

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

Rapport sur l'état d'avancement du

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



© UNICEF Madagascar/2013/Ralaivita

CONVENTION DE CONTRIBUTION  
UNION EUROPEENNE - UNICEF  
Contrat No. FED/2012/303-059  
Référence du Grant: SC120560

Date du Rapport : Février 2014

Premier Rapport Intermédiaire: 30 Septembre 2013 – 28 Février 2014



Ce projet est financé par  
l'Union européenne



Ce projet est mis en  
œuvre par l'UNICEF

## **TABLES DES MATIERES**

<b>ACRONYMES.....</b>	<b>3</b>
<b>RESUME EXECUTIF .....</b>	<b>5</b>
<b>1. COORDINATION ENTRE L'UNICEF, LE GOUVERNEMENT MALGACHE (MINSANP ET MFP) ET SALAMA POUR LA PÉRENNISATION DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>8</b>
<b>2. COORDINATION ENTRE L'UNICEF ET L'UNION EUROPÉENNE.....</b>	<b>9</b>
<b>3. RAPPEL DES OBJECTIFS ET RÉSULTATS DU PROJET .....</b>	<b>9</b>
<b>4. PRINCIPALES RÉALISATIONS.....</b>	<b>10</b>
<b>5. SUIVI ET ÉVALUATION DU PROJET .....</b>	<b>26</b>
<b>6. ETAT D'EXÉCUTION FINANCIÈRE .....</b>	<b>33</b>
<b>7. CONTRAINTES, LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>36</b>
<b>8. PLAN FUTUR.....</b>	<b>38</b>
<b>9. VISIBILITÉ.....</b>	<b>39</b>
<b>10. REMERCIEMENTS .....</b>	<b>40</b>

## Acronymes

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

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

## Résumé Exécutif

Ce rapport couvre la période d'Octobre 2013 à Février 2014 constituant le troisième semestre de mise en œuvre du projet PASSOBA dans les régions sélectionnées de Madagascar. Ce Programme d'Appui aux Secteurs Sociaux de Base (PASSOBA-Santé) avec l'appui financier de l'Union Européenne intervient dans le secteur santé et vise à contribuer à la réduction de la vulnérabilité des populations les plus démunies et les plus affectées par la crise par le biais d'un renforcement des capacités opérationnelles des structures sanitaires publiques décentralisées et déconcentrées. Son objectif particulier est l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière et le renforcement de la qualité des services de santé de base tout d'abord dans cinq régions d'intervention (Sava, Analanjirofo, Menabe, Atsimo-Andrefana et Anosy) puis ensuite dans quatre nouvelles régions d'extension (Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra et Atsinanana) à travers quatre résultats essentiels :

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

Cette période de rapport a été caractérisée par:

Au niveau des 5 régions initiales :

- i. La poursuite de la mise en œuvre du projet dans les régions de Sava, Analanjirofo, Menabe, Atsimo-Andrefana et Anosy avec un accent sur l'amélioration du processus de planification ascendante, le monitoring pour action ainsi l'introduction et la consolidation de la supervision intégrée.
- ii. En dépit des difficultés rencontrées dans le recrutement des médecins, des pistes de fidélisation des RH dans les zones enclavées et d'accès difficile ont été étudiées. Une analyse de faisabilité de la mise en place d'un système de rétention et de motivation du personnel a été menée par l'équipe du projet en relation avec la DRH, la DDS et la DEP afin de déterminer de manière pérenne le ou les outils les plus adaptés ainsi que leurs modalités de mise en œuvre (Kit d'installation, prime à la performance) lors d'un atelier qui a eu lieu enfin du mois d'octobre 2013. Ils contribuèrent à améliorer la rétention du personnel médical et paramédical dans les zones enclavées et d'accès difficile.
- iii. En collaboration avec les DRSP et la DRH, les besoins en ressources humaines de santé identifiés en 2013 selon les critères de priorisation convenus en particulier pour la réouverture des CSB fermés, pour le renforcement du personnel pour les CSB avec un agent seul au poste, en fonction de la densité de population etc...ont été couverts à plus de 96 % pour les paramédicaux (162 /168) et à 32% pour les médecins (18/53) dans les cinq anciennes régions. Ceci a permis de rouvrir 31/44 soit 68% de CSB fermés au début du projet pour des raisons de manque des ressources humaines.
- iv. Des discussions ont été poursuivies pour trouver des pistes en vue de la recapitalisation de la SALAMA et du FANOME pour assurer la disponibilité permanente des médicaments de bonne qualité au niveau des centres de santé. Des scénarii ont été élaborés et convenus pour arriver à cette fin.

- v. Grâce à l'appui des ATD et ATR, des états des lieux du fonctionnement de la gestion des ressources financières au niveau des FOSA ont été menés et les interventions pour améliorer la gestion des fonds de l'état et ceux issus du FANOME/FE <sup>1</sup> sont en cours. Il en est de même dans la gestion des bâtiments et matériels/équipements octroyés par l'Etat ou les partenaires. Une intense activité de sensibilisation des maires se poursuit pour une réactualisation de la liste des bénéficiaires du fonds d'équité adaptée à la situation des formations sanitaires de la circonscription.
- vi. L'étude financière, économique et juridique a été lancée au cours de ce semestre et va bientôt commencer et effectuera un diagnostic du FANOME afin de permettre une pérennité du système au travers de la recapitalisation de la SALAMA. Dans toutes les communes, les ATDs appuient les EMAD et les chefs des CSB pour sensibiliser les maires sur la nécessité de prendre en charge les salaires des dispensateurs des soins et des gardiens. Comme approuvé lors du comité de pilotage tenu à Sambava en Novembre 2013, les CSB bénéficieront bientôt du financement d'un lot des médicaments (au travers du MoU signé entre le Ministère de la Santé, l'UNICEF et la SALAMA) pour leur permettre d'assurer d'une manière optimale la prise en charge des populations. Ceci sera fait au cas par cas en fonction du remplissage par les CSB des conditionnalités préétablies.
- vii. Environ 102 CSB1 et 151 CSB2 ont reçus des matériels et équipements pour leur permettre d'être aux normes du ministère de la santé comme décrit dans le PMA. Entretemps, les réhabilitations physiques à minima des CSB ont aussi été lancées pour améliorer les conditions de prise en charge des patients.

Au niveau des 4 nouvelles régions:

- viii. L'extension géographique du projet dans quatre nouvelles régions à savoir Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra et Atsinanana a été lancée vers le mois de Novembre – Décembre 2013. La structure régionale c.-à-d. les CR et les ATR sont tous en place sauf l'ATR pour la région de Vakinankaratra. L'ensemble de 94 ATD sont tous installés depuis fin février 2014. L'identification des besoins en RH pour les nouvelles régions a été achevée en mi-mars 2014.
- ix. Les besoins en ressources humaines pour les quatre nouvelles régions sont de 290 ressources additionnelles pour l'année 2014 dont 82 médecins, 94 infirmiers et 114 sages-femmes.

L'utilisation du budget au 25 Février 2014 est de **4 165 016.24 Euros** (soit seulement 615,515.75 Euro pour la période de ce rapport c-à-d entre 21/11/2013 et 25/02/2014).

