de la vaccination, deux du paludisme et un a trait à l'urgence et aux maladies non-transmissibles. C'est évident que les programmes de santé maternelle, vaccination et paludisme sont des programmes prioritaires étant donné les besoins de ces programmes.

Les coûts de programmes suivent presque la même tendance que les coûts de médicaments. Le graphique ci-dessous montre que les coûts répartis par programme sont plus similaires aux coûts répartis des médicaments.

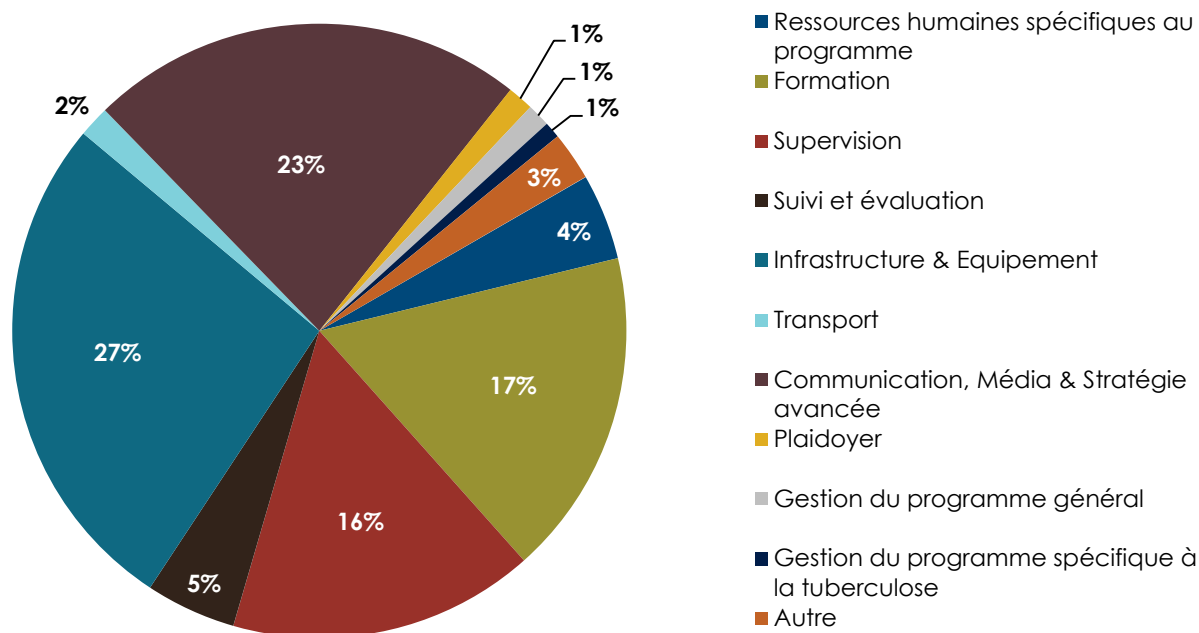
Graphique 7. Scénario 1 : Coût total de la gestion des programmes, en pourcentage, période 2015–2019



La vaccination et les urgences et les maladies transmissibles engendrent les plus hauts coûts de programmes, avec 21% et 19% respectivement des coûts de gestion des programmes. La santé maternelle et la nutrition accaparent respectivement 14% et 9% de ces coûts.

Les coûts de ces programmes sont ventilés comme suit : acquisition des infrastructures et équipement pour les programmes (27%), communication, média et stratégie avancée (23%), formation (17%) et supervision (16%).

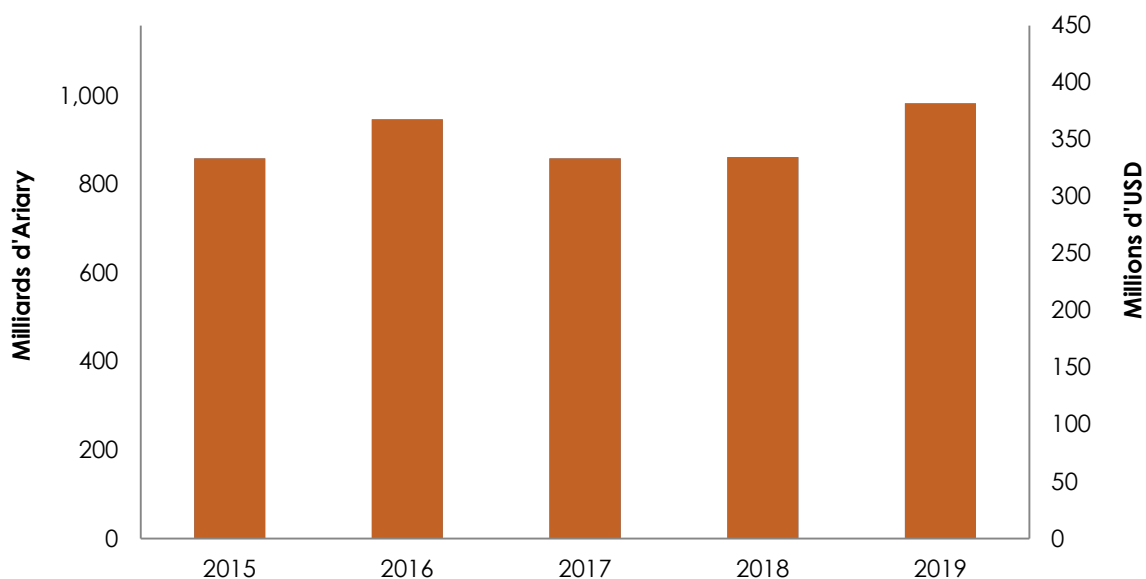
Graphique 8. Scénario 1 : Coûts de gestion des programmes par catégorie, en pourcentage, période 2015–2019



Résultats du Scénario 2 : Programmes Prioritaires

Le graphique 9 montre le coût total PDSS du scénario 2 pour les années 2015 à 2019. Le coût total pendant cinq ans est 4 508,76 milliards de MGA avec une moyenne de 901,75 milliards de MGA par année entre 2015–2019 et une moyenne de 35 896 MGA par habitant par an. Le graphique montre les coûts totaux pour les années 2015–2019.

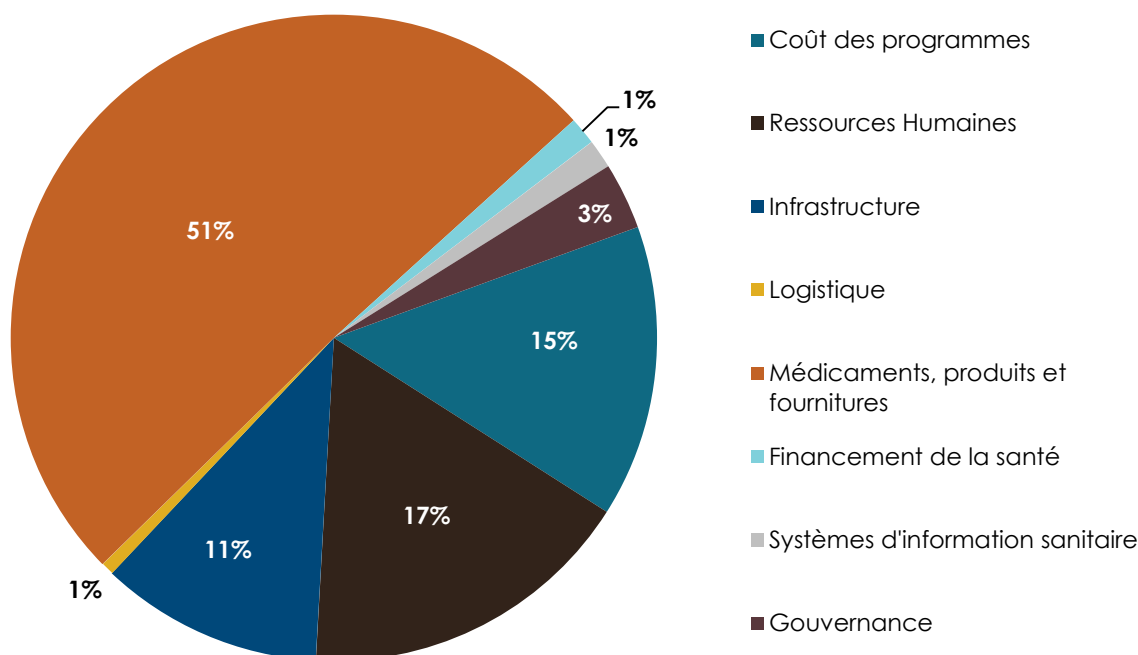
Graphique 9. Scénario 2 : Coût total (programmes/intervention et gestion) par an (Milliards de MGA et Millions d'USD), 2015–2019



Le coût total par an de ce scénario 2 est moins élevé que celui du scénario 1 pour l'ensemble de la période. Dans ce scénario 2, les couvertures des interventions non-prioritaires ont été réduites d'un tiers. Le coût des médicaments des programmes de paludisme, TB, VIH, Urgence et Maladies Transmissibles, le programme médico-social et le coût de la contractualisation de la Salama ont été réduits d'un tiers. Cette réduction s'est faite sur la totalité des montants estimés par la Salama pour le scénario 1 et non sur des catégories et/ou des médicaments spécifiques. Si ce scénario est retenu, il faudra cependant qu'au niveau opérationnel, le MSP fasse un exercice de priorisation entre catégories et médicaments spécifiques pour arriver à cette réduction.

Le MSP a toutefois conservé les taux de couverture et par conséquent les coûts des interventions pour la santé maternelle et la santé infantile du scénario 1. Le graphique ci-dessous montre le pourcentage des coûts pendant cinq ans par service et pour les rubriques/éléments du système de santé pour le scénario 2.

Graphique 10. Scénario 2 : Récapitulatif (programmes/interventions et gestion) des coûts (MGA), en pourcentage, 2015–2019

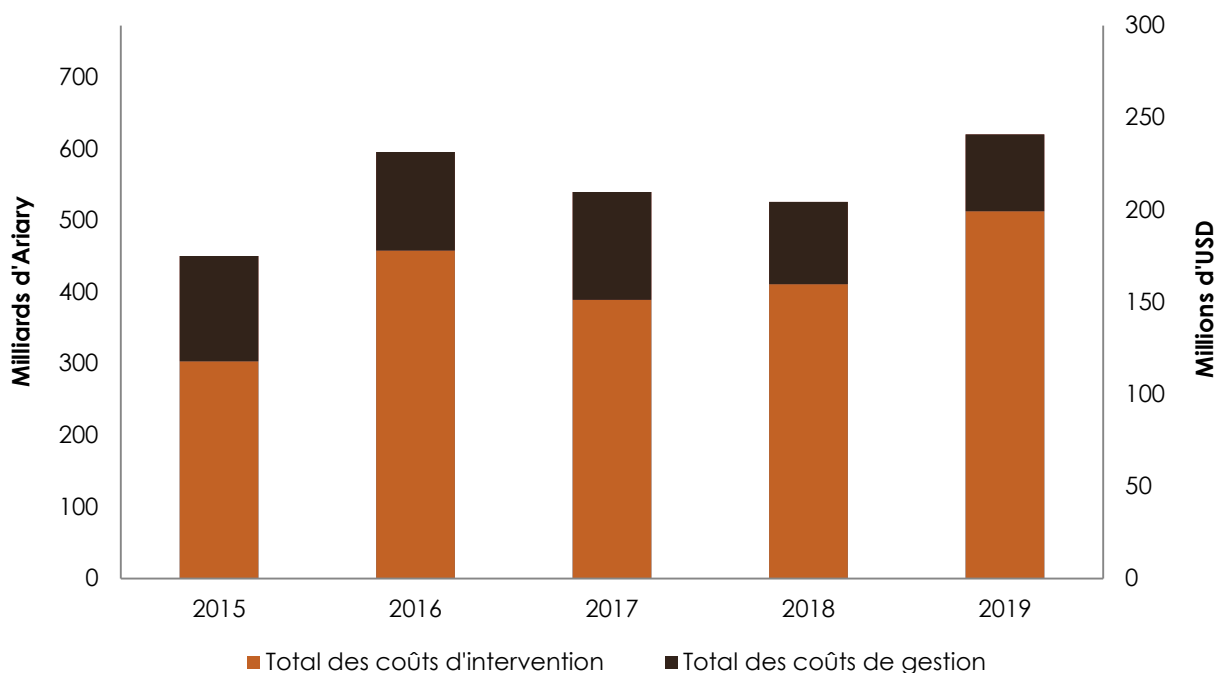


Dans ce scénario 2, les services de santé constituent 51% des coûts totaux. En y ajoutant les coûts de gestion (15%), les coûts des programmes constituent 66% des coûts totaux. Pour les services/interventions, la majorité des coûts provient des médicaments, produits et fournitures.

Les systèmes de santé accaparent 34% des coûts totaux, avec les ressources humaines (17%) et les infrastructures (11%) constituant les plus grandes catégories de coûts pour le scénario 2. Similairement au scénario 1, l'ensemble des coûts des programmes de financement de la santé, des systèmes d'information sanitaire et de gouvernance ne représente que 5% des coûts de ce scénario.

Dans le cadre des services de santé, la majorité des coûts vient des médicaments et fournitures. Les coûts de programmes constituent en moyenne 24% du coût total. Le graphique 11 décrit les coûts totaux pour les services de santé par rapport aux coûts d'interventions (médicaments) et aux coûts de gestion des programmes.

Graphique 11. Scénario 2 : Les coûts totaux des services de santé par intervention (médicaments) et programme, en milliards de MGA et millions d'USD, 2015–2019



Le diagramme montre que les coûts de gestion des programmes restent relativement constants durant les 5 ans, mais les coûts des interventions augmentent progressivement. Les coûts des programmes et ceux des programmes de santé augmentent à cause de l'augmentation des taux de couverture de la population dans le besoin. Et ces taux de couverture se traduisent par une augmentation des coûts des médicaments pour les programmes de santé maternelle, santé des enfants, vaccination et nutrition au cours des 5 ans, malgré la réduction des coûts d'un bon nombre d'interventions dans les autres programmes. Le tableau ci-dessous montre le coût total durant 5 ans et le pourcentage des coûts totaux que chaque programme de santé représente.

Tableau 4. Scénario 2 : Coût total par programmes/interventions de santé, en MGA et USD et en pourcentage, période 2015–2019

Service	Coût total en Milliards d'Ariary (5 ans)	Coût total en Millions d'USD (5 ans)	Pourcentage de coût total
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction	1,135	441	41.5%
Santé des Enfants	131	51	4.8%
Vaccination	459	178	16.8%
Paludisme	340	132	12.4%
TB	41	16	1.5%
VIH/SIDA	280	109	10.2%

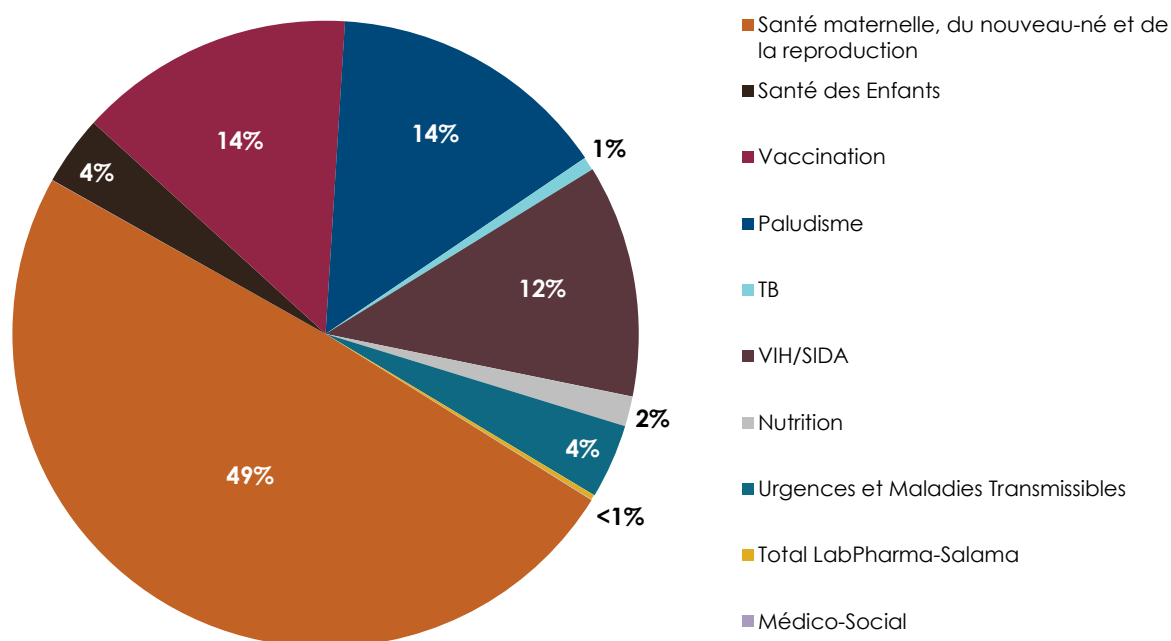
Service	Coût total en Milliards d'Ariary (5 ans)	Coût total en Millions d'USD (5 ans)	Pourcentage de coût total
Nutrition	81	32	3.0%
*Eau, Assainissement et Hygiène	6	2	0.2%
*Maladies non transmissibles	29	11	1.1%
*Santé Mentale	8	3	0.3%
Urgences et Maladies Transmissibles	179	70	6.6%
*Médecine Traditionnelle	4	2	0.2%
*Handicap et Réadaptation	14	5	0.5%
*Promotion de la Santé	19	7	0.7%
Total LabPharma-Salama	5	2	0.2%
Médico-Social	0.63	0.24	0.02%

*Seulement coûts de programme

Les interventions de santé maternelle contribuent à la plus grande part des coûts (41,5%). Les programmes de Vaccination (16,8%), Paludisme (12,4%) et VIH/SIDA (10,2%) représentent aussi des pourcentages importants des coûts totaux des services.