Le processus électoral en fin de l'année 2013 et les changements politiques ont été les contraintes majeures dans la mise en œuvre du projet. En effet, les acteurs publics à tous les niveaux ont été beaucoup plus concernés par les élections que la réalisation des activités planifiées. En plus de cela, les mêmes contraintes ont été rencontrées et ont ralenti quelque peu la mise en œuvre, à savoir : (i) la lenteur des processus de recrutement des RH et les difficultés de trouver des candidats expérimentés et francophones qui acceptent d'être basés en région pendant deux ans, (ii) la non standardisation des outils et de processus de planification ainsi que l'insuffisance de capacités locales pour l'analyse et l'élaboration des PTA, notamment l'adoption de l'approche ascendante et consolidée et l'appropriation des notions de priorisation, (iii) la carence dans l'implication des Médecins Inspecteurs, (v) l'insécurité dans certaines régions du pays en particulier dans le sud, (vi) la recapitalisation de SALAMA et la redynamisation du FANOME a pris du retard, (vii) l'absence d'harmonisation des canevas de rapports périodiques des données sanitaires au niveau des CSB et communautés.

---

<sup>1</sup> Fond d'Approvisionnement Non-stop des Médicaments Essentiels.

Comme leçon tirée pour cette période de mise en œuvre, il est à noter (i) la nécessité de continuer à améliorer le processus de planification et de programmation budgétaire avec emphase sur la microplanification et l'implication de tous les partenaires à la base', (ii) de se focaliser sur les éléments qui retiennent les médecins et les paramédicaux dans les zones enclavées et de mettre en place des mesures incitatives, comme la prime à la performance (iii) les difficultés d'appuyer le FANOME et toute la chaîne d'approvisionnement étant donné la complexité technique, opérationnelle et juridique de ce système, (iv) L'appui de l'assistance technique doit plus être orienté vers le renforcement des capacités que sur la substitution malgré les urgences de certaines situations.

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

Le Ministère de la Santé et l'équipe PASSOBA de l'UNICEF se sont mis d'accord pour organiser des rencontres sur une base régulière afin de faire le point sur l'état d'avancement du projet.

Suite aux trois réunions de haut niveau tenues avec l'équipe technique du MINSANP, du MFP et le SALAMA pour assurer la coordination rapprochée du projet depuis le début du projet, deux nouvelles réunions ont eu lieu avec la DGS au mois de Novembre et de Décembre 2013 pour d'une part discuter du processus de planification 2014 et d'autre part sur l'extension du projet PASSOBA dans quatre nouvelles régions.

Tout au début du projet, plusieurs réunions techniques ont été organisées entre les directions centrales du ministère de la santé et l'équipe centrale de PASSOBA. Pendant la période de ce rapport et de façon concrète l'équipe PASSOBA tient désormais les réunions régulières :

- Avec la DEP chaque mercredi pour faire le point sur la mise en œuvre du plan de suivi & évaluation et du niveau d'élaboration des PTAs régionaux. En ce qui concerne le processus pour l'élaboration du PTA 2015, la DEP en collaboration avec PASSOBA, a décidé de coupler cet exercice avec celui de la budgétisation. Cet exercice sera lancé à la fin du mois de février 2014 avec l'appui de PASSOBA. Par ailleurs, avec la DEP, l'équipe PASSOBA a discuté également des questions liées l'exonération de la TVA pour toutes les transactions du projet étant donné de celui-ci est inscrit dans le PIP 2014. Depuis un mois, l'équipe PASSOBA collabore avec la DEP dans le processus d'élaboration de Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS).
- Avec la DDS chaque lundi pour le suivi de la mise en œuvre des activités planifiées dans les régions. Avec cette Direction, il a été instauré le monitoring pour action par niveau et sur une base périodique et régulière. Cette réunion regroupe spécialement le DDS, le chef Service Santé Base, le chef Service Santé Communautaire, l'équipe SSB et SSC.
- Avec la DSI chaque mardi pour discuter des différents outils de collecte, d'analyse et de diffusion des principaux indicateurs de performance du ministère de la santé. Cette réunion concerne en plus du Directeur de la DSI, plus particulièrement le chef Service Statistiques Sanitaire (SSS), le chef Service SESIDI. Les dernières réunions ont été consacrées à l'harmonisation des indicateurs du RMA clinique et RMA communautaire.

Entre Novembre 2013 et Janvier 2014, une série des rencontres ont eu avec lieu l'équipe de la SALAMA sur la question de recapitalisation et l'appui à apporter à SALAMA sous forme de subvention pour alléger les charges dans sa trésorerie. En effet, le dossier de la recapitalisation se bute à des énormes difficultés de faisabilité et un gros retard s'accumule pour ce résultat spécifique du projet. Pour avancer, l'équipe PASSOBA en collaboration avec la DUE a proposé quelques scénarii :

1. L'accélération du processus pour lancer l'étude financière, économique et juridique de la centrale d'achat SALAMA et du FANOME pour effectuer un diagnostic du FANOME et proposer des solutions et recommandations pour stabiliser la situation financière de SALAMA et du FANOME pour assurer que les populations les plus démunies aient un accès continu à des médicaments de qualité et à moindre coût de manière pérenne. L'appui à SALAMA sous forme d'une subvention d'urgence pour alléger la trésorerie de SALAMA et pour appuyer la gestion des intrants pharmaceutiques nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires de base :
  - a. Prise en charge de coût de salaire du personnel pour une période d'un an
  - b. Paiement des frais de loyer des entrepôts de SALAMA pour un an

- c. Achat Offshore des quatre camions pour assurer le transport des médicaments
  2. L'achat pour la SALAMA des médicaments traceurs importants à travers le Supply Division de l'UNICEF basé à Copenhague. Dans le futur, ces produits seront achetés par l'UNICEF pour la SALAMA à travers le service d'approvisionnement de l'UNICEF sur base d'un protocole d'accord.
  3. Les discussion sur la possibilité de financement de la SALAMA en vue de l'acquisition de ses bâtiments et l'éventualité de demande d'une dérogation à l'article 14.3 des conditions générales de la convention de contribution pour permettre l'acquisition de ses hangars par la SALAMA.
- L'état de la mise en œuvre de ces éléments et des difficultés rencontrées sont décrits plus bas.

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

Pour assurer que l'exécution des activités reste dans les critères d'éligibilité des termes de la convention de financement, il est aussi nécessaire d'avoir une coordination avec l'équipe technique de la Délégation de l'UE (DUE) à Madagascar. Les réunions mensuelles entre l'UNICEF et la DUE permettent de suivre l'état d'évolution de mise en œuvre du projet et donnent les orientations stratégiques nécessaires. Sur la période concernée, quatre réunions mensuelles formelles ont été organisées respectivement en octobre, décembre 2013, janvier et février, 2014. Les comptes rendus de ces réunions sont disponibles. Par ailleurs, l'UE et l'UNICEF ont participé activement à la réunion du comité de pilotage tenue à Sambava le 12 Novembre 2013. Il a été convenu que les comptes rendus des différentes réunions doivent être partagés dans les 72 heures après de la réunion

D'autres points spécifiques ont été abordés au cours de ces réunions entre les deux entités en particulier :

- le processus d'achat des motos par l'UNICEF. Sur ce sujet spécifique, différents échanges de courriers afin d'apporter des clarifications sur ce processus d'acquisition. Au terme de ces échanges, il a été décidé que la mission de vérification qui sera confiée à un auditeur indépendant déterminera l'éligibilité de cette dépense.
- l'arrêt du processus d'acquisition local du projet suite à la question des motos. Ce dernier point s'est conclu sur une confirmation par UNICEF que cet arrêt n'aura aucun impact sur l'atteinte des résultats du projet.

## 3. Rappel des objectifs et résultats du projet

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

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

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

## 4. Principales réalisations

En ce qui concerne l'extension de PASSOBA dans quatre nouvelles régions, les réunions d'information ont été tenues en novembre et décembre 2013 pour informer les responsables sanitaires du choix de leurs régions et de l'implication que cela pourra avoir quant à leur rôle.

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

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

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

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

Dans la structure de mise en œuvre du projet, on peut différencier trois niveaux :

- Un niveau stratégique, constitué principalement par des *staffs expatriés* de l'UNICEF dont au niveau central (Antananarivo) : un coordinateur national, un spécialiste en S&E, un spécialiste en approvisionnement et un technicien national responsable du control budgétaire.
- Un niveau régional en charge de la mise en œuvre au niveau régional;
- Un niveau district en charge de la mise en œuvre au niveau district.

Depuis octobre 2013, les évolutions suivantes sont à signaler :

Le contrat du spécialiste en gestion et approvisionnement basé à SALAMA sera interrompu au 30 Avril 2014. Un autre staff d'un niveau un peu plus élevé sera recruté pour son remplacement afin d'apporter une expertise non seulement en matière d'approvisionnement, mais aussi dans le secteur de la gestion financière de la SALAMA.

Avec l'extension du projet, trois autres conseillers régionaux ont été recrutés à savoir un pour la région d'Atsinanana, un pour la région de Vakinankaratra et un s'occupant des régions de Boeny et de Betsiboka. Tous ont rejoint leurs postes d'affectation avant le mois de Mars 2014. .

Vu la situation particulière du recrutement des CR et parfois des désistements de dernière minute, l'UNICEF a affecté provisoirement de manière transitoire un staff de la section Survie de l'enfant. Cette situation s'est répétée avec les nouvelles régions en particulier pour Vakinankaratra où le CR et l'ATR sélectionnés ont désisté à dernière minute. Ce qui a amené dans le cas de l'ATR à reprendre à deux reprises le processus.

#### ***Recrutement des assistants techniques des districts***

Au niveau périphérique, 94 assistants techniques de district (ATD) ont été recrutés dans les quatre nouvelles régions soit un total de 220 ATD dans les 9 régions. Les ATD sont responsables directs de l'appui aux CSBs, aux comités de gestion, aux comités de santé issus de la communauté et aux communes. Ils ont été recrutés et répartis selon le tableau en annexe. Le processus de recrutement a été piloté par les DRSP avec l'appui des ATR et dans certains cas par des staffs de l'UNICEF en particulier ceux de la section survie de l'enfant.

Pour les régions de Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra et Atsinanana, l'appel d'offre pour le recrutement des ATD a eu lieu du 20 Décembre 2013 au 10 Janvier 2014 suivi directement par le dépouillement des dossiers entre le 10 et le 15 Janvier. Comme pour les autres régions, le nombre des candidats retenus pour l'orientation a été le double par rapport aux besoins. Un atelier d'orientation de 7 jours a eu lieu entre le 20 janvier et le 20 février 2014, selon les régions, pour permettre de sélectionner les nouvelles recrues des quatre régions additionnelles. Les tests écrits ainsi que les entretiens dans les nouvelles régions ont été organisés durant la période allant du 01 au 25 février 2014. Le même processus a été suivi, sauf que le questionnaire a été revu et changé pour éviter des fuites par rapport aux évaluations des premiers ATD dans les anciennes régions.

Le même modèle de contrat que pour les cinq régions originales a été utilisé pour cette tournée de recrutement. Pour la région de Vakinankaratra, les ATD ont commencé le travail le lundi 17 février tandis que dans le reste des régions tous les ATD vont démarrer le 01 mars 2014.

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

Après analyses des PTAs et des besoins exprimés en ressources humaines par chaque région et sur base de l'application des critères de priorisation (Voir annexe), il a été retenu au total un recrutement de 273 nouveaux staffs répartis comme suit:

- 221 ressources additionnelles la première année (2013) dont 53 médecins, 81 infirmiers et 87 sages-femmes
- 52 ressources additionnelles la deuxième année (2014) dont 9 médecins, 21 infirmiers et 22 sages-femmes.

Dans les nouvelles régions, cette analyse des besoins en ressources humaines a été finalisée en début mars selon la même méthodologie décrite dans le rapport du semestre 1. L'équipe nationale de coordination du projet en collaboration avec la DRH a retenu que l'ensemble des besoins seront couverts en 2014 et donc tous les recrutements devront être faits sauf en cas de manque des ressources disponible. Il a été retenu pour ces quatre régions:

- 290 ressources additionnelles pour l'année 2014 dont 82 médecins, 94 infirmiers et 114 sages-femmes.

Le total des besoins en ressources humaines pour l'ensemble du projet et pour les trois années serait de 563 personnes réparties comme suit :

- 144 Médecins

- 196 Infirmiers
- 223 Sages-femmes

Pour finaliser les besoins en RH en vue de renforcer la fonctionnalité des CSB, il a été demandé à chaque région et district de faire le point sur les RH existantes et d'entamer l'analyse de la situation de la région en termes de quantité, de qualification, de répartition géographique et de population desservies. L'exercice a pu ainsi déterminer les gaps et les besoins réalistes pour pouvoir rendre fonctionnel l'ensemble des CSB.

Un tableau/canevas de compilation de la fonctionnalité des CSB et des besoins en ressources humaines a été proposé par l'équipe centrale du projet et a été rempli par l'ensemble des régions et des districts afin de déterminer leurs besoins en RH. Ce canevas intègre les éléments suivants qui ont permis d'identifier les besoins réels de chaque district pour les deux premières années du projet et de les prioriser d'une manière objective (voir tableau en annexe) :

- Les noms et type de CSB (I ou II),
- Les nombres de fokontany et de population desservie par CSB,
- La fonctionnalité du CSB (ouvert ou fermé ?),
- La raison de fermeture : infrastructure (jamais existé, vétuste ou détruit/endommagé) ou ressources humaines,
- La situation des ressources humaines : absence de RH, nombre et qualification (médecin, infirmier, sage-femme) des RH existants par CSB, date ou échéance de la retraite des RH seules aux postes,
- Besoins en ressources humaines exprimés par les MI.

Le nombre élevé des besoins de recrutement des RH la première année est lié à la nécessité de rouvrir et de rendre fonctionnel rapidement la plupart des CSB fermés en raison d'absence de ressources humaines (postes budgétaires non renouvelés), au nombre de 44. Cette répartition entre les deux années dépend aussi des dates de départ en retraite des agents seuls au poste, afin d'éviter à nouveau la fermeture des CSB après leur départ : 18 agents en 2013 et 24 agents pour 2014. Les besoins en RH ont été aussi justifiés par le nombre élevé de CSB (165 au total) desservant plus de 5.000 habitants mais qui n'ont qu'un seul agent au poste. Au regard du retard enregistré dans le démarrage du projet et la mise en place de la structure technique et de gestion, le chronogramme de recrutement des RH des CSB sera revu.