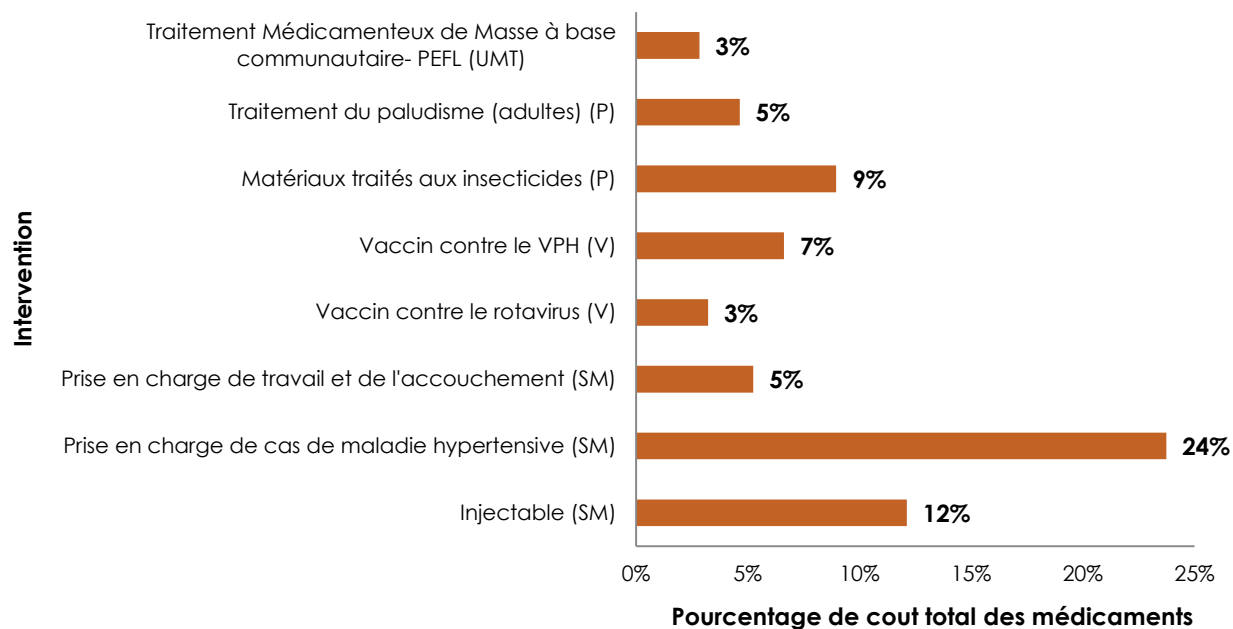
La tendance est la même pour les médicaments et fournitures. La santé maternelle accapare 49% des coûts de médicaments, la vaccination et le paludisme comprennent 14% et le VIH /SIDA 12% des coûts.

Graphique 12. Scénario 2 : Pourcentage des coûts de médicaments par programme, en pourcentage, période 2015–2019



Huit interventions absorbent 67% du coût total des médicaments. Ces mêmes interventions représentent la majorité des coûts dans chaque scénario. Le graphique ci-dessous montre le pourcentage de médicaments que ces interventions comprennent.

Graphique 13. Scénario 2 : Une sélection d'interventions par pourcentage de coût total de médicaments, en pourcentage des coûts totaux des médicaments, période 2015–2019

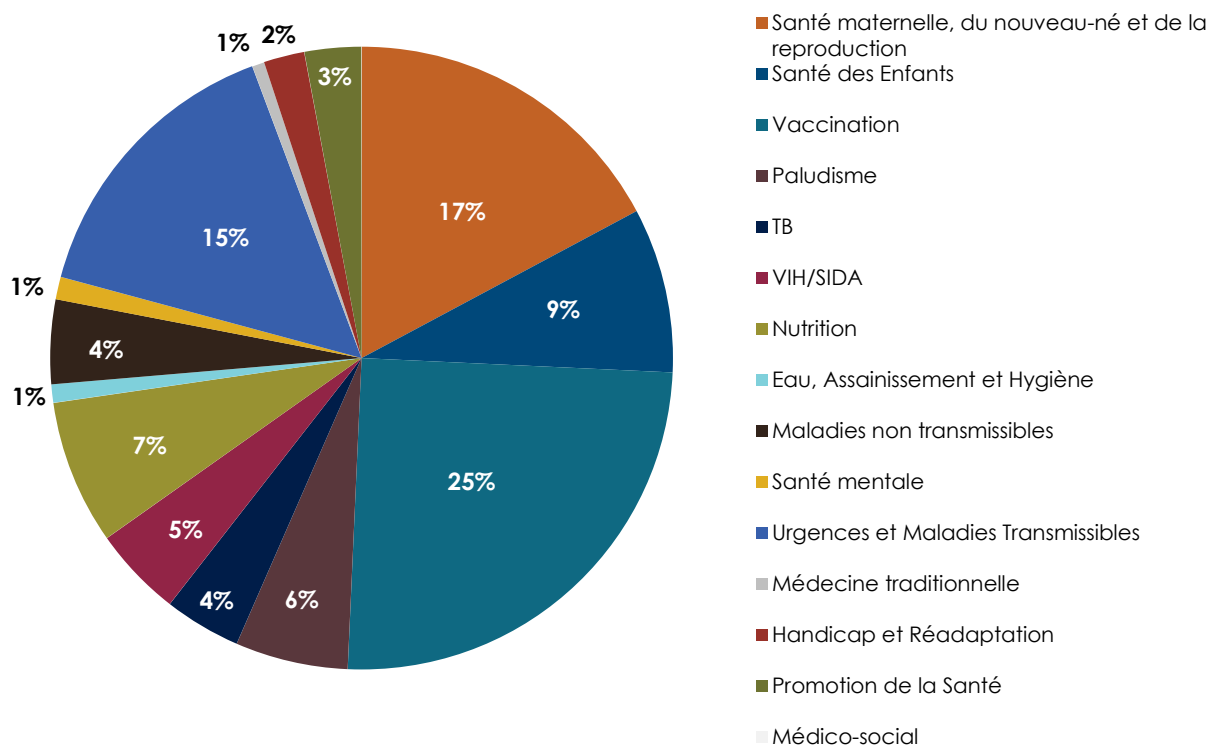


*Légende: SM= Santé Maternelle, V= Vaccination, P=Paludisme, UMT= Urgence et Maladies Transmissibles

Trois interventions font partie de la santé maternelle, deux interventions de la vaccination, deux interventions du paludisme et une des urgences et maladies transmissibles.

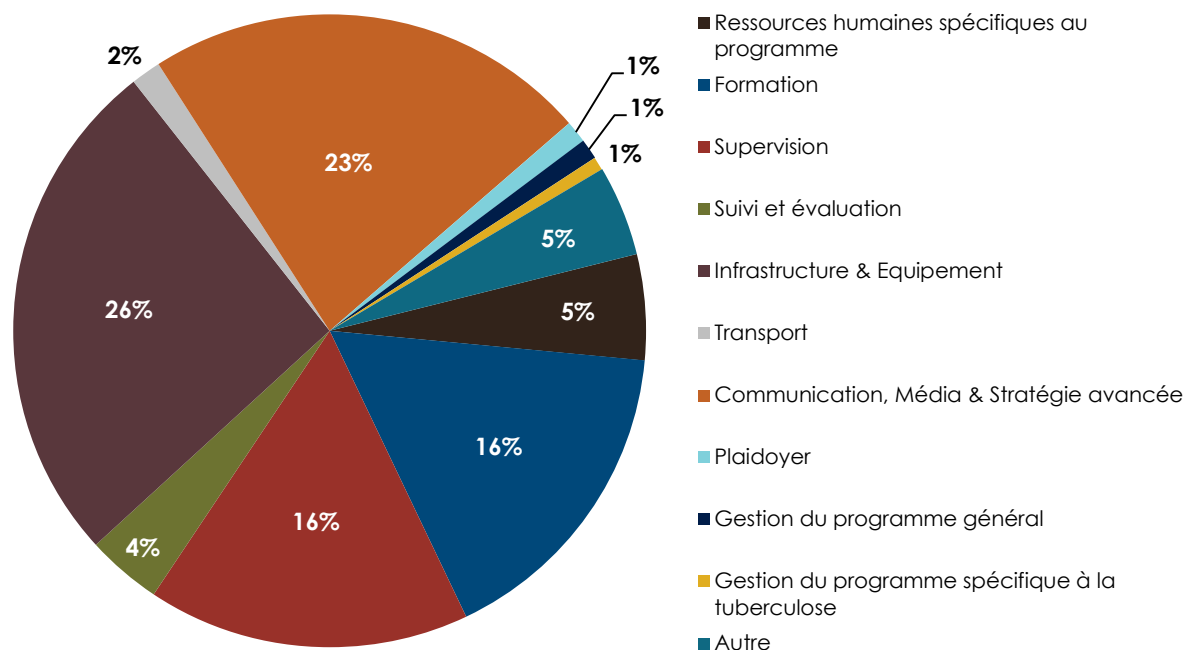
Les coûts de programmes suivent presque la même tendance que les coûts des médicaments sauf pour les maladies transmissibles. Le graphique ci-dessous montre que les coûts répartis par programme sont plus similaires que la répartition du coût des médicaments.

Graphique 14. Scénario 2 : Coût total des programmes, en pourcentage, période 2015–2019



Le programme de vaccination a le coût le plus élevé de programmes (25%). La santé maternelle et les maladies transmissibles sont les deux postes suivants les plus élevés : 17% et 15% de coûts de programmes. La plupart des coûts de programmes proviennent de l'infrastructure et de l'équipement pour le programme (26%), la communication, média et stratégie avancée (23%), la formation (16%) et la supervision (16%).

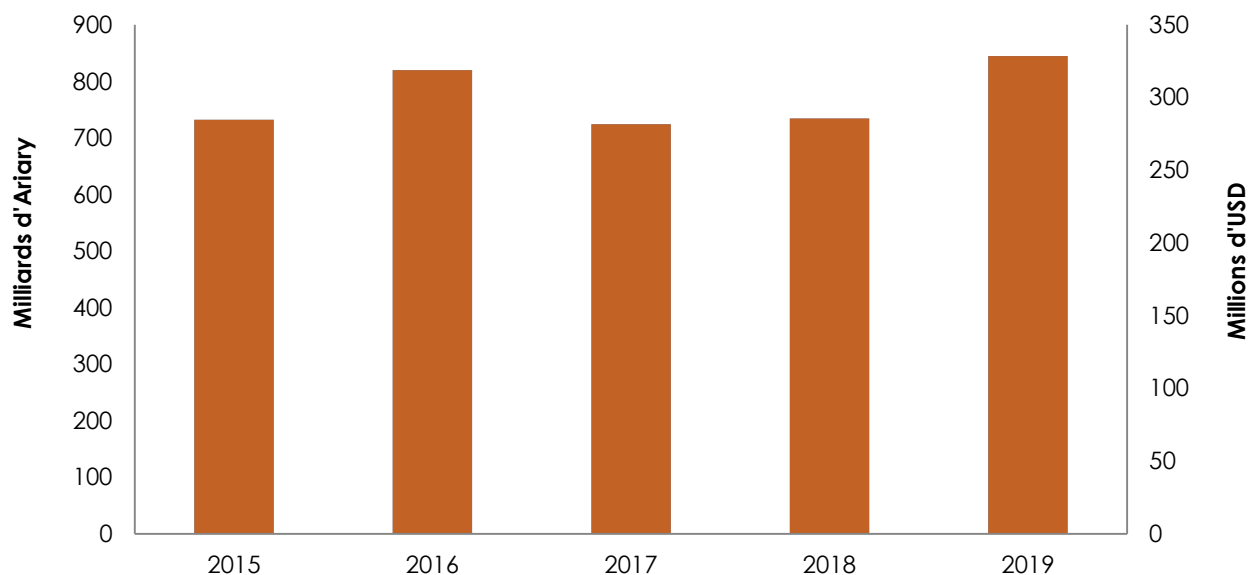
Graphique 15. Scénario 2 : Coût de gestion de programmes par catégorie, en pourcentage, pour la période 2015–2019



Résultats de Scénario 3 : L'urgence humanitaire et le fonctionnement de base du système de santé

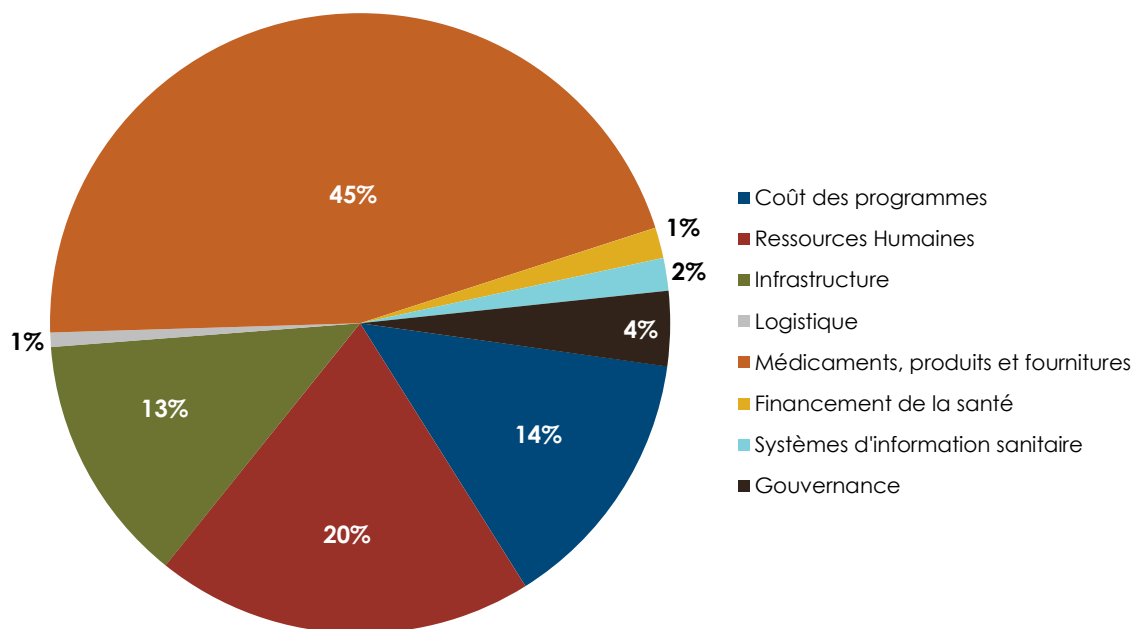
Le troisième scénario montre le coût selon l'urgence humanitaire et le fonctionnement de base du système de santé. Le coût total pendant cinq ans est 3 859,13 milliards MGA, avec une moyenne annuelle de 771 827 milliards de MGA et une moyenne de 30 724 MGA par habitant par an. Le graphique montre les coûts totaux par année pour les années 2015 à 2019.

Graphique 16. Scénario 3 : Coût total (interventions et gestion) par an (Milliards de MGA et millions d'USD), 2015–2019



Le coût total par an montre une diminution de 100 milliards de MGA que pour les deux premiers scénarii. Les couvertures dans ce scénario ont été réduites d'un tiers par rapport au scénario 2. Ces réductions n'ont pas été validées par les programmes. De surcroît, les couvertures de base ne représentent pas la situation actuelle, suite à une diminution par rapport aux taux de couverture donnés par les programmes du MSP. Le graphique 17 ci-dessous montre le pourcentage des coûts pendant cinq ans par service et système.