La priorisation et la répartition des postes de personnel soignant entre les centres se sont faites sur la base des critères suivants : i) centre fonctionnel ou non, ii) densité de population, iii) besoin de doubler le personnel ou non. Ces besoins ont été ensuite analysés et confrontés pour répondre aux normes du ministère de la santé publique. Un document de travail donne des détails CSB par CSB sur l'application des critères dans l'octroi des médecins, infirmiers ou sages-femmes. Ce document est disponible et peut être consulté. En résumé :

- Tout CSB desservant 12,000 habitants ou plus doit avoir au final trois personnel soignant (1 médecin, une sage-femme et un infirmier),
- Tout CSB desservant entre 5,000 et 12,000 habitants doit avoir au final 2 agents (1 médecin et/ou, une sage-femme ou infirmier),
- Les médecins ne sont affectés que dans les CSB 2.

Pour assurer une transparence et une légitimité, le processus de recrutement suit les normes et les procédures de la DRH du Ministère de la santé et est conduit par les DRSP et SDSP en collaboration avec les CR, les ATR et les ATD. Les DRSP identifient les candidats à partir de la liste de 175 étudiants sortants mise à la disposition

par la DRH. Les DRSP négocient avec les intéressés individuellement pour identifier les CSB d'affectation, en coordination avec les directeurs des Instituts de Formation Inter Régionaux de Paramédicaux (IFIRP). Après, les listes convenues sont transmises à la DRH pour l'enclenchement des procédures de leurs nominations et affectations. Pour chaque région, il a été convenu d'épuiser en priorité les sortants des IFIRP pour satisfaire en priorité les besoins de leurs régions/zones de couvertures respectives, avant d'aller compléter les autres régions ou d'en chercher ailleurs.

**Tableau 1: Récapitulation justification des besoins en RH (Cinq anciennes régions PASSOBA)**

DRSP	Nb de CSB fermés pour des raisons RH	Nb de CSB avec 1 seul Agent	Nb de CSB avec 1 seul Agent retraité 2013	Nb de CSB avec 1 seul Agent retraité 2014	Nb de CSB avec 1 seul Agent desservant $\geq 5.000$ hab <sup>2</sup>	Nb de CSB avec 1 seul Agent desservant $\geq 12.000$ hab <sup>3</sup>	RH nécessaire <sup>4</sup> pour les DRSP 2013		RH nécessaire pour les DRSP 2014 <sup>5</sup>	
							Méd	Para méd	Méd	Para Méd
<b>SAVA</b>	1	73	8	6	35	6	9	25	4	16
<b>ANALANJIROFO</b>	5	67	2	7	48	17	16	52	0	6
<b>MENABE</b>	10	60	2	4	30	5	3	23	1	1
<b>ATSIMO-ANDREFANA</b>	21	69	0	5	27	6	14	39	2	14
<b>ANOSY</b>	7	56	6	2	25	11	11	29	2	6
<b>Total Général</b>	<b>44</b>	<b>325</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>165</b>	<b>47</b>	<b>53</b>	<b>168</b>	<b>9</b>	<b>43</b>

<sup>2</sup> Parmi les CSB desservant plus de 5,000 habitants certains couvrent jusqu'à 12,000 habitant d'où la nécessité de deux agents au lieu d'un seul.

<sup>3</sup> Parmi les CSB desservant plus de 5,000 habitants certains couvrent jusqu'à 12,000 habitant d'où la nécessité de deux agents au lieu d'un seul.

<sup>4</sup> Prenant en compte aussi les départs en retraite en 2013 et 2014.

<sup>5</sup> Prenant en compte aussi les départs en retraite en 2013 et 2014

**Tableau 2 : Récapitulation justification des besoins en RH (Quatre nouvelles régions PASSOBA)**

DRSP	Nb de CSB fermés pour des raisons RH	Nb de CSB avec 1 seul Agent	Nb de CSB avec 1 seul Agent retraité 2014	Nb de CSB avec 1 seul Agent retraité 2015	Nb de CSB avec 1 seul Agent desservant $\geq 5.000$ hab	Nb de CSB avec 1 seul Agent desservant $\geq 12.000$ hab	RH nécessaire <sup>6</sup> pour les DRSP		RH nécessaire pour les DRSP	
							2014		2015	
							Méd	Para	Méd	Para
ATSINANANA	11	110	4	6	48	3	31	59	0	0
VAKINANKARATRA	7	97	1	4	82	34	27	110	0	0
BOENY	42	40	0	0	12	2	8	17	0	0
BETSIBOKA	8	37	1	2	13	1	16	22	0	0
<b>Total Général</b>	<b>68</b>	<b>284</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>155</b>	<b>40</b>	<b>82</b>	<b>208</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Le Ministère de la santé a ensuite fourni la liste des instituts privés des paramédicaux habilités qui devraient être utilisés pour compléter les recrutements. Seuls les étudiants sortant de ces écoles, IFIRP d'une part et écoles habilitées d'autre part sont recrutés dans le cadre de ce projet. Ce processus est suivi et supervisé par la DRH qui en assure le respect des procédures du ministère. Les CR assurent le respect des échéances pour éviter d'autres reports et assurent que les chronogrammes des régions sont ajustés et tiennent compte de ce processus. Le début de travail des RH recrutées pour les CSB a été le mois juillet 2013 après signature des contrats avec les DRSP et surtout approbation du processus par la DRH et l'équipe centrale de gestion du projet. Pour les nouvelles régions, les besoins en RH ainsi identifiés et inscrits dans les PTAs 2014 seront satisfaits progressivement à partir du mois de mars.

Une analyse de faisabilité de la mise en place d'un système de rétention et de motivation du personnel a été menée par l'équipe du projet en relation avec la DRH, la DDS et la DEP afin de déterminer de manière pérenne le ou les outils les plus adaptés ainsi que leurs modalités de mise en œuvre (Kit d'installation, prime à la performance) lors d'un atelier qui a eu lieu enfin du mois d'octobre 2013. Actuellement la DRH dispose d'un outil clair définissant le contenu du kit d'installation et du kit de fidélisation avec un coût estimatif qui est respectivement de 6,760\$US et 7,700\$. Une analyse des zones enclavées et/ou d'accès difficile a été faite aussi lors de cet atelier. Les régions et districts sont en train d'identifier et de déterminer ces zones en utilisant les critères approuvés pendant l'atelier. Les discussions sont en cours avec la DRH pour s'assurer de l'appropriation et surtout de la pérennisation de cette motivation avant que le projet PASSOBA ne puisse démarrer ce processus. Sur la base de ces discussions, il est manifeste que les montants des kits définis lors de l'atelier sont trop ambitieux et non pérenne car non "reprenable" par le ministère après le projet. Par conséquent, il a été recommandé au projet de redimensionner ces kits au strict minimum nécessaire et en incluant les équipements dans les rubriques "investissements" des PTA.