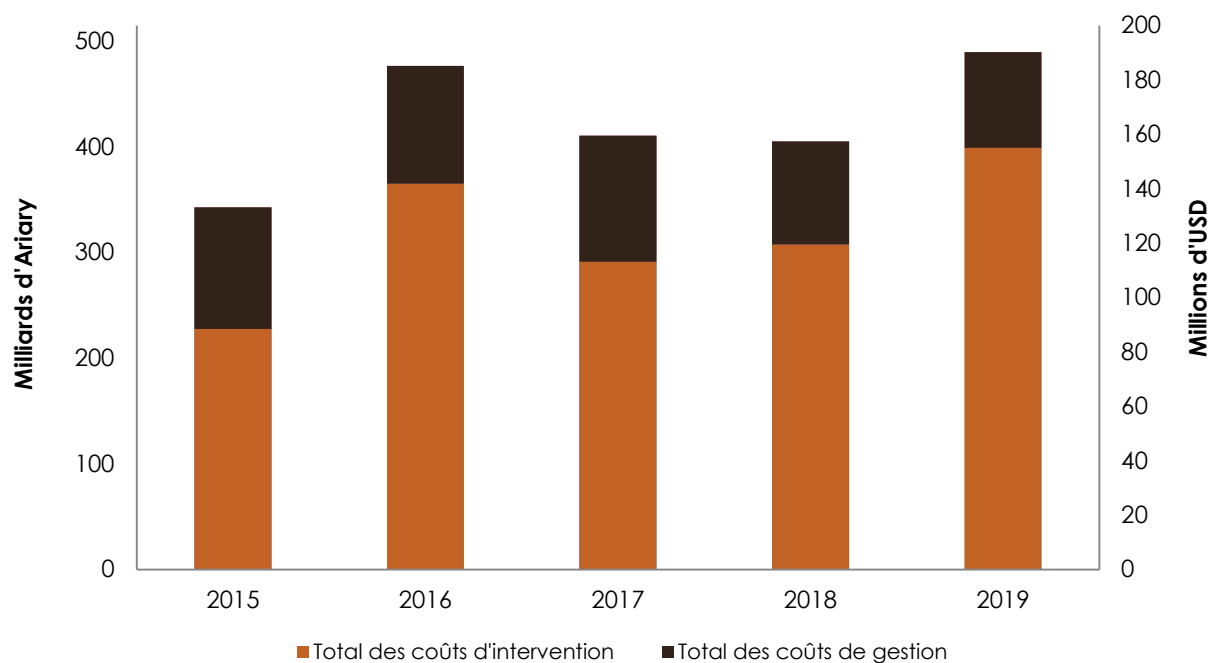
Graphique 17 : Scénario 3 : Récapitulatif des coûts totaux (MGA), en pourcentage, période 2015–2019



Les services/interventions représentent 45% des coûts totaux de ce scénario. En y ajoutant les coûts de gestion (14% des coûts totaux), les coûts des programmes constituent 59% des coûts totaux. La majorité des coûts des services vient des médicaments, produits et fournitures (45% des coûts durant 5 ans) mais ce coût est bien moindre que dans le cadre des scénarii 1 et 2.

Les systèmes de santé constituent 41% des coûts totaux, les ressources humaines (20%) et l'infrastructure (13%) constituant les plus grands pourcentages des coûts des systèmes de santé. Le financement de la santé, les systèmes d'information sanitaire et la gouvernance comprennent 7% des coûts de ce scénario.

Dans les cadres des programmes et interventions de santé, la majorité des coûts est imputable aux médicaments et fournitures. Le graphique 18 décrit les coûts totaux pour les services de santé répartis entre les coûts d'interventions (médicaments) et coûts de gestion des programmes.

Graphique 18. Scénario 3 : Les coûts totaux des services de santé par intervention (médicaments) et programme


Les coûts de programmes restent relativement constants durant les 5 ans et les coûts d'intervention augmentent légèrement. Comme toutes les couvertures des programmes et interventions ont été réduites, le coût par an n'augmente pas au même taux que dans les autres scénarii. Le tableau ci-dessous montre le coût total durant 5 ans et le pourcentage des coûts totaux que chaque service représente.

Tableau 5. Scénario 3 : Coût total par service de la santé, en MGA et en pourcentage, période 2015–2019

Service	Coût total en Milliards d'Ariary (5 ans)	Coût total en Millions d'USD (5 ans)	Pourcentage de coût total
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction	837,61	325	39,4%
Santé des Enfants	72,72	28	3,4%
Vaccination	283,14	110	13,3%
Paludisme	301,42	117	14,2%
TB	4,59	16	1,9%
VIH/SIDA	269,67	105	12,7%
Nutrition	54,87	21	2,6%
*Eau, Assainissement et Hygiène	6,34	2	0,3%
*Maladies non transmissibles	28,72	11	1,4%
*Santé Mentale	7,71	3	0,4%
Urgences et Maladies Transmissibles	179,5	70	8,4%

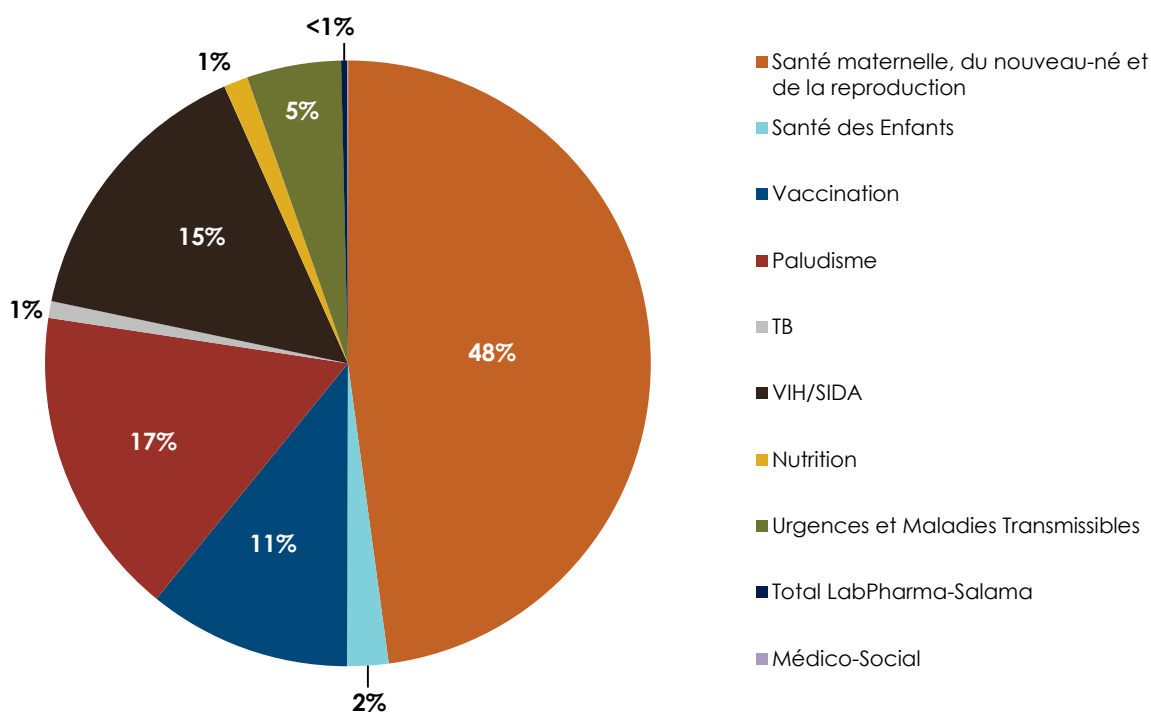
Service	Coût total en Milliards d'Ariary (5 ans)	Coût total en Millions d'USD (5 ans)	Pourcentage de coût total
*Médecine Traditionnelle	4,17	2	0,2%
*Handicap et Réadaptation	13,90	5	0,7%
*Promotion de la Santé	19,31	7	0,9%
Total LabPharma-Salama	5,18	2	0,2%
Médico-Social	0,63	0,2	0%

*Seulement coûts de programme

La santé maternelle continue à absorber la plus grande part des coûts (39%). Les programmes de Vaccination (13%), Paludisme (14%) et VIH/SIDA (12%) représentent aussi un pourcentage important des coûts totaux des programmes.

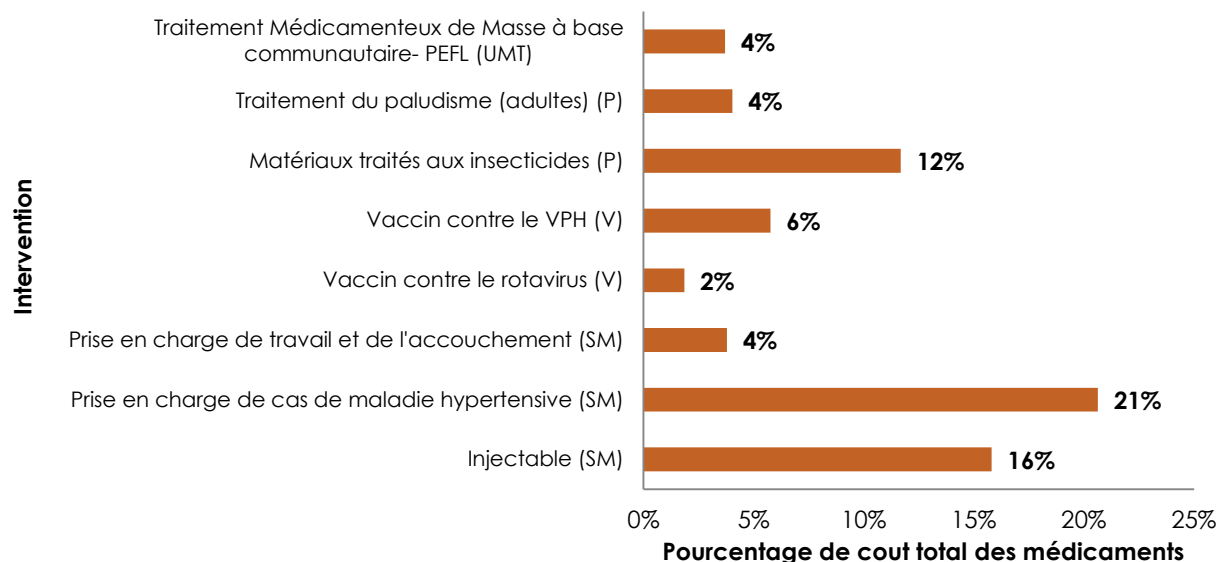
La tendance est la même pour les médicaments et fournitures. Les coûts de médicaments pour la santé maternelle représentent 48% des coûts de tous les médicaments, le paludisme 17%, le VIH /SIDA 15% et la vaccination 11% des coûts.

Graphique 19. Scénario 3 : Pourcentage des coûts de médicaments par programme/interventions, en pourcentage, période 2015–2019



Huit interventions comprennent 67% de coût total de médicaments. Le graphique 20 ci-dessous montre chaque pourcentage de médicaments que ces interventions comprennent.

Graphique 20. Scénario 3 : Une sélection d'interventions par pourcentage de coût total de médicaments, période 2015–2019

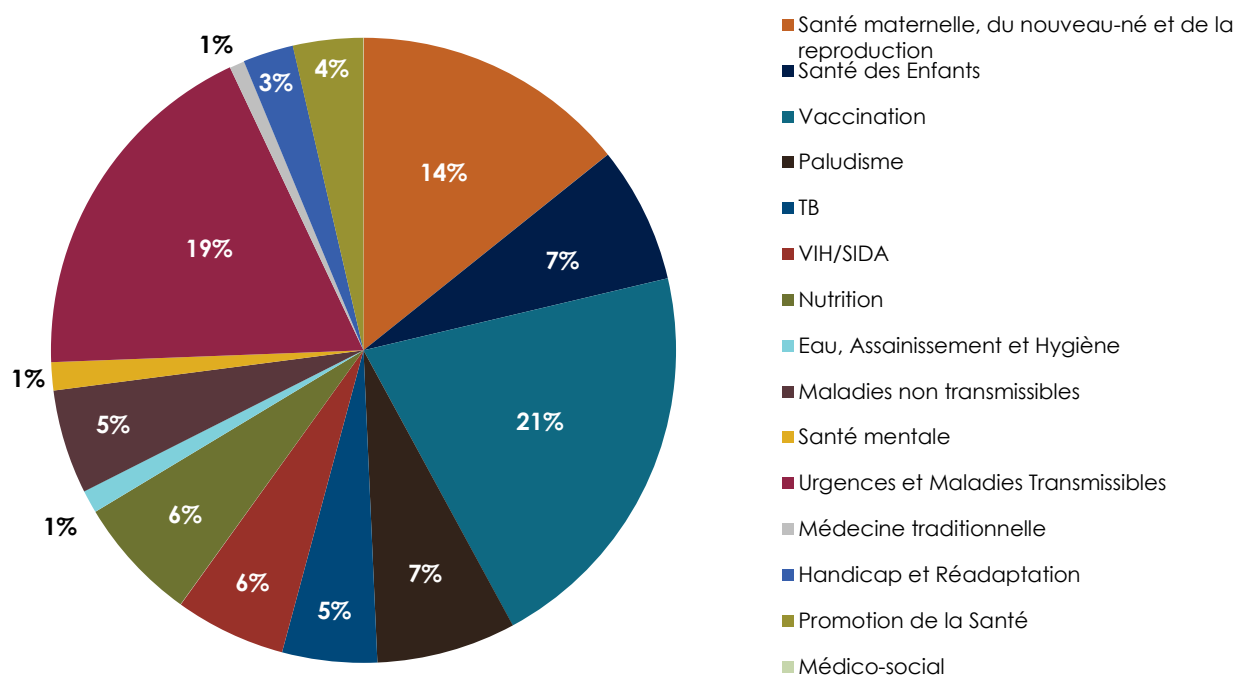


*SM= Santé Maternelle, V= Vaccination, P=Paludisme, UMT= Urgence et Maladies Transmissibles

De même que pour les Scénario 1 et 2, le Scénario 3 comprend un nombre restreint d'interventions qui absorbent la majorité des coûts de médicaments. Pour plus de 250 interventions, huit représentent 67% du coût total des médicaments par an.

Les coûts de programmes suivent presque la même tendance que dans le scénario 2. Le graphique ci-dessous montre les coûts répartis par programme.

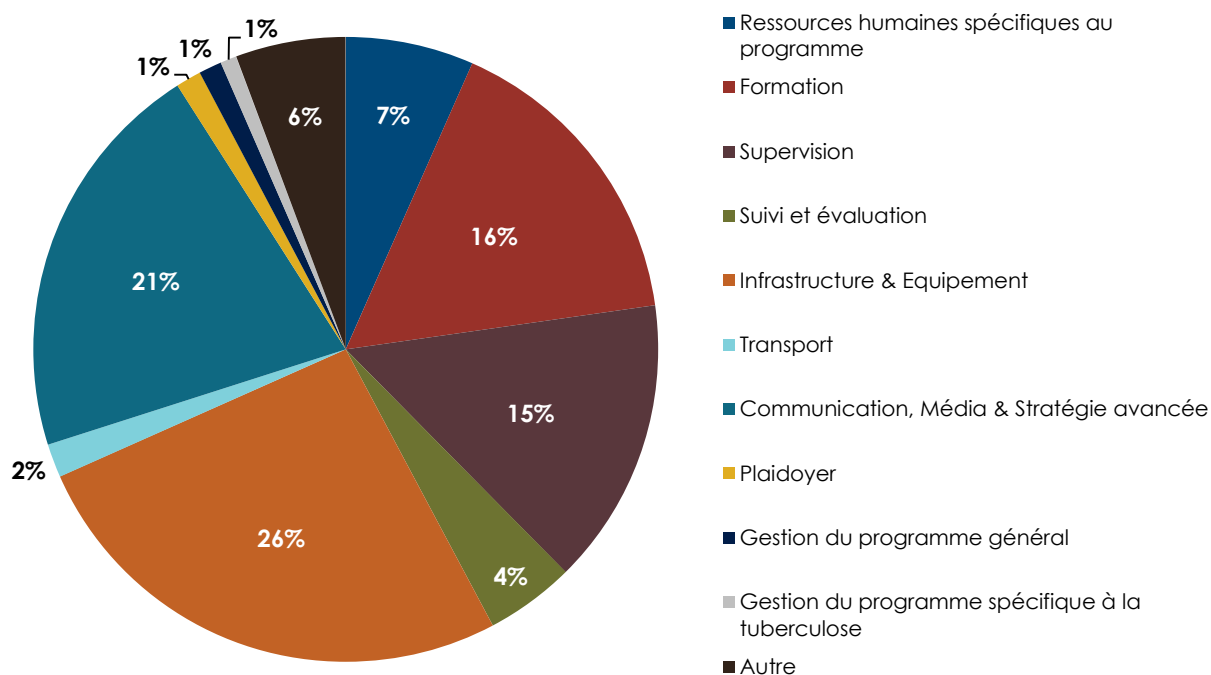
Graphique 21. Scénario 3 : Coût total des programmes, en pourcentage, période 2015–2019



Le programme de vaccination (21%), des urgences et des maladies transmissibles (19%) représentent les coûts les plus élevés des programmes. La santé maternelle et la nutrition viennent ensuite avec 14% et 7% des coûts de programmes.

La plupart des coûts de programmes vient des infrastructures et équipements pour le programme (26%), de la communication, média et stratégie avancée (21%), de la formation (16%) et de la supervision (15%).

Graphique 22 : Scénario 3 : Coût de gestion de programmes par catégorie, en pourcentage, période 2015–2019



3.2 Coût par personne

Le niveau absolu des dépenses de santé par habitant est un critère important—voir analyse ci-dessous.

Le tableau 6 ci-dessous présente les résultats du coût par personne pour les années 2015 à 2019 pour les 3 scénarii :

- Le premier scénario coûte 38 789 Ariary (\$ 15) en moyenne
- Le deuxième scénario, avec des taux de couverture réduits, coûte 34 180 Ariary (\$ 13) par personne et
- Le troisième scénario, couvrant simplement l'urgence humanitaire, coûte 29 017 Ariary (\$ 11).