Entre-temps, le projet PASSOBA a entamé le processus pour pouvoir implanter un modèle de prime à la performance en coordination avec les initiatives pilotes des autres partenaires (la Banque Mondiale, l'AFD etc...) dans la région d'Atsimo-Andrefana avec quelques ajustements et spécificités. La première étape sera de contracter un expert en Financement basé sur la Performance en vue de déterminer la faisabilité technique et financière de la

mise en place d'un PBF dans la région, ses risques et les processus de mitigation, de définir les différentes phases de mise en œuvre de l'activité, avec chronogramme et budget détaillé, de définir les rôles de chaque niveau et des partenaires impliqués dans la mise en œuvre du modèle de prime à la performance dans la région. Et enfin sur la base de l'existant et en coopération étroite avec les partenaires, développer tous les outils nécessaires à la mise en œuvre du projet incluant les indicateurs de performance. Cette étude sera financée sur la ligne des ressources humaines (procurement specialist) dans le budget du projet ceci en accord de la DUE dans la mesure où cela ne fait pas dépasser de 15% la variation total entre les grandes catégories budgétaires comme le confirment les échanges d'email entre la DUE et l'UNICEF du 24/07/2013 et le compte rendu de la réunion de suivi du projet du 26/02/2014.

Comme le montre le tableau ci-dessous, le processus de recrutement du personnel a continué pour rendre fonctionnel le plus grand nombre CSBs. Au total et par rapport aux besoins exprimés par les DRSP et les SDSP pour 2013, 180 personnes ont été recrutées dont 18 médecins et 162 paramédicaux. Ceci a permis de rouvrir les 31 CSB qui étaient fermés par faute de personnel, mais aussi d'ajouter un personnel de plus là où le besoin était ressenti et conformément aux normes du MINSANP. Ces personnels ainsi recrutés ont bénéficié d'une orientation et d'une formation au niveau de chaque DRS et SSD avant d'être installés dans leur CSB respectifs.

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

	2013						2014	
	RH nécessaire		RH recruté avec l'appui PASSOBA		RH recrutés par le projet et intégrés à la Fonction Publique (paie par l'Etat)		RH nécessaire	
	Méd	Paraméd	Méd	Paraméd	Méd	Paraméd	Méd	Paraméd
Atsimo-Andrefana	14	39	2	40	0	0	2	14
Menabe	3	23	1	22	0	0	1	1
Anosy	11	29	5	34	1	0	2	6
Analanjirifo	16	52	6	36	0	0	0	6
Sava	9	25	4	30	0	0	4	16
<b>Sub total</b>	<b>53</b>	<b>168</b>	<b>18</b>	<b>162</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>43</b>
<b>Grand total</b>	<b>221</b>		<b>180</b>		<b>1</b>		<b>52</b>	

Le tableau montre clairement que seulement 34% des besoins en médecins ont été couverts alors pour les paramédicaux 96% des besoins ont été couverts. En effet, cette problématique de la concentration du personnel médical dans les grandes villes en particulier à Tana constitue un des problèmes majeurs. La mise en place des kits d'installation et de fidélisation couplée à l'instauration de la prime à la performance sont sans doute des pistes de solutions pour résoudre ce problème.

Pour la région de l'Anosy, Il est à noter qu'un Médecin recruté dans le cadre du projet PASSOBA a été intégré dans la Fonction Publique et maintenu dans le même CSB de son affectation. Certains agents de santé ont des difficultés d'adaptation au début de leur installation à cause des mauvaises conditions de vie et de travail, mais grâce à l'hospitalité et au bon accueil réservé par la population et surtout à la reconnaissance de la population par rapport

au service rendu par les Agents de santé, ils finissent par rester. Le cas du Chef CSB1 Tanambao, SDSP Mahabo dans la région de Menabe en est un exemple.

Il est trop tôt pour évaluer les résultats des prestations des nouveaux personnels recrutés en terme quantitatif. Ceci sera possible dans les mois à venir. Il est clair que les CSB qui étaient fermés depuis des mois voire des années et rouverts grâce au projet, peuvent d'ores et déjà montrer des résultats quant à la fréquentation des consultations externes, la vaccination, les CPN, les accouchements, la lutte contre le paludisme etc... La population est satisfaite en générale, surtout par la présence permanente d'agents de santé. Par contre, le manque en matériel et l'insuffisance en médicaments essentiels limitent la satisfaction.

Il est à noter que grâce au recrutement des médecins et paramédicaux, 76.4% des CSB fermés au début du projet pour des raisons de manque des ressources humaines sont rouverts. Le tableau ci-dessous montre la situation de la réouverture des CSB région par région. Il faut noter que d'autres CSB étaient fermés pour d'autres raisons telles que le manque de matériels/équipements, le délabrement des infrastructures ou tout simplement la destruction des bâtiments lors du dernier passage du cyclone. La plupart des CSB rouverts sont situés dans les régions enclavées. Dans la région d'Atsimo-Andrefana, les 7 CSB sont toujours fermés pour des raisons d'insécurité (Ankilimary, Beteny, Andranomena et Tsivoko) et de destruction de bâtiments (Bohaky, Ambatofotsy et Andavadoaka). Dans la région de Menabe, 3 CSBs ont des problèmes d'infrastructure et 1 CSB a un problème de sécurité.

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

	a). Nb de CSB total (fonctionnel et non-fonctionnel)		b). Nb de CSB rouverts par le PASSOBA		c). Nb de CSB rouverts par le autre		d). Nb de CSB fermés		Nombre de CSB fonctionnels (a-d)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Atsimo-Andrefana	188	188	0	14	0	0	21	7	167	181
Menabe	91	91	0	6	0	5	17	5	74	86
Anosy	77	77	0	7	0	0	7	1	70	76
Analanjirifo	121	121	0	2	0	3	5	0	116	121
Sava	129	131	0	2	0	0	1	0	128	131
<b>Sub total</b>	<b>606</b>	<b>608</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>51</b>	<b>13</b>	<b>555</b>	<b>595</b>

Par ailleurs, le projet PASSOBA a fait un inventaire exhaustif des CSB qui fonctionnaient avec une seule ressource humaine et qui, suite à l'indisponibilité et aux absences répétées de cette dernière (volontaires ou non), étaient souvent fermés. Pour améliorer l'accessibilité géographique des populations aux services de santé de base dans les cinq régions, le projet s'est focalisé sur le renforcement des ressources humaines dans ces CSB. Cette analyse est en cours dans les nouvelles régions et la situation sera présentée lors du prochain comité de pilotage du projet.

Le projet a apporté un appui technique aux DRSP pour qu'elles puissent constituer et actualiser la liste de leur RH. Actuellement toutes les DRSP et les SDSP ont un état des lieux des RH en lien avec la DRH au niveau central qui a finalisé un logiciel nommé « PARFAIT » et qui fait un inventaire des RH par catégorie, âge et période de départ en retraite. Sur base de cet état des lieux et avec l'appui des ATR/ATD et en lien avec le document de Développement

de Politique Nationale des Ressources Humaines, les DRSP avec l'appui de PASSOBA vont établir désormais une stratégie régionale de développement des RH adaptée aux réalités de leur région.

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

La situation des six documents ou directives mentionnés dans le projet pour diffusion à tous les niveaux ne sont pas toujours disponibles dans les DRSP et SDSP ; parfois ils ne sont même pas connus. Le projet, en collaboration avec la DDS a entamé un travail d'identification de ces documents en vue de les multiplier et diffuser pour ceux qui existent et de les finaliser s'ils sont en draft. Plusieurs réunions ont eu lieu avec la DDS pour faire le point sur cette question.

En 2014, avec l'appui de PASSOBA, l'initiative du processus d'élaboration du PTA ascendant a démarré à partir du troisième trimestre de 2013, en collaboration avec la DEP par ; (i) une analyse du canevas 2013 de tous les niveaux, (ii) initier les discussions sur l'intégration de micro-plan PEV et des autres programmes verticaux dans le canevas PTA, (iii) appuyer l'élaboration des micro-planification à la base (CSB) et l'organisation d'un atelier de consolidation et de la planification au niveau des districts et des régions. Toutes les neuf régions ont reçu un appui technique de la DEP, DDS et de PASSOBA pour conduire cet exercice avec le canevas amélioré et réaménagé.

Ce processus de l'élaboration des PTAs de façon ascendante avec l'implication de tous les acteurs et les équipes centrales du Ministère de la santé a été considéré comme une innovation dans la plupart des régions d'interventions de PASSOBA. C'est une grande première pour les régions et un début de l'implication et appropriation des tous les acteurs : partant des réalités au niveau des CSB ce processus a permis aux chefs CSB d'établir leur propre PTA. Cet exercice a permis aux acteurs de santé au niveau de la communauté de mieux se connaître et de mieux se coordonner, aux responsables locaux (Maire, Chef Fokontany) de connaître leurs responsabilités au sein du centre de santé, aux responsables locaux de se rendre compte que le CSB leur appartenait, aux responsables locaux de mieux connaître les activités du centre de santé et enfin aux participants d'être tenus responsables de la mise en œuvre des actions.

Mais, quelques éléments ont toutefois ralenti le démarrage du processus d'élaboration du PTA 2014 à savoir : (i) le changement du Directeur des Etudes et de la Planification et l'absence du DEP à partir du mois d'octobre, (ii) le manque d'harmonisation de cycle de planification ou cycle de budgétisation du Ministère de la santé et l'absence du guide ou manuel de planification de PTA, (iii) le retard dans la mise en place et du changement du canevas engageant du temps pour faire la pré-test sur le canevas uniforme, et la non appropriation de la méthodologie de remplissage des outils.

Les ATD ont été orientés tout d'abord vers le diagnostic précis du système et ont permis de faire remonter au niveau des districts des informations qualitatives sur le fonctionnement du système et les goulots d'étranglement existants au niveau local: problèmes de propriété foncière des terrains, absence de certains documents, problèmes au niveau communautaire, conflits entre différents programme (système FANOME vs DepoCom). Ces informations permettent aux médecins inspecteurs de réagir plus vite pour résoudre les problèmes. Ils ont aussi effectué le diagnostic complet des ressources tant matérielles qu'humaines des CSB dont ils ont la charge (état des lieux des équipements médicaux, besoins en réhabilitation, entretien et mises aux normes etc.). Cet état des lieux a permis d'identifier des CSB qui nécessitaient une réhabilitation à minima et des équipements de base pour leur fonctionnement.

Avec l'appui du projet PASSOBA, toutes les régions ont organisé entre juin et août 2013 leurs premières revues semestrielles pour évaluer l'état de mise en œuvre du PTA ainsi que leur performance. Les rapports de ces revues sont disponibles. Toutes les régions ont par la suite organisé une vague des deuxièmes revues au mois d'octobre et début novembre pour faire le point sur le progrès des principaux indicateurs de santé et dans une moindre mesure pour préparer la deuxième réunion du comité de pilotage du projet.

Le tableau et le graphique ci-dessous montrent le niveau de décaissements fait dans les cinq premières régions financées par le projet PASSOBA et le taux d'absorption des fonds par rapport à leurs PTA 2013. Le taux global de réalisation est de 65%. La région SAVA a fourni une planification réaliste et est arrivée à absorber environ 83% des fonds de son PTA. Le tableau montre les montants en Euro des transferts de fonds effectués en faveur des régions pour les activités implémentées directement par ces derniers, les achats assistance correspondent aux activités d'achat faites par UNICEF pour le compte et à la demande des DRS. Ces derniers estiment en effet ne pas disposer encore des capacités nécessaires pour ces types d'activité, il s'agit essentiellement d'achat de motos et de matériels informatiques qui rentrent dans le cadre de l'appui aux régions. La partie autres concernent les assistances directes fournies pour le compte des DRS et qui sont jugées à des coûts optimaux, comme l'installation des connexions en réseau informatique au cours de l'année 2013.

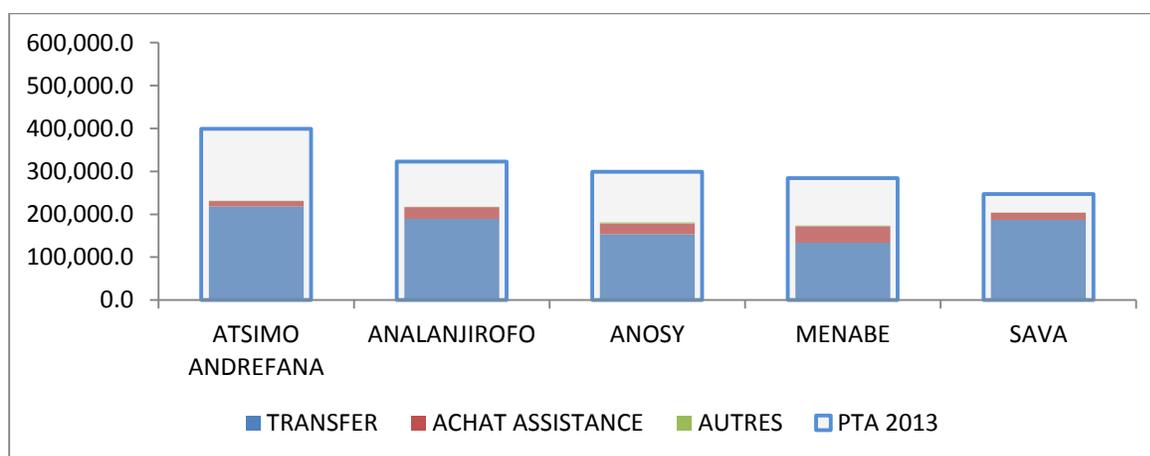
**Tableau 5 : Transfert des fonds aux régions en fonction des PTA**

En EURO

REGION	TRANSFER	ACHAT ASSISTANCE	AUTRES	Total	PTA 2013	%
ATSIMO ANDREFANA	218,095.6	12,537.0	651.4	231,284.1	399,257	58%
ANALANJIROFO	188,967.5	27,662.0	741.4	217,370.8	322,735	67%
ANOSY	153,838.8	24,549.3	2,823.4	181,211.4	299,000	61%
MENABE	134,037.5	38,290.7	1,160.3	173,488.5	283,895	61%
SAVA	186,847.7	16,578.7	680.0	204,106.5	247,316	83%
<b>TOTAL</b>	<b>881,787</b>	<b>119,618</b>	<b>6,056</b>	<b>1,007,461</b>	<b>1,552,204</b>	<b>65%</b>

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

**Graphique 1: Mise en œuvre financière des PTA des régions**



Il faut noter que la région d'Analanjirifo avait planifié plus d'activités au moment où ses capacités de mise en œuvre restent très faibles. Par ailleurs, la mise en œuvre effective des PTAs suivie de décaissement des fonds de projet a débuté seulement en avril 2013. Ceci peut expliquer cette situation.