Tableau 6 : Coût total par habitant, en MGA et USD

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne pour les 5 ans
Scénario 1 : Selon les besoins	MGA	39 312	41 337	37 357	36 030	39 910	38 789
	USD	15	16	15	14	15	15
Scénario 2 : Programmes prioritaires	MGA	32 676	36 547	32 660	32 179	36 836	34 180
	USD	13	14	13	12	14	13
Scénario 3 : Urgence humanitaire/Fonctionnement de base	MGA	27 399	31 385	27 331	27 295	31 676	29 017
	USD	11	12	11	11	12	11

Taux de change : 1 USD = 2575 MGA

Il y a trois références internationales que devrait utiliser Madagascar dans l'évaluation des coûts unitaires par habitant pour des ensembles de pays à faibles revenus:

- Le coût par personne présenté en 2003 par la « Commission of Macroeconomics on Health »⁷ (CMH) : \$ 34 par personne
- Celui présenté par le « High Level Task Force for Innovative Health Financing »⁸ (HTLF) en 2009 : USD 54 par personne
- Enfin, celui présenté en 2014 par Chatam House⁹ : \$ 86 par personne.

Le coût par personne CMH est axé sur un ensemble très limité de services principalement pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que les vaccinations, les maladies respiratoires aiguës, les infections, les maladies diarrhéiques, les affections maternelles et périnatales et la malnutrition. Le CMH utilise seulement 70-80% de couverture pour la plupart des services et 90% de couverture pour la vaccination, les CPN et l'utilisation d'accoucheuses qualifiées jusqu'en 2015.

Les estimations de coût par personne du HTLF sont basées sur les coûts suivants :

- Soutien du système de santé nécessaire sous forme d'installations supplémentaires à différents niveaux de soins, d'agents de santé et de gestionnaires supplémentaires
- Renforcement des marchés et des systèmes de distribution de médicaments et de produits
- Meilleurs systèmes d'information
- Amélioration de la gouvernance, de l'accréditation et de la réglementation
- Réformes du financement de la santé

⁷ http://www.who.int/macrohealth/documents/tough_choices/en/

⁸ <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about-ihp/past-ihp-meetings/high-level-taskforce-for-innovative-international-financing-of-health-systems/>

⁹ «Shared Responsibilities for Health : A Coherent Global Framework for Health Financing»

- Paiements aux femmes enceintes afin d'encourager l'utilisation des services d'accouchement sans risque
- Amélioration de la rémunération des travailleurs de la santé.

Bien qu'il y ait peu d'information dans les taux de couverture projetés par le groupe HTLF, des taux de 95% à 100% de couverture ont été cités dans le document lorsque des taux de couverture spécifiques pour les programmes et interventions ont été mentionnés.

Finalement, l'estimation du coût par personne faite par Chatam House est basée sur une actualisation des \$ 54 de HTLF pour 2012 en fonction des changements des taux d'inflation et taux de change depuis 2005.

Il y a cependant une différence dans l'interprétation et/ou l'envergure du coût par personne entre CMH et HLTF d'une part et Chatam d'autre part. CMH et HLTF représentent les Dépenses Totales de Santé (DTS), comprenant les dépenses du gouvernement, le secteur privé (y compris les ménages) et les sources externes de financement. Chatam House estime cependant que \$ 86 est un meilleur repère pour les dépenses du gouvernement et du financement externe en santé pour couvrir tous les besoins de couverture universelle à travers les fonds communs obligatoires (assurances, prépaiements, mutuelles) : la participation des ménages pour acquérir les soins de santé et celle du secteur privé commercial ne sont pas incluses dans cette estimation.

Même avec ces différences, il est certain que les estimations de coût par personne du PNDS 2015–2019 présentées dans ce rapport, respectivement, \$ 15 (Scénario 1) \$ 13 (Scénario 2) et \$ 11 (Scénario 3) sont loin de ces repères internationaux. En fait, les estimations de ce MSP ont été revues à la baisse en plusieurs fois. Le MSP devrait présenter ces estimations au Gouvernement malgache et aux PTFs pour plaider pour un accroissement de financement.

3.3 Impact de santé

L'outil OneHealth permet d'estimer l'impact des interventions selon les couvertures. Cette partie examine la différence entre les trois scénarii par rapport à la mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans.

Comme indiqué au début de ce rapport, l'objectif du rapport n'est pas de reprendre tous les résultats OHT : l'objectif du rapport est plutôt d'offrir des analyses supplémentaires à celles déjà faites par le MSP dans le document de février 2015. Le document du MSP décrit très bien les impacts de santé des différents scénarii.

Vu le grand intérêt pour la réduction de la mortalité de la santé maternelle et que le MSP dans son rapport de février 2015 a déjà présenté les résultats d'impact de santé, ce rapport se penchera un peu plus sur le sujet de la mortalité maternelle.

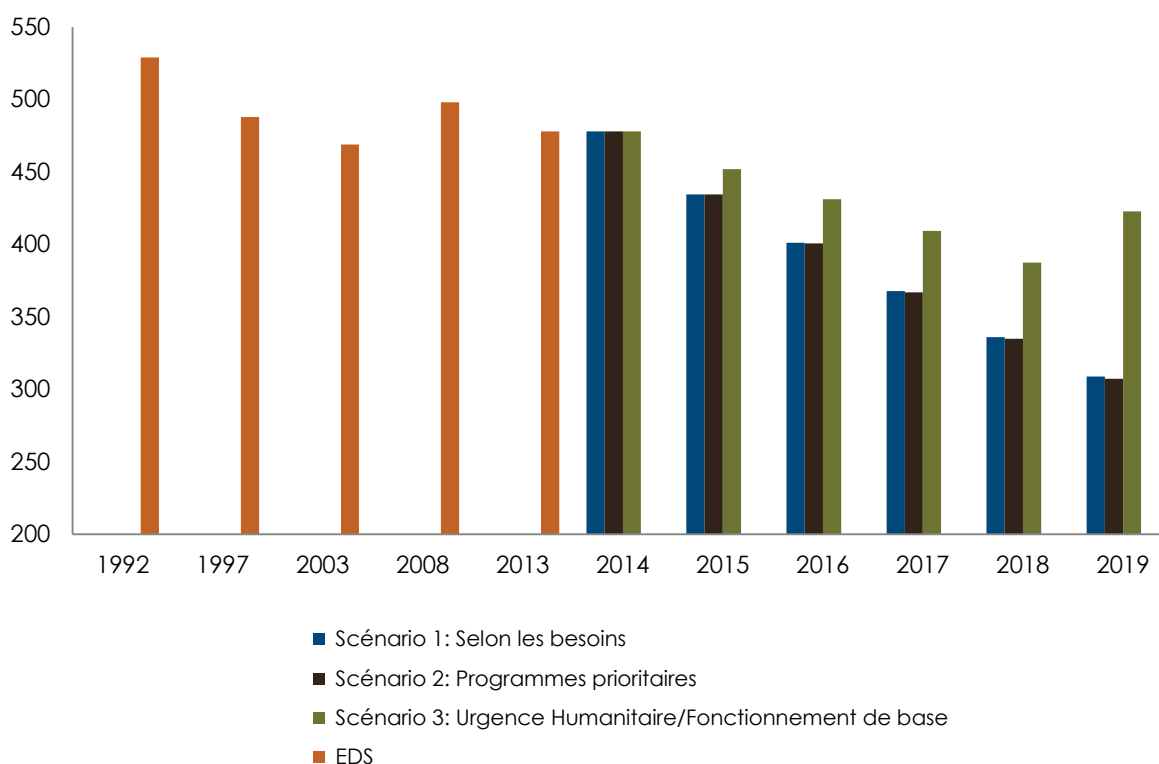
Le tableau ci-dessous montre que le scénario 2 projette la plus grande réduction de mortalité maternelle de 478 décès par 100 000 naissances en 2014 à 307 en 2019. Le scénario 1 montre presque la même réduction. A cause de la réduction de l'accroissement des taux de couverture, le scénario 3 modélise une réduction moindre de la mortalité maternelle. Il faut rappeler que les scénarii « Selon Les Besoins » et « Selon les programmes prioritaires » prévoient des taux de couvertures importants pour les interventions CARMMA. La seule différence entre le scénario 1 et le scénario 2 est que dans le scénario 2, le MSP a réduit le taux de couverture d'interventions non prioritaires. Mais les taux de couverture pour les interventions CARMMA sont les mêmes dans les deux scénarii.

Il faut aussi mentionner la particularité des taux de couvertures des interventions du paludisme. L'approche des scénarii a été de réduire progressivement les taux de couverture d'un tiers entre les scénarios pour les interventions non prioritaires (comparés à la CARMMA). Pour le paludisme, le MSP a réduit d'un tiers la couverture à cinq interventions. Le MSP a gardé le Traitement Présomptif Intermittent (TPI) pour les femmes enceintes en tant que priorité en gardant, pour le scénario 2, le même taux de couverture que le scénario 1. La TPI, dans le module d'impact OHT, a un grand impact sur la réduction de la mortalité maternelle. Le graphique 23 montre l'évolution de la mortalité maternelle, de 1992 à 2013 selon les Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS¹⁰) et ensuite durant la période du PNDS, de 2015 à 2019. Après une réduction entre 2015 et 2018, le TMM augmente en 2019 : le tableau 7 fournit l'explication de cette augmentation.

Tableau 7 : Taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances) par scénario

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Scénario 1 : Selon les besoins	478	435	401	368	336	309
Scénario 2 : Selon les programmes prioritaires	478	435	401	367	335	307
Scénario 3 : Urgence Humanitaire/Fonctionnement de base	478	452	431	409	387	423

Graphique 23 : Comparaison TMM : 1992–2013 et PNDS 2015–2019



Sources : Données 1992-2013 DHS/EDS : USAID ; Données 2014–2019 : OHT

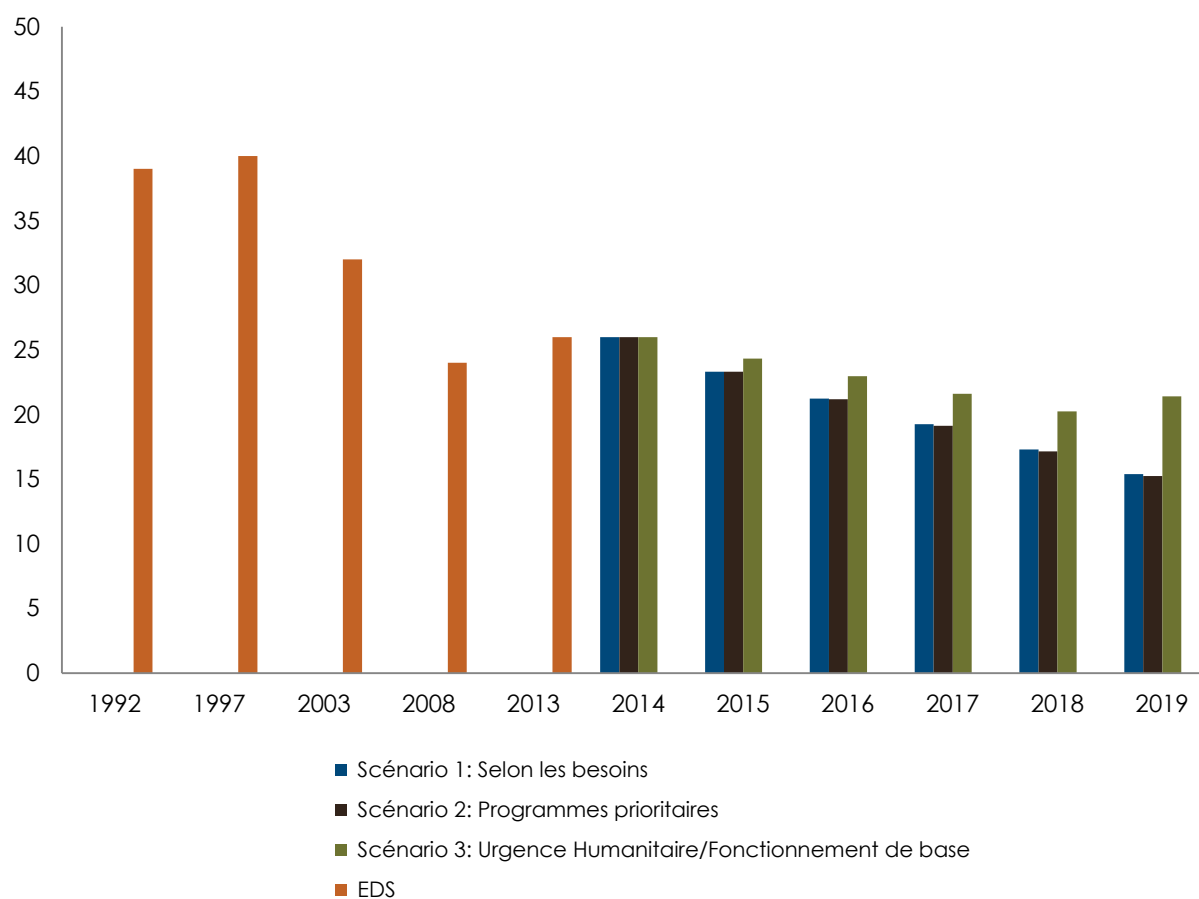
¹⁰ EDS : Enquêtes Démographiques et de Santé.

Pour la mortalité néonatale, les scénarii 1 et 2 montrent respectivement une réduction de mortalité de 26 décès pour 1000 naissances à 15 pour 1000 naissances. Comme pour le taux de mortalité maternelle, le scénario 3 ne réduit pas beaucoup la mortalité néonatale.

Tableau 8 : Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances) par scénario

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Scénario 1: Selon les besoins	26	23	21	19	17	15
Scénario 2: Selon les programmes prioritaires	26	23	21	19	17	15
Scénario 3: Urgence Humanitaires/Fonctionnement de base	26	24	23	22	20	21

Graphique 24 : Comparaison Taux de mortalité néo-natale : 1992–2013 et PNDS 2015–2019



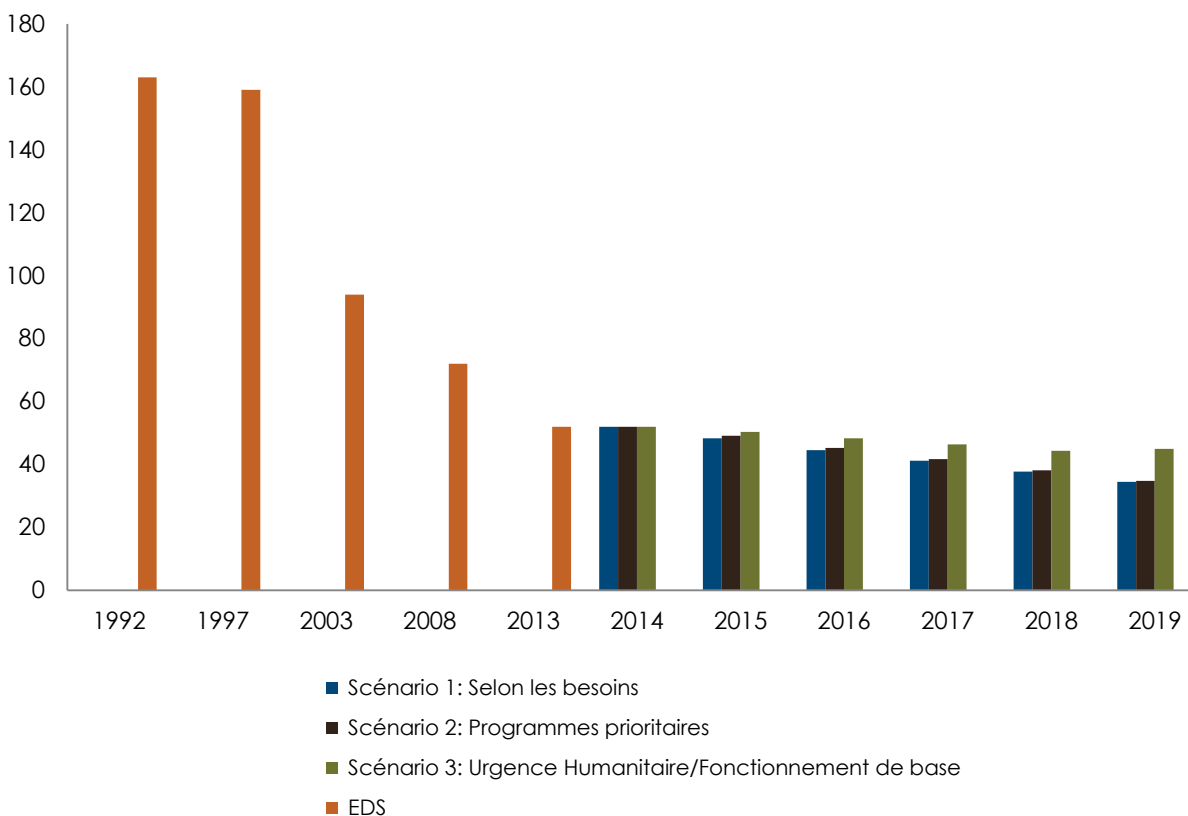
Sources : Données 1992–2013 DHS/EDS : USAID ; Données 2014–2019 : OHT

Le taux de mortalité pour les moins de cinq ans suit la même tendance que pour la mortalité néonatale. Le taux de mortalité passe de 52 décès pour 1000 naissances à 35 selon les scénarii 1 et 2, mais le scénario 3 n'atteint que 45 décès pour 1000 naissances en 2019.

Tableau 9 : Taux de mortalité infantile (décès pour 1000 naissances)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Scénario 1 : Selon les besoins	52	48	45	41	38	35
Scénario 2 : Selon les programmes prioritaires	52	49	45	42	38	35
Scénario 3 : Urgence Humanitaire/Fonctionnement de base	52	50	48	46	44	45

Graphique 25 : Comparaison Taux de mortalité infantile : 1992–2013 et PNDS 2015–2019



Sources : Données 1992–2013 DHS/EDS - USAID ; Données 2014–2019 : OHT

Les scénarii 1 et 2 montrent la plus forte réduction de mortalité maternelle, néonatale et pour les moins de cinq ans parce que les taux de couverture de programmes de santé maternelle et infantile n’ont pas été réduits.

Il faut souligner que bien que le scénario 2 montre de bons impacts de réduction de mortalité, il ne doit pas être interprété comme le meilleur scénario. Le scénario a été plutôt bâti pour avoir une réduction de coûts, en réduisant des taux de couverture pour un nombre d’interventions non prioritaires. OHT ne modélise pas encore l’impact de nombreuses interventions : par exemple, les maladies transmissibles n’ont pas encore de coefficients d’impacts et ne projettent pas d’impacts. Le fait que leurs impacts ne soient pas apparents dans les résultats ne signifie pas que ces interventions ne sont pas nécessaires pour l’amélioration de la santé de la population malgache.

3.4 Réduction de la mortalité maternelle : interventions clés

Pour mieux comprendre les impacts des différents scénarii, ce rapport présente, à travers les tableaux ci-dessous, les interventions qui ont facilité/créé les impacts. Ces tableaux montrent les taux de couverture des interventions clés qui ont un impact sur la mortalité maternelle.

Tableau 10. Scénario 1 : Selon les besoins : Couverture des Principaux éléments CARMMA, en pourcentage

		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Accouchements à domicile	Accouchements non-assistés	56,1	44,9	33,6	22,5	11,3	0
	Accouchements assistés à la maison (par du personnel qualifié)	8,6	7,9	7,2	6,4	5,7	5
Accouchements dans un établissement de santé	Soins essentiels	17,6	20,1	22,6	25,1	27,5	30
	SONUB	10,6	14,5	18,4	22,2	26,1	30
	SONUC	7,1	12,6	18,2	23,8	29,4	35
Tous les accouchements		100	100	100	100	100	100

Tableau 11. Scénario 2 : Selon les programmes prioritaires : Couverture des Principaux éléments CARMMA, en pourcentage

		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Accouchements à domicile	Accouchements non-assistés	56,1	44,9	33,6	22,5	11,3	0
	Accouchements assistés à la maison (par du personnel qualifié)	8,6	7,9	7,2	6,4	5,7	5
Accouchements dans les établissements de santé	Soins essentiels	17,6	20,1	22,6	25,1	27,5	30
	SONUB	10,6	14,5	18,4	22,2	26,1	30
	SONUC	7,1	12,6	18,2	23,8	29,4	35
Tous les accouchements		100	100	100	100	100	100

Tableau 12. Scénario 3 : Urgences Humanitaires/Fonctionnement de base : Couverture des Principaux éléments CARMMA, en pourcentage

		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Accouchements à domicile	Accouchements non-assistés	72,3 ¹¹	66,1	59,8	53,6	47,4	58,4
	Accouchements assistés à la maison (par du personnel qualifié)	0	0	0	0	0	0
Accouchements dans les établissements de santé	Soins essentiels	14,3	14,8	15,5	16,2	16,9	21,6
	SONUB	8,6	10,7	12,6	14,3	16,1	12,9
	SONUC	4,7	8,4	12,1	15,9	19,6	7,1
Tous les accouchements		100	100	100	100	100	100

Ces trois tableaux décrivent les taux de couverture pour les accouchements, selon le lieu et les services reçus, que le MSP a choisis pour les scénarii 1 et 2 :

- Baisse du pourcentage des accouchements à domicile non assistés de 56,1% en 2014 à 0% en 2019
- Baisse des accouchements à domicile assistés par un personnel qualifié à un moindre taux de réduction
- Augmentation nette du pourcentage des interventions pour les accouchements dans les établissements de santé. Le MSP a augmenté les soins essentiels dans les 2 scénarii de 17,6% en 2014 à 30% en 2019. Similairement, le pourcentage des interventions SONUB et SONUC passe de 10,6% et 7,1% en 2014 à 30% et 35% en 2019 respectivement.

Pour le scénario 3, le MSP, anticipant un manque de financement, a réduit les taux de couverture des interventions à impact. Les taux de couverture des soins essentiels dans les établissements de santé ont été augmentés de 14,3% en 2014 à 21,6 en 2019, et les SONUB et les SONUC de 8,6% à 12,9% et 4,7% à 7,1% respectivement pour la même période. Ces taux sont bien inférieurs aux deux premiers scénarii. De plus, les soins d'accouchements non assistés baissent de 72,3 à 58,4% de 2014 à 2019 : ces interventions n'ont pas d'impact positif pour la réduction de la mortalité maternelle.

Cependant, comme démontré dans le Tableau 7 et le graphique 23, le choix de ces taux de couverture a provoqué une augmentation du TMM (et de la mortalité néo natale et infantile) en 2019. Dans la section « Observations » de ce document, le projet PPS fait une analyse de cette erreur. Le MSP devrait réviser cette partie de l'OHT et repenser les taux de couverture.

En d'autres termes, le MSP a voulu améliorer l'offre des interventions avec des accouchements institutionnalisés, en centres de santé et des soins avancés pour freiner la pratique courante et dangereuse d'accouchements non assistés et/ou à domicile. Comme indiqué auparavant les interventions SONUB et SONUC ont des impacts positifs sur la réduction de la mortalité maternelle. Cependant, ce sont des interventions qui font que les médicaments SM sont des inducteurs de coûts. De plus, la question suivante

¹¹ Ce rapport traitera du problème de l'utilisation de différents taux de couverture pour l'année de base selon les scénarii dans la section 4.

se pose : le MSP pourra-t-il financer cette approche et faire passer ces interventions à de telles échelles ? Ces objectifs sont-ils trop ambitieux ?

3.5 Scénarii de financement

Cette section décrit comment le PPS a actualisé les données et les résultats des scénarii de financement.

Financement du Gouvernement Malgache

Les données utilisées dans cette section proviennent directement du document du MSP de février 2015 et projettent différents scénarii financiers pour les années 2015–2019.

Il y a trois scénarii de financement :

Tableau 13 : Prévision du Financement de l'État/Gouvernement malgache pour le secteur de la santé, en milliards d'Ariary

	2015		2016		2017		2018		2019	
	MGA (Milliards)	USD (Millions)	MGA (Milliards)	USD (Millions)	MGA (Milliards)	USD (Millions)	MGA (Milliards)	USD (Millions)	MGA (Milliards)	USD (Millions)
Suivant la tendance 1995–2014	416	162	468	182	527	205	594	231	670	260
Suivant l'estimation du PND (Taux d'inflation selon projection FMI)	408	159	459	178	524	204	605	235	699	271
Suivant l'estimation du PND et tenant compte de la recommandation d'Abuja	462	179	605	235	787	306	1020	396	1307	507

Source: Plan de développement du secteur santé 2015–2019 (version finale) 8 février 2015

Financement des PTF

Pour ce qui est du financement provenant des partenaires, trois scénarii sont proposés. Le premier se réfère aux réponses des PTFs à la requête du MSP/DEP, combiné à une projection de la part des aides budgétaires et non budgétaires. Pour le deuxième scénario, il est projeté une augmentation de 15% par an de la contribution des PTF, par rapport aux chiffres AMP de 2014. Le troisième scénario est en fait une extension du premier scénario mais est plus complet. Il est basé sur une liste beaucoup plus exhaustive de PTF, provenant du document AMP : la section 2.5 décrit la méthodologie de calcul et l'annexe A contient la liste des PTFs et des montants de financement.

Le tableau 14 reprend les montants de ces trois scénarii.

Tableau 14 : Financement PTFs, en milliards d'Ariary et millions d'USD

Scénario PTFs	2015		2016		2017		2018		2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
1. Positionnement des PTFs— Version Equipe Technique MSP—février 2015	344	133	346	134	316	123	212	82	103	40
2. Augmentation de 5% par an (par rapport aux chiffres AMP de 2014)	242	94	254	99	267	104	280	109	294	114
3. Positionnement des PTFs— Version finale	381	148	411	160	389	151	284	110	176	68

Source: 1) et 2) Plan de développement du secteur santé 2015–2019 (version finale) 8 février 2015, 3) Estimation finale par le PPS

Le premier scénario (Positionnement des PTFs) est partiel car il ne comprend que les PTFs qui ont fourni leurs montants indicatifs de financement. Le financement des PTFs augmente entre 2015 et 2016 mais chute progressivement à partir de 2017 pour arriver à 103 milliards en 2019. Cette diminution reflète les données de certains bailleurs importants qui ne peuvent pas se prononcer au-delà d'un horizon de deux ans. Le financement potentiel des PTFs avec le deuxième scénario en 2019 montre une augmentation progressive de 242 à 294 milliards d'Ariary de 2015 à 2019.

Même le troisième scénario (Positionnement des PTFs—Version Finale), bien que plus complet du point de vue du nombre de bailleurs (par rapport au scénario 1), montre la même tendance que le scénario 1 : selon ce scénario, le financement des PTFs augmente de 381 à 411 milliards d'Ariary entre 2015 et 2016 mais chute à partir de 2017 pour arriver à 176 milliards d'Ariary en 2019, encore une fois avec un horizon de deux ans de certitude pour certains partenaires.

Financement total : Gouvernement malgache et PTFs

Cette section reprend les trois scénarii de financement du gouvernement avec ceux des PTFs pour estimer les ressources totales potentiellement disponibles.

Comme discuté au début du rapport, les chiffres utilisés pour le financement du gouvernement sont ceux que le MSP a inclus dans le document PDSS de février 2015. On note toutefois une différence pour les estimations du financement des PTFs. Dans ce rapport, le PPS utilise une nouvelle estimation des PTFs « PTFs actualisé » : les détails et méthodes de calcul de cette nouvelle estimation se trouvent dans l'annexe A.

En ajoutant le « PTFs actualisé » aux chiffres du MSP pour la partie gouvernementale « Suivant la tendance 1995–2014 », les trois scénarii projettent les financements totaux suivants :

- 1^{er} scénario « Tendance 1995–2014 » : Ce tableau montre que les ressources totales pour la santé venant des deux sources passent de 780 à 845 milliards d'Ariary entre 2015 à 2019.
- 2^{ème} scénario « Estimation PNDS » : les estimations sont légèrement supérieures à celles du 1^{er} scénario, passant de 789 à 874 milliards d'Ariary entre 2015 à 2019.
- Le 3^{ème} scénario « Recommandation d'Abuja » est le plus optimiste, étant nettement supérieur et offre la meilleure possibilité de financement, comparé aux scénarii 1 et 2. Le financement passe de 825 à 1 482 milliards d'Ariary entre 2015 à 2019. Selon ce scénario, les déclin du

financement des PTFs à partir de 2017 sont largement compensés par le financement du gouvernement malgache, si le gouvernement finance la santé selon les recommandations d'Abuja.

Tableau 15. Scénario 1 : Financement « Tendance 1995–2014 » en milliards d'Ariary et en millions d'USD

Scénario 1 :	2015		2016		2017		2018		2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Gouvernement : Suivant la tendance 1995-2014	416	162	468	182	527	205	594	231	670	260
Positionnement PTFs— Version finale	381	148	411	160	389	151	284	110	176	68
Financement Total	780	303	879	341	916	356	878	341	845	328

Tableau 16. Scénario 2 : Financement « Estimation PND » en milliards d'Ariary et en millions d'USD

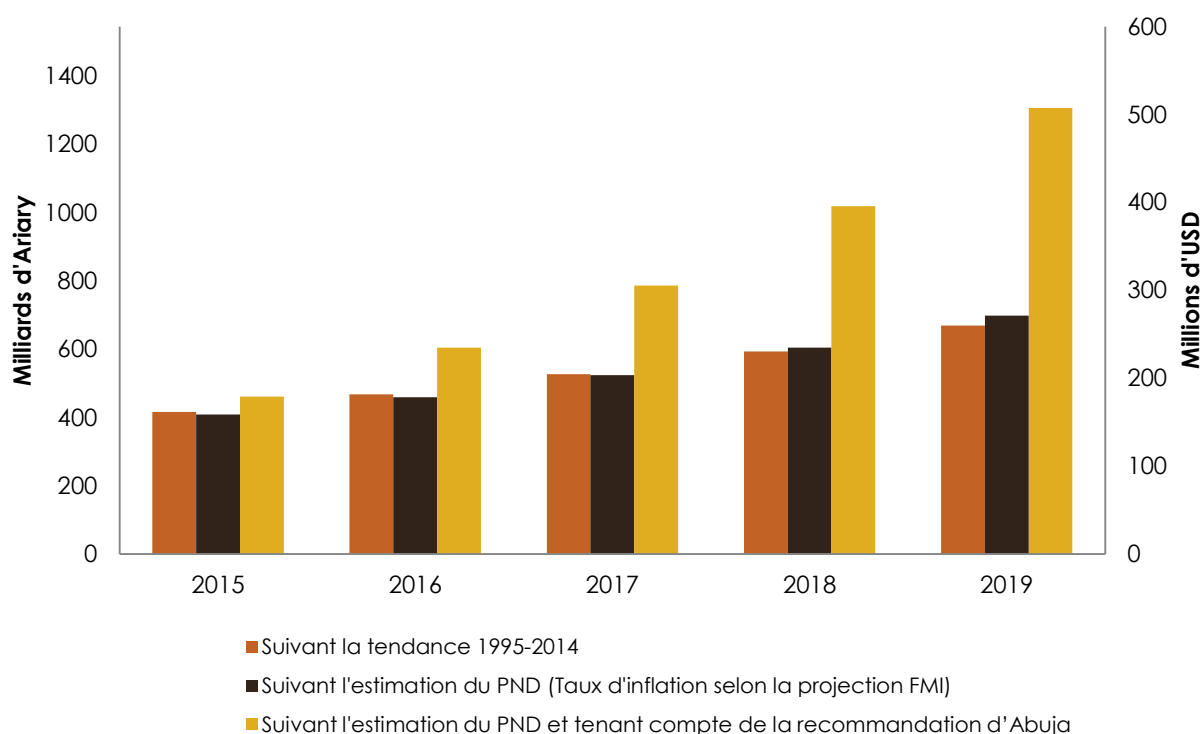
Scénario 2 :	2015		2016		2017		2018		2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Gouvernement : Suivant l'estimation du PND	408	159	459	178	524	204	605	235	699	271
Positionnement PTFs— Version finale	381	148	411	160	389	151	284	110	176	68
Financement Total	789	306	871	338	913	355	889	345	874	339

Tableau 17. Scénario 3 : Financement « Recommandation d'Abuja » en milliards d'Ariary et en millions d'USD

Scénario 3 :	2015		2016		2017		2018		2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Gouvernement : Suivant l'estimation du PND et tenant compte de la recommandation d'Abuja	462	179	605	235	787	306	1020	396	1307	507
Positionnement PTFs— Version finale	381	148	411	160	389	151	284	110	176	68
Financement Total	825	320	1016	395	1176	457	1304	506	1482	576

Le graphique 26 montre les montants totaux des trois scénarii de financement.

Graphique 26 : Financement total des trois scénarii, en milliards d'Ariary et en millions d'USD



Écarts Financiers

Le tableau 18 compare le Scénario de coût PDSS « Selon Les Besoins » aux trois scénarii de financement. Ni les estimations « Financement Tendance 1995–2014 » et « Financement Estimation PND » ne pourront financer ce scénario. Pour la période 2015–2019, les écarts financiers s'élèvent à 573 et 536 milliards d'Ariary respectivement. Seul le financement « Recommandation d'Abuja » pourrait financer ce scénario avec un excédent de 932 milliards d'Ariary.

Tableau 18 : Écarts Financiers: Coûts PDSS—Selon les Besoins, en milliards d'Ariary et Millions d'USD

Milliards MGA et Millions USD	2015		2016		2017		2018		2019		Total 2015–2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Avec Financement Tendance 1995–2014	-158	-61	-133	-52	-23	-9	-51	-20	-210	-81	-573	-223
Avec Financement Estimation PND	-148	-57	-141	-55	-26	-10	-40	-15	-181	-70	-536	-208
Avec Financement Recommandation d'Abuja	-112	-43	4	2	237	92	375	146	427	166	932	362

Source : Les auteurs, selon les résultats OHT et les tableaux de financement (note : les résultats avec le signe « - » indiquent des écarts financiers pour lesquels les coûts sont supérieurs au financement).

Le tableau 19, pour le PDSS « Selon les programmes prioritaire s » montre pratiquement les mêmes conclusions que le tableau 18. L'écart financier respectivement de 210 et 173 milliards d'Ariary pour les financements « Tendence 1995–2014 » et « Estimation PND » est moindre que pour le tableau 18. Le financement « Recommandation d'Abuja » suggère un excédent de 1294,4 milliards d'Ariary pour la période.