En plus des activités de supervisions intégrées, de monitoring pour action, de formation des EMAD/EMAR dans la gestion des ressources financières, gestion des ressources humaines, les CSB ont reçus des matériels et

équipement de base pour leur mis à niveau selon le PMA. Les réhabilitations à minima des CSB ont aussi démarré progressivement dans l'ensemble des régions pour améliorer les conditions de prestation des soins. Le tableau ci-dessous montre les matériels et équipements fournis aux CSB.

**Tableau 6 : Matériel et équipement fournis aux CSB dans le cadre des PTA 2013**

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

CSB1:	<b>102</b>
CSB2:	<b>151</b>
	<b>253</b>

Une série de vérifications financières a été effectuée à partir du mois de Mai 2013, pour évaluer la gestion de fonds des partenaires et apprécier l'éligibilité des dépenses faites au niveau de chaque Région, selon le calendrier de vérification. Il s'agit principalement de procéder à des vérifications des rapports financiers et pièces justificatives par échantillonnage et d'évaluer le système de contrôle suivant les normes généralement admises, à savoir les réconciliations bancaires systématiques et les séparations des tâches incompatibles. Il en est ressorti des visites sur terrain que les capacités de gestion dont disposent les partenaires d'exécution (DRSP) ne sont pas optimum et présentent des lacunes. D'une manière générale, l'évaluation des systèmes de contrôle révèlent l'absence de procédures formelles pour traiter les dépenses, ce qui dans certains cas occasionnent des cas de confusion, tels sont

les cas de la non tenue de registre bancaire ou de caisse. Des recommandations ont été formulées, émises à l'endroit de ces partenaires.

Par ailleurs, en fin d'année 2013 début 2014, les cinq partenaires du projet au niveau régional, c'est à dire, les DRS SAVA, MENABE, ANALANJIROFO, ATSIMO ANDREFANA et ANOSY, ont fait l'objet d'audit financier et audit de système réalisé par un cabinet d'expert international MOORE STEPHENS. Les rapports sont en cours de finalisation mais la réunion de restitution nous permet de définir et d'initier les actions importantes de renforcement de capacité et de suivi à faire au niveau de ces partenaires pour l'année 2014.

Les ATD ont aidé les chefs CSB à réaliser un inventaire exhaustif des biens matériels et immobiliers mis à leur disposition. Avec l'aide des ATD, chaque formation sanitaire a préparé actuellement un plan de gestion efficiente des bâtiments et matériels disponibles dans lequel les mécanismes de mobilisation des fonds prévus par l'Etat seront clairement décrits aussi bien au niveau des SDSP que des communes.

Les ATD ont aussi contribué de manière appréciable à la réalisation des activités majeures des CSB et districts. L'état des lieux réalisé dans les CSBs a permis d'avoir la ligne de base des données des principaux indicateurs pour chaque SDSP et ainsi la détermination de la ligne de base des principaux indicateurs du projet. Grâce à l'appui des ATD, la complétude et la promptitude du RMA au niveau régional se sont améliorées passant par l'appui aux chefs CSBs dans l'organisation de la collecte, mais surtout à la transmission des rapports mensuels d'activités des CSB vers les districts.

Le projet PASSOBA continue à soutenir les activités de supervision ayant permis l'utilisation par la DRSP et les SDSP d'une grille de supervision intégrée et harmonisée de MINSANP (Menabe, Atsimo-Andrefana) et d'améliorer la qualité des rapports en comparant à l'année 2012. La supervision intégrée a permis aussi une participation accrue des responsables de programme, et une familiarisation avec le terrain. Cependant cela n'empêche que chaque programme vertical continue à prévoir une supervision spécifique en dépit des efforts faits pour l'intégration. La qualité des rapports de supervision reste aussi à améliorer, ainsi que le suivi de la mise en œuvre des recommandations. Il a été noté que la qualité de la supervision reste insuffisante surtout des SSD vers les CSB en particulier dans Atsimo-Andrefana et souvent l'absence de plan de supervision aussi bien au niveau de la DRSP qu'au niveau des SDSP (Analanjirofo). Ceci constitue un des éléments d'appui des CR et ATR en termes de renforcement des capacités des EMAR/EMAD.

Le système de suivi-évaluation de la santé est une composante essentielle du système national de la santé publique. Le Projet PASSOBA-Santé en collaboration avec tous les partenaires a initié et conduit une analyse de ce système au début du programme dont les recommandations apparaissent dans les rapports précédents. Le document est aussi disponible. Selon cette analyse, les recommandations sont présentées en trois axes et permettront d'établir un plan cohérent de suivi-évaluation :

Axe 1 : Renforcement du système de collecte, analyse et diffusion des données de qualité du MINSANP

Axe 2 : Soutenir la mise en place des outils innovants de S & E

Axe 3 : Renforcement de capacités à tous les niveaux (central, régional, district, CSB) pour le suivi et évaluation

Les détails des activités pour chaque recommandation ont permis d'élaborer le Plan de Suivi et Evaluation – PASSOBA Santé pour renforcer la capacité de S&E de MINSANP.

Le travail de l'amélioration de la gestion des données et du système de suivi-évaluation est en cours avec une forte implication des appuis directions centrales. En vue de simplifier le système d'information sanitaire, les activités suivantes ont été réalisées avec la collaboration des partenaires technique et financiers, à savoir : (i)

l'harmonisation et la simplification des canevas de rapports des programmes verticaux dans le RMA unifié au niveau des FS, (ii) l'identification des indicateurs de ressources des formations sanitaires qui serviront de planification basées sur l'évidence, et la finalisation des canevas de collecte d'informations sur les ressources des formations sanitaires ainsi que l'état des lieux, (iii) l'organisation de l'atelier sur le guide FANOME en vue d'améliorer le système du FANOME y compris la définition des critères de qualité concernant le rapport FANOME et le fond d'équité, (iv) le partage de la vision globale sur l'harmonisation et la coordination du système de collecte auprès des décideurs et des partenaires et le traitement des informations sanitaires à tous les niveaux pour un plaidoyer à sa mise en œuvre, (v) la réalisation d'une formation sur les logiciels disponibles gratuitement, pour la visualisation des données sur la cartographie (EPI Info, SIG) et la réalisation d'une orientation sur DevInfo pour les directions niveaux centrales (DDS, DSI, DEP, DPLMT, DRH), (vii) la mobilisation d'autres partenaire en particulier la FEI (France Expertise International) pour financer le développement du logiciel de ressources, (vi) l'identification et la validation des indicateurs clés de chaque logiciel du MINSANP, afin de diffuser à travers la Carte Sanitaire de Madagascar (CSM), qui servira de base sur l'évidence pour les prises de décisions et les actions. Les documents concernant ces activités sont disponibles.

En plus, le projet PASSOBA a apporté un appui technique aux initiatives en cours dans le pays, y compris les priorisations des indicateurs utilisés dans le secteur santé, et le développement des canevas de RMA communautaire en vue de collecter les données des communautés de manière stratégique et coordonnée.