Tableau 19 : Écarts Financiers : Coûts PDSS—Selon les programmes prioritaires, en milliards d'Ariary et millions d'USD

Milliards MGA et Millions USD	2015		2016		2017		2018		2019		Total 2015–2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Avec Financement Tendence 1995–2014	-79	-31	-68	-26	57	22	17	7	-137	-53	-210	-82
Avec Financement Estimation PND	-70	-27	-76	-30	54	21	28	11	-108	-42	-173	-67
Avec Financement Recommandation d'Abuja	-34	-13	69	27	317	123	443	172	500	194	1294	503

Source: Les auteurs, selon les résultats OHT et les tableaux de financement

Le tableau 20, pour le PDSS « Urgence Humanitaire/Fonctionnement De Base » montre des résultats différents des tableaux 18 et 19. Les résultats indiquent que les trois scénarii PDSS peuvent être financés : les excédents sont de 439, 477 et 1 944 milliards d'Ariary respectivement pour la période 2015–2019.

Tableau 20 : Écarts Financiers : Coûts PDSS—Urgence Humanitaire/Fonctionnement de Base, en milliards d'Ariary et Millions d'USD

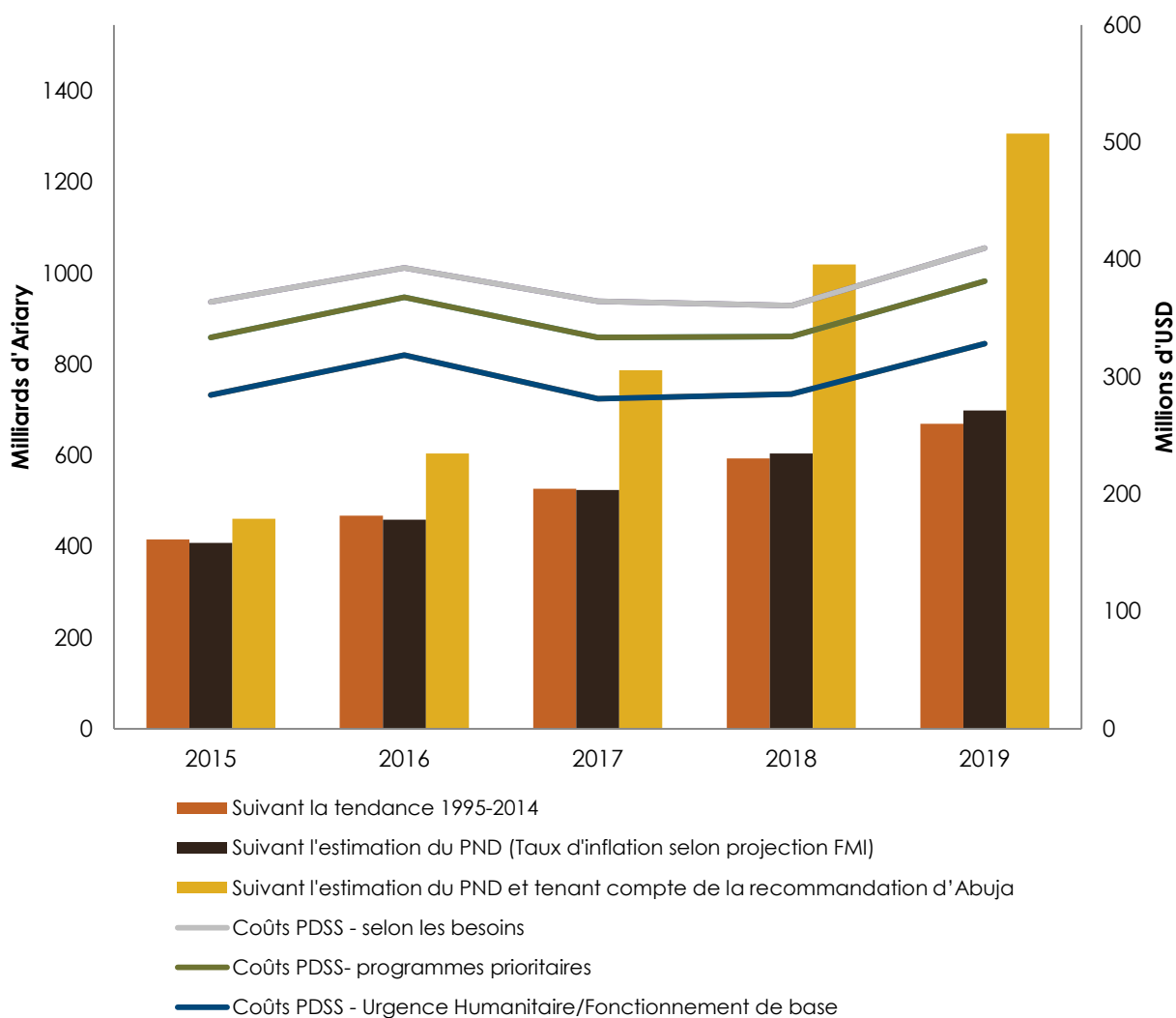
Milliards MGA et Millions USD	2015		2016		2017		2018		2019		Total 2015–2019	
	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD	MGA	USD
Avec Financement Tendence 1995–2014	46	18	59	23	191	74	143	56	0	0	439	171
Avec Financement Estimation PND	56	22	50	19	188	73	154	60	29	11	477	185
Avec Financement Recommandation d'Abuja	92	36	195	76	451	175	569	221	637	247	1944	755

Etant donné l'incertitude concernant le niveau de financement et celui des PTFs, il est probable que Madagascar verra un financement réel de la santé qui va différer de ces trois scénarii. Ces scénarii décrivent un éventail de possibilités à considérer pour juger de la viabilité du secteur et la probabilité de financement de la mise à l'échelle envisagée pour le PDSS.

Cependant, le scénario « Recommandation d'Abuja » semble improbable. Ce qui veut dire que malgré les incertitudes des chiffres de financement présentés dans ce rapport, une perspective plus probable est que les ressources financières disponibles tomberont entre les scénarii de financement « Tendence 199-2014 » et « Estimation PND ».

Le graphique 27 compare les trois scénarii de coûts du PDSS pour 2015-2019 aux trois scénarii de financement.

Graphique 27 : Comparaison entre les trois scénarios de coûts PDSS et les trois scénarios de financement (2015-2010), en milliards d'Ariary et millions d'USD



Partant du point de vue que le financement « Recommandation d'Abuja » est très improbable, l'analyse de ces comparaisons suggère les conclusions suivantes :

- Le financement du scénario PDSS « Selon les besoins » semble très improbable dans l'ensemble si on tient seulement compte des scénarii de financement « Estimation PND » et « Tendances 1999–2014 ».
- Si Madagascar peut accéder au financement décrit par le scénario « Recommandation d'Abuja » grâce à une plus grande participation du gouvernement malgache au financement de la santé, il y aura suffisamment de ressources pour financer pleinement le PDSS et même au-delà de ce que propose le PDSS courant, qui a été lui-même réduit par rapport aux premiers besoins exprimés par les programmes du MSP.

4. OBSERVATIONS CONCERNANT LES PROJECTIONS ET LES SCÉNARIIS DE COÛTS

Le MSP/l'équipe OHT ont fait un très bon travail d'appropriation de l'outil pour l'estimation des coûts du PDSS. De plus le MSP a bien démontré son souci des limites de financement auxquelles est confrontée l'exécution du PDSS en reconsidérant un bon nombre de taux de couverture et de coûts de certaines catégories.

Les scénariis 1 et 2 présentés ici analysent les implications en matière de couverture de la mise à l'échelle des programmes du PDSS sous la PESS pour couvrir les besoins de santé. Les impacts des indicateurs de santé suggèrent que le système de santé de Madagascar est à l'aube de profonds changements. Le PDSS définit un point où la stagnation des indices clés de la santé peut être arrêtée et le système de santé mis sur la voie d'une expansion de l'accès et l'utilisation des services de santé.

Le processus de collecte, rentrée, et validation des données de base ainsi que l'analyse des besoins en ressources et des impacts sur la santé du DSSS a été aussi rigoureux que possible, étant donné les limites des données. L'équipe technique a toutefois identifié les problèmes ci-dessous dans deux des scénariis. En outre, des suggestions de réduction des coûts du PDSS que le MSP pourrait inclure aux scénariis de réduction des coûts afin d'engendrer des réductions accrues de ces coûts seront envisagées dans cette section.

La section inclura également des observations sur certaines synergies entre programmes qui auraient pu aider à un meilleur contrôle de coûts.

Observation 1. Scénario 3 : taux de couverture

L'une des fonctions de l'outil OHT permet de créer des scénariis en changeant différents types de données et de voir comment les coûts changent. Ainsi les taux de couverture, la population cible, les prix des médicaments, la composition des traitements/interventions et d'autres données peuvent être changés. Parmi tous ces choix, l'une des façons les plus reconnues pour créer des scénariis, est de diminuer le taux d'accroissement des taux de couverture après la première année et de voir comment les coûts et les impacts diminuent. Les taux de couverture de l'année de base ne devraient pas changer d'un scénario à l'autre.

Cependant, le MSP a choisi de diminuer les taux de couverture de l'année de base et PPS ne recommande pas cette approche pour deux raisons :

- Les taux de couverture de l'année de base (2014) sont des données validées qui proviennent directement des programmes du MSP : Santé maternelle, PEV, VIH/SIDA. Il est difficile de dire si ces programmes ont été consultés pour la réduction des taux de couverture de l'année de base pendant l'élaboration des scénariis. Avec les consultants, il aurait peut-être été possible pour l'équipe technique OHT et les programmes de s'entendre pour envisager d'autres options.
- Changer le taux de couverture de l'année de base signifie que le MSP offre un niveau inférieur d'interventions en 2014 que les programmes affirment avoir offerts.
- Ainsi, le scénario 3 ne peut pas vraiment être comparé aux deux autres scénariis, construits sur des bases très différentes.

Ce qui précède est également vrai pour le scénario 2 : il y a eu des interventions dont le taux initial a été réduit ou dont la couverture a été réduite de manière significative par rapport au taux de couverture de l'année de base. Le PPS pense que ceci est une erreur qui a dû se glisser dans la finalisation de ce scénario

pour que MSP puisse générer des scénarii moins coûteux. En fait le nom du scénario 3 est « Urgence Humanitaire/Fonctionnement de base », ce qui implique le désir de présenter un scénario dont les coûts sont très bas. Mais cette manipulation de l’outil avec la réduction des taux de couverture fournis par les programmes n’est pas recommandable. Les efforts de réduction de coûts devraient plutôt porter sur les grands inducteurs de coûts : les observations 2, 3 et 4 discutent spécifiquement des options que le MSP devrait considérer.

Observation 2. Inducteurs de coûts : interventions spécifiques

Pour tous les scénarii, il existe un nombre très restreint d’interventions (environ huit interventions) dont les coûts de médicaments représentent plus de 60% des coûts totaux (voir graphiques 6, 13 et 20). Or, les médicaments coûtent en moyenne près de 50% du coût total du PDSS pour les trois scénarii.

Cela pourrait être dû à ces principaux facteurs :

- Interventions aux coûts élevés parce que la population cible et les taux de couverture sont mal estimés.
- Bien que les interventions SONUB et SONUC aient des impacts, le coût de leurs interventions est un inducteur de coûts.
- Les coûts des intrants de traitement ont été surévalués et/ou mal calculés, ce qui donne des coûts élevés.

Parmi ces interventions, quelques-unes semblent afficher des coûts normaux. Il est reconnu que le coût des nouveaux vaccins de même que celui des interventions pour soigner l’hypertension chez les femmes enceintes sont élevés.

Observation 3 : Coûts des ressources humaines

Les coûts absolus des ressources humaines, restent les mêmes pour les trois scénarii. Il est ainsi considéré comme un coût fixe, qui ne change pas en fonction du niveau de services offerts. Par exemple, pour le scénario 2 où un certain nombre d’interventions est réduit, les coûts de ressources humaines sont les mêmes que pour le scénario 1 où les taux de couverture pour toutes les interventions sont très élevés. On s’attendrait à ce que les ressources humaines soient alignées aux couvertures de la population cible.

La même observation est faite entre les scénarii 2 et 3, le dernier étant l’ « Urgence Humanitaire/Fonctionnement de base » où l’on se serait attendu à une réduction de l’effectif du personnel de santé.

Le PPS ne peut se prononcer sur les hypothèses utilisées par le MSP pour les ressources humaines. Au moment de l’élaboration des scénarii en février 2015, le nouveau plan de ressources humaines pour la santé était toujours en discussion. Le PPS n’est pas certain si ce nouveau plan pourrait offrir des informations pour une meilleure estimation des besoins en ressources humaines selon les scénarios retenus.

L’effectif de personnel doit s’aligner sur l’offre de services. Le PPS fait une recommandation spécifique sur ce sujet dans la cinquième section de ce rapport.

Observation 4 : Coûts des programmes de gestion

La DEP et l'équipe technique OHT ont travaillé entre septembre 2014 jusqu'à la production de leurs propres projections en février 2015 pour essayer de réduire les coûts de gestion de programmes. Selon les premières estimations de l'OHT, ces coûts constituaient des coûts inhabituels et élevés. La DEP et l'équipe technique ont dû demander aux programmes d'harmoniser certains coûts (supervision, formation, visites sur le terrain, suivi et évaluation) et ces travaux ont largement ramené les coûts de gestion de programmes à des niveaux plus acceptables.

Cependant, un travail encore plus difficile reste à faire : créer des activités conjointes de formation, supervision, visite sur le terrain, suivi et évaluation. La plupart des programmes continuent à opérer de manière verticale pour ces activités. L'ancien Secrétaire Général de la santé a mentionné ce sujet durant des réunions avec les programmes et avec les PTFs visant à mieux contrôler les coûts.

Il est certain que certains programmes ont déjà commencé à travailler ensemble pour mieux contrôler ce type de coûts. Ceci demande une collaboration entre les différents programmes. Certains programmes pourraient avoir des coûts communs, non seulement dans la prestation de services mais aussi dans la gestion de programme, par exemple la santé maternelle, la santé de l'enfant, la vaccination, la nutrition et la vaccination. En ce qui concerne les départements de santé, le SIS et la surveillance épidémiologique pourraient aussi intégrer certains de leurs activités et leur coûts. Le MSP devrait examiner comment mieux inclure la collaboration entre différents programmes pour réduire les coûts des programmes de gestion dans la création des scénarii.

5. CONCLUSIONS SUR LE PROCESSUS ONEHEALTH ET RECOMMANDATIONS POUR L'AVENIR

Le processus d'estimation des ressources nécessaires pour le PDSS avec l'utilisation de l'outil OHT, y compris toutes les consultations, présentations et calculs intermédiaires, a été possible malgré les limites concernant la disponibilité des données, le temps, la capacité de planification au sein du MSP et finalement des ressources allouées pour cette activité.

Les conclusions de l'analyse OneHealth, en particulier sur la viabilité financière du PDSS concernant le financement du système de santé et les contraintes, peuvent être utiles pour informer les plans opérationnels du PDSS et les décisions de mise en œuvre. Ce chapitre traite des moyens de combler le fossé entre un processus d'estimation de ressources stratégiques, avec des stratégies pluriannuelles et des décisions opérationnelles annuelles, et de l'aide potentielle que pourrait apporter le processus OneHealth.

Dans le cadre de cette discussion, l'utilisation de l'outil OHT et les six mois de consultations, analyses et présentations ont conduit à quelques conclusions sur le processus de planification et de budgétisation du MSP. En février 2015, le MSP évoquait déjà l'institutionnalisation de l'outil OHT après son appropriation.

À cet égard, le PPS a émis des recommandations pour certaines étapes dans l'avenir. Certains changements sont nécessaires pour que l'outil OneHealth et ses résultats puissent être utilisés efficacement dans les programmes du MSP et ceux du système de santé.

Dans ce chapitre/cette section, le PPS discute :

- des conclusions portant sur l'exercice d'estimation des ressources du PDSS
- du rôle que devrait jouer l'outil OHT dans la planification stratégique
- des recommandations pour une feuille de route pour le renforcement des capacités au sein du personnel du MSP impliqué dans les processus de planification et de budgétisation stratégiques.

5.1 : Conclusions de l'exercice d'estimation du PDSS

Faible coordination entre la planification stratégique et la budgétisation

Stratégies pluriannuelles verticales : dans le processus d'établissement des coûts du PDSS, l'équipe technique du MSP et le staff PPS ont utilisé de nombreux plans stratégiques de programmes « verticaux ». Nombre de documents de ces plans stratégiques ont été les sources principales des cibles PDSS. L'incorporation de ces stratégies dans une stratégie globale du secteur de la santé est cruciale. La DEP, durant le processus OHT a dû intervenir plusieurs fois auprès des programmes verticaux pour une meilleure intégration, non seulement dans la prestation des services mais aussi dans la gestion de programmes.

L'observation du processus a révélé d'autres problèmes :

- Les stratégies des programmes verticaux ont surtout été développées séparément des autres programmes, même dans des domaines étroitement liés tels que la tuberculose et le VIH / SIDA
- Les stratégies verticales ont adopté des périodes et des plans à une échelle non alignée sur la stratégie nationale du secteur de la santé ou les stratégies développées par les départements du système de santé

- Les estimations des ressources et des stratégies de mobilisation de programmes de maladies (« programmes verticaux ») sont sans rapport avec ceux de la stratégie du secteur de la santé en général. Par exemple, comme indiqué dans la section du financement probable des bailleurs, seuls les montants des financements agréés du Fonds Mondial et de GAVI ont été utilisés, selon les plans actuels : les montants de financement devraient refléter les montants nécessaires et non pas ceux qui sont garantis. Une vision multi-annuelle, exprimant des objectifs au delà des plans actuels est recommandée.

En quantifiant les besoins de chaque programme de santé de manière isolée, il est difficile d'estimer les besoins totaux pour les ressources du système de santé, comme les ressources humaines, la chaîne d'approvisionnement logistique et des éléments transversaux tels que le S & E et le système informatisé de gestion.

Deuxièmement, si la planification stratégique pour les programmes verticaux est alignée sur un processus de planification sectorielle, les synergies seront plus faciles dans la mise à l'échelle des interventions recoupant plusieurs domaines et pour les économies d'échelle inhérentes aux activités suivantes :

- la supervision coordonnée,
- le suivi et évaluation
- la formation initiale

Cela est évident si l'on considère que la plupart des bénéficiaires de formations (agents de santé/agents de santé communautaires (ASC)) et les services sont les mêmes dans tous les programmes de santé publique.

Troisièmement, les besoins en ressources financières estimées par les programmes de santé devraient tenir compte de la décision au niveau sectoriel, en particulier des décisions relatives à un soutien général du budget des partenaires et de la stratégie de financement de la santé globale ainsi que la décision du MSP. L'alignement des demandes de ressources provenant de divers programmes devrait suivre un processus de priorisation et de rationalisation sectorielle, afin que le pays puisse allouer des ressources rares à des besoins critiques et empêcher l'utilisation inefficace des fonds.

Peu de coordination entre les départements des systèmes de santé et les programmes de santé

L'équipe PPS a vu très peu de planification coordonnée entre les programmes de santé et les départements du système de santé (ressources humaines, infrastructure, et logistiques). Bien que l'équipe OHT du MSP ait constamment revu avec les départements de système de santé leurs objectifs et les entrants pour l'OHT, les informations provenant de ces départements semblent avoir aussi été produites de manière indépendante, sans discussions ni harmonisation avec les programmes.

Le manque de coordination peut avoir des conséquences négatives, par exemple sur la quantification du personnel, la prestation des services, un nombre surchargé d'initiatives de formation, les chevauchements d'activités, le manque de considération pour les contraintes systémiques dans les stratégies verticales, et le décalage avec les objectifs globaux. Il y avait des cas où les objectifs pluriannuels critiques établis par le MSP de l'appui du système de santé (par exemple, pour la réhabilitation des centres de santé) n'ont pas été harmonisés avec les plans pour la rénovation et la réhabilitation des programmes de santé spécifiques prévues par les stratégies verticales. Il faut rappeler que la DEP a déjà engagé cette initiative de lier les programmes de santé aux départements du système de santé mais ceci doit être renforcé dans les prochains exercices de planification stratégique.

Manque d'objectifs pluriannuels pour certains programmes et de coûts standardisés

L'équipe OHT et le PPS ont utilisés des données basées sur des chiffres récents de prestation de services et après validation avec les programmes.

Cependant, malgré les efforts de la DEP et du PPS, il n'est pas certain que les résultats des efforts de la réduction d'objectifs ambitieux aient été communiqués aux programmes et départements. Dans l'avenir, un exercice de retro alimentation des changements utilisés dans l'outil est recommandé pour continuer la coopération future avec les programmes et les départements.

De même, les coûts unitaires pour des activités telles que la supervision et la formation continuent de poser des problèmes. L'équipe a d'abord trouvé des coûts différents utilisés dans l'ensemble des programmes de santé, surtout dans la gestion de programmes. Au cours de l'exercice sur les coûts PDSS et sur l'insistance de la DEP, ceux-ci ont été normalisés. Toutefois, pour assurer que ces coûts standardisés continuent à être utilisés, la DEP devra continuer de coordonner avec les programmes de santé, de mettre ceux-ci à jour et de diffuser les barèmes approuvés.

5.2 OHT—son rôle dans la planification stratégique et l'établissement des coûts

L'OHT est un outil plus stratégique qu'opérationnel. Cependant, le MSP devrait envisager comment aligner les plans opérationnels des programmes et départements sur le plan de programmes et des départements. Il n'est pas facile de spécifier comment créer des liens entre le PDSS/OHT finalisés avec des plans opérationnels des différents programmes et départements. A cette fin, l'OHT peut faciliter la planification opérationnelle en fournissant les lignes directrices suivantes :

- Meilleure traduction des priorités nationales dans les plans de ressources détaillées (quantification des besoins en personnel, équipement, institutions, infrastructures, etc.) ;
- Meilleure traduction des implications budgétaires annuelles de ces ressources en vue de négocier un consensus autour des mécanismes de financement, à la fois domestique et venant de l'aide.

Finalement les PTFs ont aussi une responsabilité majeure pour aider à aligner les efforts de planification du programme sur les politiques nationales, stratégies et plans. Le travail concernant JANS, IHP + et l'agenda de Paris fournit une bonne base pour faciliter une meilleure complémentarité entre le PDSS et les plans opérationnels spécifiques.

Les recommandations clefs pour le processus OHT (ou autre méthodologie de quantification de coûts des programmes et systèmes de santé) sont les suivantes:

- **Évaluation à mi-chemin du PDSS.** Il est recommandé que l'OHT soit utilisé à mi-chemin de l'évaluation du PDSS. Cette évaluation tiendra compte de la performance par rapport aux données utilisées dans le plan finalisé des coûts PDSS et permettra d'identifier les leçons apprises et les défis et contraintes systémiques clés.
- **Coûts des ressources humaines :** Ce rapport a identifié des domaines qui bénéficieraient d'une revue de certains inducteurs de coûts, que ce soit dans les programmes de santé ou dans les quantifications des besoins des systèmes de santé. Il a déjà mentionné que les effectifs des ressources humaines restent constants entre les différents scénarii. Les effectifs et coûts des ressources humaines devraient dépendre des niveaux de services offerts. La quantification du temps moyen requis pour fournir la gamme de services peut permettre d'améliorer l'efficacité du personnel et une attribution des tâches supplémentaires lorsque le personnel n'est pas occupé.

L'OHT permet de mener une simulation des besoins en ressources humaines. Un des modules OHT permet, à travers une étude telle que « temps requis » de projeter les besoins du personnel clinique (ceux qui offrent les services). Une telle étude mesure les minutes nécessaires pour chacune des interventions. Cette option n'a pas été choisie au début de l'outil OHT mais cependant devrait être envisagée à l'avenir pour une estimation des besoins en ressources humaines des services de santé. D'autres options à

envisager, toujours avec l’outil OHT, sont les politiques de transfert de tâches ou de partage des tâches adoptées par et entre les programmes de santé.

5.3 Institutionnalisation de l’outil OHT

La mise en œuvre à long terme d’OneHealth pour la planification et la budgétisation stratégique et son utilisation efficace dans un processus nécessitent le développement des capacités et de l’institutionnalisation de l’approche.

L’outil OneHealth doit être périodiquement mis à jour selon un processus consultatif mené par une unité de coordination. Madagascar a l’avantage d’avoir **un groupe de travail** déjà constitué de près de huit personnes venant de différentes unités du MSP et qui comprennent bien le fonctionnement de l’outil.

Le PPS recommande qu’un groupe officiel de 2 ou 3 personnes à l’intérieur de la DEP soit désigné pour « manipuler l’outil OHT ». Ce groupe devrait continuer à travailler avec les cinq et six personnes du groupe de travail qui poursuivraient les contacts clés avec les départements de système et les programmes de santé.

Pour arriver à cette maîtrise de l’outil, le PPS recommande aussi la formation continue en OHT. Lancées en 2012, les formations OHT sont assurées principalement par l’OMS, l’UNICEF et le FNUAP et plus récemment par le Fonds Mondial. Ces formations ont lieu au niveau régional en Afrique : la DEP et le MSP devraient continuer le dialogue avec ces institutions et voir comment financer la formation continue, au minimum, pour les manipulateurs de l’outil.

Hormis la formation, les manipulateurs de l’outil seraient chargés d’entrer et de rester en contact avec les programmeurs pour s’assurer de recevoir et de comprendre les mises à jour de l’outil¹².

Engagement élargi de l’audience OHT

Le MSP et la DEP devraient envisager d’élargir la présentation de l’outil et des résultats à un plus grand nombre de parties prenantes à Madagascar, en dehors des cibles habituelles (autres départements du MSP et les PTFs).

Le DEP et le Secrétaire général avaient déjà fait cet effort en septembre 2014 durant la présentation des premiers résultats OHT. Le Ministère des Finances et du Budget, d’autres ministères, certaines ONGs, la société civile et la presse avaient été invités à cet atelier.

Il est recommandé de continuer à éduquer ces parties prenantes sur l’utilisation et les résultats de l’outil. Le Ministère des Finances et du Budget devrait être singularisé dans cet effort pour montrer que les budgets présentés ont une base solide, approuvée et utilisée dans d’autres pays.

Pour les autres parties prenantes, il faudrait que le MSP et la DEP puissent synthétiser la présentation pour le dialogue dans les forums multisectoriels et recueillir différents points de vue.

¹² Pour contacter les responsables OHT, prière d’utiliser le lien: <https://spectrummodel.zendesk.com/home>

ANNEXE A. FINANCEMENT PTFs (VERSION FINALE)

Financement PTFs—Version Finale, en milliards d'Ariary

Bailleurs	2015	2016	2017	2018	2019
DONNÉES FOURNIES PAR L'ENQUÊTE DEP/PPS					
UNICEF	41 250	37 500	17 500	16 250	16 250
USAID	122 500	122 500	122 500	118 750	-
OMS	3443	3188	3500	3563	4000
FNUAP	18 750	16 250	16 250	16 250	16 250
AFD	14 682	9994	158	144	-
DONNÉES : ESTIMÉES PAR LA DEP					
GAVI	14 167	14 167	14 167		
GFATM	93 333	93 333	93 333		
APPUI BUDGÉTAIRE GÉNÉRAL	-	41 800	48 815	57 008	66 575
DONNÉES ESTIMÉES A PARTIR DE AID MANAGEMENT PLATFORM (AMP)					
BM/IDA	24 175	24 175	24 175	24 175	24 175
UE	13 575	13 575	13 575	13 575	13 575
Chine	7185	7185	7185	7185	7185
CRS	4615	4615	4615	4615	4615
ADRA	4380	4380	4380	4380	4380
France/IR	4210	4210	4210	4210	4210
OPEP	2485	2485	2485	2485	2485
BAD	2310	2310	2310	2310	2310
JICA	2175	2175	2175	2175	2175
MSF	2070	2070	2070	2070	2070
Allemagne/GIZ	1205	1205	1205	1205	1205
Regione Terzo Mundo	795	795	795	795	795
Handicap International	755	755	755	755	755
Japon	565	565	565	565	565
Pas de Calais/France	350	350	350	350	350
France/SCAC	325	325	325	325	325
Norwegian Agency	265	265	265	265	265
Groupe Recherches/Echanges Technologiques	220	220	220	220	220
ONUSIDA	190	190	190	190	190
Norvège	155	155	155	155	155
Aquitaine/France	120	120	120	120	120
PNUD	105	105	105	105	105
Rhône-Alpes/France	80	80	80	80	80
Meylan/France	55	55	55	55	55
Alsace/France	40	40	40	40	40
Ile de France/France	35	35	35	35	35

Budgétisation du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) de Madagascar

Bailleurs	2015	2016	2017	2018	2019
Finistère/France	30	30	30	30	30
St Denis/Réunion	15	15	15	15	15
Oise/France	15	15	15	15	15
Allemagne/KFW	10	10	10	10	10
Total Financement PTFs	380 634	411 241	388 733	284 474	175 585

Source : Aid Management Platform (copie imprimée donnée au PPS par OMS/Madagascar en septembre 2014)

ANNEXE B: LETTRE DE MNT



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

N° ____/MSANP/SG

Antananarivo le

LE SECRETAIRE GENERAL

A

L'Equipe PPS/USAID

ANTANANARIVO

Objet : Réponse officielle relative à la prise en charge des médicaments sur les MNT

Dans le cadre de la budgétisation du PDSS avec l'outil OHT, seuls les coûts pris en charge par l'Etat ou par les PTF sont introduits dans l'Outil financier OneHealth Tool. Ainsi, les coûts des médicaments sur la prise en charge des Maladies Non Transmissibles ne sont pas payés par l'Etat ni par les PTF mais par les patients. Ces coûts ne devraient pas être introduits et considérés dans l'OHT.

Comptant sur votre collaboration, veuillez agréer mes sincères salutations.

Copie :

-Division Santé/USAID

ANNEXE C. ACTIVITÉS D'AIDE DU PPS

Le PPS a mené les activités suivantes :

Développement, formation et assistance pour les formes de collecte de données— Juin 2014

Un outil de collecte de données déjà développé pour l'application OHT au Mozambique et en Tanzanie a été simplifié pour son application à Madagascar. Le PPS a formé 35 employés du MSP sur la collecte de données en utilisant ce formulaire durant un atelier de cinq jours. Après la formation de cinq jours, deux membres du personnel du PPS ont fourni une assistance au cours de 5 jours supplémentaires à l'équipe de collecte de données MSP pour s'assurer que l'équipe de MSP a recueilli les bonnes données. Le PPS a mené un mini-recyclage sur l'outil et a montré les liens entre la collecte des données et les résultats.

Aide pour répondre aux questions / clarifier les questions—juillet / août 2014

Deux membres du personnel du PPS ont fourni une aide à distance (de Washington) à l'équipe du MSP de collecteurs de données en apportant des précisions sur les questions et problèmes que le personnel MSP avait rencontrés.

Assistance à la saisie de données

Un membre du personnel du PPS a aidé un groupe sélectionné de 6 employés du MSP à entrer les données dans l'outil lors d'une retraite de six jours. L'équipe MSP a été divisée en trois groupes pour accélérer la saisie des données. L'OHT permet aux utilisateurs de segmenter l'outil en différentes parties et de les fusionner après.

Première présentation aux parties prenantes (début septembre 2014)

Immédiatement après l'entrée des données, deux membres du personnel du PPS ont travaillé avec le MSP sur la présentation des résultats très préliminaires de l'outil.

Premier contrôle de la qualité / nettoyage des données (mi-septembre)

Le PPS a examiné le contenu de l'outil et envoyé des commentaires et questions à l'équipe de saisie des données car les coûts des produits étaient extrêmement élevés. Les questions et les commentaires étaient centrés sur les données démographiques, les objectifs de couverture, un nombre plus limité d'intrants de traitement et les coûts.

L'équipe de collecte et d'entrée de données s'est réunie lors d'un processus de validation de deux jours pour examiner ensemble les questions du PPS et de clarifier les questions soulevées. Le PPS a participé à l'examen et les données corrigées ont été à nouveau entrées dans l'outil pour une présentation prévue fin septembre.

Formation ciblant les résultats de l'outil / Deuxième présentation aux parties prenantes (fin septembre 2014)

Une deuxième présentation avait été prévue pour le 22 septembre pour présenter les résultats de coûts et d'impact à un large public composé d'un groupe élargi du MSP, des partenaires au développement, de la société civile et de la presse. Mais le public clé était le Ministère des Finances à qui le MSP voulait présenter rapidement leur demande de financement pour l'exercice 2015. Le principal objectif de la présentation était de convaincre le ministère des Finances que la demande de financement du secteur Santé par le SP était basée sur un outil validé par le groupe des Nations Unies et que les choix présentés ne présentaient pas tout simplement les coûts mais les impacts de santé. La présentation a été présidée par le ministre de la Santé.

Avant cette deuxième présentation, le personnel du PPS (avec l'aide d'un consultant de l'OMS) a travaillé avec la DEP pour s'assurer que les principaux résultats soient présentés et répétés lors de la présentation au bénéfice du directeur de la DEP.

Deuxième validation / troisième exposé (fin octobre/début novembre 2014)

Le PPS a continué à demander des éclaircissements au personnel du MSP pour améliorer les résultats des coûts. Fin octobre 2014, un membre du personnel du PPS a rencontré la DEP pour discuter de la finalisation de l'établissement des coûts, le PPS n'ayant plus les moyens de continuer à se rendre à Madagascar. Le PPS a discuté avec la DEP et l'USAID l'option selon laquelle le PPS finaliserait l'OHT et présenterait 3 scénarii à la DEP au début du mois de décembre 2014.

Discussion et aide à distance pour CARMMA (Campagne de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle) (novembre 2014) :

Fin octobre/début novembre 2014, durant la période de présence du PPS à Madagascar, le PPS a rencontré un consultant engagé par la Division de la santé maternelle (DSMR) pour faire ressortir des activités spécifiques pour la CARMMA. Le représentant PPS a participé aux deux réunions avec la DSMR, FNUAP, PSI et John Hopkins pour discuter des éléments CARMMA. En effet, jusqu'à cette date, les scénarii préliminaires ne faisaient pas ressortir une réduction de la mortalité maternelle satisfaisante, passant de 478 décès pour 100 000 naissances à seulement 429 pour 100 000.

Le problème principal était que bien qu'il soit attesté que le haut taux de mortalité était dû à un faible taux d'accouchements assistés, les taux de couverture spécifiques aux soins obstétricaux d'urgence de base (SONUB) et interventions de soins obstétricaux d'urgence compréhensifs (SONUC) n'étaient pas encore identifiés spécifiquement pour que l'outil OHT puisse avoir un impact.

Après ces rencontres, le PPS et le consultant ont eu un nombre d'échanges par courriel concernant les taux de couverture SONUB et SONUC. A la fin de ces échanges, le consultant CARMMA et le PPS se sont entendus sur les taux de couverture SONUB et SONUC à entrer dans l'outil.

Finalisation de trois scénarii préliminaires

Après cette discussion, le PPS a préparé trois scénarii OHT qui ont été transmis par courriel à la DEP, avec une note explicative détaillant la méthodologie de calculs déjà discutés avec la DEP et les résultats clés. Ces trois scénarii ne sont pas décrits dans ce rapport étant donné que le MSP a pu reprendre les projections et travailler sur de nouveaux scénarii.

ANNEXE D. SCÉNARII DE LA PHASE I

Les scénarii de la Phase I ont été préparés par le PPS après avoir obtenu l'accord de la DEP sur les paramètres de base des trois scénarii. Cette approche a dû être adoptée car le PPS n'avait plus les fonds nécessaires pour continuer à se rendre à Madagascar pour discuter de la finalisation de la quantification des coûts PDSS. Cet accord a permis au PPS de finaliser l'entrée de données et de transmettre les résultats à la DEP.

1er scénario

Le premier scénario reflète l'ensemble des objectifs fixés par les programmes verticaux (PF, VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, le PEV, ... etc.) et les systèmes de santé (ressources humaines, infrastructures, SIG, logistiques, etc.). Les programmes et les responsables de système de santé ont ainsi voulu avoir des taux de couvertures maximales pour satisfaire les besoins de santé du pays sans restrictions budgétaires.

2ème scénario

Le deuxième scénario consiste en la réduction de la plupart des taux de couverture des programmes/interventions, des coûts de gestion du programme et des éléments de système de santé par rapport au premier scénario de la Phase I. Pour arriver à ces paramètres de réduction, le PPS et la DEP ont convenu que les coûts pourraient être réduits d'environ 20% en plus des estimations très préliminaires du financement potentiellement disponible¹³.

3ème scénario

Le troisième scénario combine les éléments du 2ème scénario et de nouvelles interventions pour la réduction des taux de mortalité maternelle. Bien que la priorité du ministère de la Santé soit la réduction de la mortalité maternelle, dans les scénarii précédents, il n'y avait pas de couverture spécifique pour deux des interventions ayant le plus d'impact sur la prévention des décès maternels, notamment les:

- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC).

Début novembre 2014, le PPS a participé à des réunions avec le DSMER, le FNUAP et d'autres partenaires du MSP. Durant ces réunions, plusieurs éléments de CARMMA ont été discutés, en particulier en ce qui concerne les interventions spécifiques qui n'étaient pas bien définies précédemment. Après les réunions de novembre, le PPS a poursuivi les discussions à distance avec un consultant qui avait été chargé de préparer un plan CARMMA plus détaillé pour le MSP. Spécifiquement, ce consultant a pu fournir des taux SONUB et SONUC.

Sur la base de cette discussion, le PPS a pu finaliser la projection OHT pour le scénario 3. Ce scénario a montré les meilleurs impacts de la santé, en particulier pour la réduction de MMR. Mais en raison de l'ajout de ces nouvelles interventions, les coûts totaux de ce scénario ont aussi augmenté passant au-delà des montants préliminaires discutés dans le scénario 2 ci-dessus.

Le PPS a fourni ces trois scénarii de la Phase I au MSP par courriel mi-décembre 2014.

¹³ Durant le mois d'octobre, le PPS a préparé une première estimation de ressources disponibles (Etat malgache et PTF) : c'est cette estimation de ressources disponibles qui a été comparée au scénario 2/Phase 1. La section 2.4 décrit le processus des estimations de ressources disponibles.

ANNEXE E. COUVERTURE DES INTERVENTIONS DU PALUDISME

	2015	2016	2017	2018	2019
Scénario 1 :					
Matériaux traités aux insecticides	80	80	80	80	80
Aspersion résiduelle intérieure	96	96	96	96	96
TPI (femmes enceintes)	30	40	50	60	70
Traitement du paludisme (adultes)	100	100	100	100	100
Diagnostic du paludisme	100	100	100	100	100
Scénario 2:					
Matériaux traités aux insecticides	53	53	53	53	53
Aspersion résiduelle intérieure	64	64	64	64	64
TPI (femmes enceintes)	30	40	50	60	70
Traitement du paludisme (adultes)	67	67	67	67	67
Diagnostic du paludisme	67	67	67	67	67
Scénario 3:					
Matériaux traités aux insecticides	36	36	36	36	36
Aspersion résiduelle intérieure	43	43	43	43	43
TPI (femmes enceintes)	20	27	33	40	47
Traitement du paludisme (adultes)	44	44	44	44	44
Diagnostic du paludisme	44	44	44	44	44

ANNEXE F. LISTE DES INTERVENTIONS

Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction
Planification familiale
Pilule
Préservatif
Injectable
DIU
Implants
Stérilisation des femmes
Stérilisation des hommes
MAMA
Méthode de la barrière vaginale
Comprimés vaginaux
Autres contraceptifs
Contraception Urgence (Postinor)
Comprimés vaginaux (Spermicide, Mefengol)
Éducation sur la planification familiale et les pratiques sexuelles sûres
Gestion des complications d'avortement
Gestion des cas suivant un avortement
Soins prénatals - CPN
Soins prénatals de base
CPN4
Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse
Gestion des cas de maladies hypertensives
Gestion de la pré-éclampsie (Magnesium sulphate)
Gestion d'autres complications liées à la grossesse
Soins à l'accouchement - installations de naissances
Gestion du travail et de l'accouchement
Gestion active de la 3 ^{ème} étape du travail
Gestion de l'éclampsie (Magnesium sulphate)
Ressuscitation néonatale (institutionnelle)
Conseils pour l'allaitement et soutien pour les nourrissons de faible poids
Soins à l'accouchement - accouchements à la maison
Pratique propres et soins essentiels immédiats pour le nouveau-né (au domicile)
Soins à l'accouchement—Autres
Corticoïds avant la naissance pour le travail prématuré
Antibiotiques pour le pPRoM
Induction du travail (après la 41 ^{ème} semaine)
Soins post-accouchement—Traitement de l'état septique
Gestion des cas d'infection maternelle

Soins post-accouchement - Traitement des états septiques chez le nouveau-né
Infection des nouveau-nés—Antibiotiques injectables
Soins post-accouchement—Autres
Traitement de l'hémorragie postpartum
Pratiques postnatales propres
Autre
Santé de la reproduction des adolescents
Réparation chirurgicale des femmes porteuses de fistule obstétricale
Santé des Enfants
Visite médicale systématique des élèves/suivi de santé
Gestion de la diarrhée
ORS
Zinc (traitement de la diarrhée)
Pneumonie
Traitement de la pneumonie (enfants)
Paludisme
Traitement du paludisme (enfants)
Vaccination
Toxoid pour le tétanos (femmes enceintes)
Vaccin Rota virus
Vaccin contre la rougeole
Vaccin Pentavalent
Vaccin contre la polio
Vaccin BCG
Vaccin pneumocoque
Vaccin HPV
Vaccin IPV
Vaccin Td
Surveillance des cas de PFA
Surveillance des cas de rougeole
Surveillance des cas de tétanos néonatal
Paludisme
Matériaux traités aux insecticides
Pulvérisation résiduelle des lieux fermés
Thérapie préventive intermittente (femmes enceintes)
Traitement du paludisme (adultes)
Diagnostic du paludisme
TB
Diagnostic : Microscopie
Microscopie : test de diagnostic pour les cas de TB passive
Microscopie : test pour gérer le traitement des cas de TB pulmonaires
Diagnostic : Culture

Budgétisation du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) de Madagascar

Culture : gestion du traitement pour les MDR ou RR-TB
Culture : diagnostic des tuberculoses multi résistantes
Diagnostic : Réponse aux Traitements
Test de réponse aux traitements pour les médicaments de première ligne : cas de TB précédemment testés
Diagnostic : Moléculaire
Test moléculaire Xpert : cas de TB présumés
Test moléculaire Xpert : cas de retraitement
Diagnostic : rayons X
Radio pour l'identification de la TB
Traitement de première ligne
Médicaments de première ligne pour les patients de Catégorie I & III (adultes)
Traitement de première ligne de la TB pour les enfants
Médicaments de première ligne pour les patients de Catégorie II
Tuberculose multi-résistante et TB XDR
Médicament de seconde ligne pour la TB
Evénements à impact néfaste
Soutien des patients
Soutien des patients pour les nouveaux patients
Soutien des patients pour les Tuberculose multi-résistantes
Diagnostic : Test de Peau à la Tuberculine (IDR)
Test à la tuberculine= Intradermo-Réaction
Diagnostic : Tubage gastrique
Sonde nasogastrique
Diagnostic : Test HAIN
Test HAIN: diagnostic de la Tuberculose multi-résistante
Diagnostic : Anatomie pathologique
Anatomie pathologique pour l'identification de la TB
VIH/SIDA
Prévention - selon l'établissement de Coûts du Programme
Interventions ciblées sur les jeunes – en milieu scolaire
Sécurisation du sang
Appui au secteur privé
Sécurité transfusionnelle
Prévention - Autres
Interventions focalisées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
Test de dépistage et conseils volontaires
Préservatifs
PTME
Prophylaxie post-exposition
Prévention PS
CDV Femmes enceintes

Préservatifs féminins
PF pour les Femmes vivant avec le VIH (PVVIH)
Prévention : ligne verte
Prévention DUI
Contrôle qualité du dépistage de l'infection du VIH (pour les 1/10 des séronégatifs, indéterminés et séropositifs)
Prophylaxie post-exposition (PEP) chez les victimes des violences sexuelles
Interventions pour les jeunes non scolarisés et déscolarisés couverts par le service VIH/SIDA
Interventions pour les personnes détenues couvertes par le service VIH/SIDA
Interventions pour les jeunes scolarisés couverts par le service IEC VIH/SIDA
Prise en charge des PVVIH
Proportion d'adultes sous TAR utilisant une TAR de deuxième ligne
TAR pour les hommes
TAR pour les femmes
Cotrimoxazole pour les enfants
TAR pour les enfants
Gestion des infections opportunistes associées au VIH/SIDA
Cotrimoxazole pour les nouveau-nés (0–18 mois) —Prophylaxie OI
Prise en charge psychosociale
Bilan initial des PVVIH
Bilan de suivi trimestriel des PVVIH
Bilan de suivi semestriel (tous les 6 mois) des PVVIH
Bilan annuel des PVVIH
Prophylaxie au cotrimoxazole pour les adultes
TAR Adultes 1 ^o Ligne
TAR Adultes 2 ^o Ligne
Collaboration VIH/SIDA et interventions contre TB
CDV VIH pour TB
Prise en charge des IST
Détection et traitement de la syphilis (femmes enceintes)
Prise en charge de la syphilis
Prise en charge des ulcérations génitales
Prise en charge des écoulements génitaux
Dépistage de la syphilis chez les patients avec écoulements génitaux
Nutrition
Suivi de l'iodation du sel
Femmes enceintes et allaitant
Suppléments quotidiens pour le fer et l'acide folique (femmes enceintes)
Enfants
Déparasitage (enfants)
Conseils et soutien pour l'allaitement

Suppléments vitamine A pour les nourrissons et les enfants 6-59 mois
Suppléments au fer intermittents pour les enfants
Fortification Alimentaire chez les enfants 6-23 mois
Suivi et Promotion de la croissance (SPC) des enfants de 0-59 mois
Prise en charge des enfants malnutris aigus au niveau CRENI (enfants 0-59 mois)
Prise en charge des enfants malnutris aigus dans CRENAS (enfants 6-59 mois)
Prise en charge des enfants malnutris aigus au niveau CRENAS (enfants 6-59 mois)
Suivi et promotion de la croissance des enfants d'âge scolaire (6-14 ans)
Dépistage de la malnutrition chez les enfants 6-59 mois
Promotion
Promotion de l'Alimentation complémentaire chez les enfants 6-23 mois
Promotion de la Nutrition de la Femme des Femmes Enceintes et Femmes allaitant
Eau, Assainissement et Hygiène
Elimination améliorée des excréments (latrine/toilettes)
Mobilisation sociale au niveau communautaire pour la promotion des 3 messages clés WASH
Sensibilisation aux risques sanitaires liés à l'environnement
Maladies non transmissibles
ACV & diabètes
Dépistage du risque pour le CVD/diabète
Traitement des cas de diabète de type I (avec insuline)
Dépistage pour prévenir le pied diabétique
Traitement de cas pour le diabète de type II (avec insuline)
Cancer du sein
Sensibilisation de base au cancer du sein
Mammographie
Traitement du cancer du sein : Stade 1
Traitement du cancer du sein : Stade 2
Traitement du cancer du sein : Stade 3
Traitement du cancer du sein : Stade 4
Soins palliatifs de base pour le cancer du sein
Surveillance post-traitement pour les patients atteints de cancer du sein
Cancer du col
Traitement du cancer du col
Dépistage des lésions précancéreuses du col utérin
Traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus
Soins buccaux et cancer
Traitement du cancer oral
Sensibilisation sur la santé buccodentaire
Maladies respiratoires
Identification et contrôle de l'asthme
Traitement des bronchopneumopathies obstructives

Prévention
Education à la santé sur les méfaits du tabagisme et de l'alcoolisme
Education à la santé sur les avantages de l'exercice physique et l'alimentation équilibrée
Analyse de sang occulte dans les selles pour le cancer de l'intestin
Autres cancers
Examen annuel du cancer digestif
Examen annuel du rétinoblastome
Examens paracliniques du cancer
Maladies cardiovasculaires
Traitement de l'hypertension artérielle
Mesure de la pression sanguine de routine avec OPD
Prise en charge de l'AVC en consultation externe
Prise en charge de l'AVC en hospitalisation
Prise en charge de l'AVC en réanimation
Infarctus du myocarde
Cardiopathie rhumatismale
Drépanocytose
Dépistage de la drépanocytose
Prise en charge de la drépanocytose
Santé bucco-dentaire
Prévention des caries dentaires
Soins des caries dentaires
Extraction dentaire
Autre
Gestion des conditions d'hématologie
Gestion des troubles gastro-intestinaux
Gestion des conditions génito-urinaires
Gestion des conditions musculo-squelettiques
Gestion des maladies de la peau
Santé Mentale
Dépression
Traitement intensif psychosocial et médicaments antidépresseurs
Chimiothérapie antidépresseur
Psychose
Soutien intensif psychosocial et médicaments antipsychotiques
Chimiothérapie antipsychotique
Troubles bipolaires
Intervention intensive psychosociale pour les troubles bipolaires et médicaments de stabilisation de l'humeur
Chimiothérapie régulatrice de l'humeur
Epilepsie
Soutien psychosocial de base, conseils et suivi + médicaments antiépileptiques

Chimiothérapie antiépileptique ou anti comitialité
Troubles Anxieux et troubles du sommeil
Chimiothérapie anxiolytique et hypnotique (les autres médicaments pouvant être utilisés comme antidépresseur et antipsychotique déjà mentionnés auparavant)
Psychothérapie
Urgences et Maladies Transmissibles
Urgence/GRC
Réponse aux besoins sanitaires urgents dont la SR d'urgence des personnes affectées
Investigations et ripostes à tous les niveaux en cas d'épidémie et/ou catastrophes
Continuité des soins préventifs et curatifs de santé y compris la SR en situation d'urgence des personnes dans les zones affectées
CYSTI
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire-CYSTI
GEOH/BILH
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire/GEOHELMINTHIASE
Déparasitage systématique des enfants d'âge scolaire (6 à 14 ans)
Traitement Médicamenteux de Masse en milieu scolaire/ BILHARZIOSE
PESTE
Prévention et surveillance de la population murine-PESTE
Prise en charge des cas- PESTE
Contrôle de l'extension de l'épidémie- PESTE
Filariose lymphatique
Traitement Médicamenteux de Masse à base communautaire- PEFL
Tungose
Traitement Médicamenteux de Masse à base communautaire- TUNGOSE
Lèpre
Dépistage précoce et prise en charge des cas- Lèpre
Prévention des invalidités et réadaptation physique-Lèpre
Rage
Prise en charge des expositions à la rage par vaccination et des contacts
Handicap et réadaptation
Santé physique
Paralysie cérébrale
Pied bot varus équien
Rachitisme
Hémiplégie
Paraplégie
Tétraplégie
Luxation congénitale hanche
Scoliose
Torticolis
Amputation du membre inférieur

Séquelles de fracture
Arthrose
Santé oculaire
Dépistage et chirurgie de la cataracte
Santé auditive
Dépistage et chirurgie de la cataracte
Violence
Prise en charge des victimes de violence sexuelle
Prise en charge des victimes d'autolyse
Promotion de la Santé
Mettre en place un Comité National de Contrôle de Déterminants Socio-économiques de la santé
Développer les capacités institutionnelles du Ministère chargé de la Santé et des différents acteurs en matière de promotion de la santé.
Assurer le leadership en fournissant les orientations et l'assistance nécessaires dans le développement et dans la mise en œuvre de la promotion de la santé, sur la base des priorités nationales.
Promouvoir l'utilisation des stratégies de promotion de la santé et ses 5 niveaux d'action pour le développement
Promouvoir les comportements sains au niveau de la communauté
Développer une base de données factuelles et la recherche opérationnelle en promotion de la santé
Total LabPharma-Salama
Total Salama Médicaments et consommables
Médico-Social
Total Médico-Social