Les documents existants au niveau de MINSANP concernant (i) l'analyse des données, (ii) le guide de monitoring, et (iii) le guide de supervision / la grille de supervision, ont été collectés et partagés aux ATR/CR afin de faciliter les travaux sur terrains avec le MINSANP en terme de renforcement des capacités des EMAR et EMAD. Il s'agit de :

- Manuel d'utilisation des données pour les Centres de Santé de Base (MINSANP) 2012
- Manuel d'auto-évaluation de la qualité des données de vaccination (DQS) (OMS Stop Team) 2012
- Monitoring Programme Elargi De Vaccination (MINSANP Projet Rss/Gavi) 2012
- Monitoring des Activités de La Santé de La Mère et de L'enfant CPN-PF-Accouchement (MINSANP Projet Rss/Gavi) 2012
- Guide de Supervision Intégrée Centre de Santé de Base (MINSANP DDS, UNFPA) 2010
- Grille de Supervision Intégrée Centre de Santé de Base (MINSANP DDS, UNFPA) 2010
- Guide de Supervision Intégrée Bureau de Santé du District (MINSANP DDS, UNFPA) 2010
- Grille de Supervision Intégrée Bureau de Santé du District (MINSANP DDS, UNFPA) 2010

En vue de renforcer la capacité de MINSANP, PASSOBA encourage l'utilisation des guides existants au niveau de MINSANP et avec l'appui des CR et ATRs et appuie des sessions de formation des EMAR et EMAD dans l'optique d'améliorer la qualité des données : collecte, analyse, dissémination et feedback.

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

##### ***a) Appui au fonctionnement de SALAMA et au FANOME***

En ce qui concerne la gestion des intrants pharmaceutiques nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires de base et du 1er niveau de référence, une analyse approfondie du fonctionnement du cycle d'approvisionnement est sur le point de démarrer et comprend deux parties.

- Les aspects techniques qui pourront permettre au projet PASSOBA d'apporter un appui substantiel dans le renforcement des capacités de SALAMA dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments essentiels et du FANOME à tous les niveaux incluant les PhaGeComs et PhaGDis. Ceci en concertation avec les partenaires publics et privés impliqués dans le secteur des médicaments à Madagascar.

- Les aspects financiers pour apprécier la gestion et la santé financière de SALAMA, sa structure et sa solidité, sa rentabilité, sa performance et sa pérennité, les perspectives de développement et de la viabilité financière de toute la chaîne d'approvisionnement et du FANOME en vue d'une recapitalisation du système pour la pérennisation de ses activités et par conséquent assurer la disponibilité des médicaments de qualité à la population.

Cette analyse sera achevée au mois de juin 2014 et le rapport final sera partagé avec toutes les institutions et PTF du secteur de la santé. Le processus de recrutement d'un consultant est très avancé. Un atelier de partage des grandes lignes de ce rapport et des principales recommandations sera organisé pour une approbation et validation par le MINSANP, les principaux utilisateurs du FANOME et les principaux partenaires

L'analyse technique souligne aussi l'urgence d'acheter auprès de SALAMA des lots de démarrage pour les PhaGeCom (lot de démarrage standard DPLMT pour CSB1 et CBS2) en particulier pour redémarrer les CSB rouverts par le projet PASSOBA. En effet, il existe un kit/lot de démarrage des CSB I et II permettront à ces structures d'être opérationnelles et de prendre en charge les patients. Ce kit/lot coûte respectivement 1,908,602 Ariary (662 euros) pour le CSB1 et 2,167,254 Ariary (751 euro) pour le CSB2. Plus de 400 CSB ont été identifiés pour bénéficier de ce premier appui. En effet, cela signifie pour les CSB, le paiement d'une première tranche pour les CSB remplissant un minimum de conditionnalité pour garantir un minimum de bonne gestion des fonds entre autres l'existence d'un compte du CSB avec l'argent des recettes qui est régulièrement versé dessus, l'existence d'un COGE fonctionnel, un droit de regard détaillé (éventuellement validation) de la gestion financière par les ATD.

Par la suite, les secondes tranches que ce soit pour les CSB ou la Salama devront être conditionnées à une réforme du FANOME garantissant la pérennité sur la base des conclusions de l'analyse économique et financière à savoir :

- L'approbation et la mise en application de la réévaluation de la marge bénéficiaire des CSB sur la base des conclusions de l'analyse économique et financière (de préférence de manière progressive et non une augmentation brutale)
- La signature d'un protocole (ou MoU) entre le MINSANP et la Salama d'une collaboration garantissant la mise en application de l'obligation des CSB d'acheter les médicaments à travers le FANOME (avec mesures de sanction si nécessaire)
- La mise en place d'un mécanisme d'évolution de la marge des CSB participatif (à déterminer) et sur la base obligatoire d'un diagnostic.
- La mise en place des mécanismes de double signature concernant la gestion financière et médicament au CSB entre COGE et chef CSB.

Faisant suite au retard accumulé dans cet appui à la recapitalisation de la SALAMA et en concertation avec l'UE un scénario a été déterminé pour accélérer la mise en œuvre de cet appui. Ce scénario est décrit plus haut au point 2 du présent rapport.

#### ***b) Appui aux assistants en suivi et évaluation des cinq agences régionales de SALAMA***

Il est à noter que depuis la fin de NSA, les assistants en Suivi-Evaluation basés au sein des cinq agences régionales de SALAMA n'existent plus car ils étaient payés par le projet NSA. Une réflexion a été menée avec SALAMA et les autres partenaires impliqués dans la gestion des médicaments pour décider de la pertinence de garder ces postes ou bien d'inclure leur travail au sein du personnel en poste dans les agences, mais aussi le type d'assistance à apporter. Des propositions ont été faites de renforcer les capacités des agents administratifs et comptable travaillant dans les agences ou soit recruter de nouveaux agents pour cette tâche, mais la question de financement n'est pas encore résolu étant donné que la SALAMA n'a pas un budget spécifique pour ces assistants.

Il a été souhaité de renforcer en général l'implication de ces agences dans la distribution des intrants et dans la collecte des informations liées aux intrants. Le projet PASSOBA en collaboration avec la SALAMA étudiera les modalités de cet appui en termes de renforcement des capacités.

**c) Appui aux EMAD pour la gestion des PhaGDis et PhaGeCom**

Comme la montre le tableau ci-dessous, le montant total des rachats effectués par les PhaGeCom et le montant des recettes du FANOME ont augmenté respectivement de 9.1% et de 15% par rapport à l'année précédente. Par contre, il y a des défis en général sur le fonctionnement des PhaGeCom et PhaGDis. Le pourcentage des rachats effectués par les PhaGeCom sur recettes du FANOME a diminué de 3.8% par rapport au 2012.

**Tableau 7 : Situation financière des PhaGeCom**

	Montant total des rachats effectués par les PhaGeCom (total de la region)		Montant recettes du FANOME		% des rachats effectués par les PhaGeCom sur recettes du FANOME	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Atsimo-Andrefana	110,767,962	71,015,556	205,049,608	200,989,137	54.0%	35.3%
Menabe	125,060,556	169,544,574	131,164,727	171,436,379	95.3%	98.9%
Anosy	133,044,641	152,947,957	142,926,589	153,486,156	93.1%	99.6%
Analanjirifo	161,927,700	201,037,547	201,182,774	275,680,082	80.5%	72.9%
Sava	74,572,224	66,202,046	143,070,664	145,537,169	52.1%	45.5%
<b>Total</b>	<b>605,373,083</b>	<b>660,747,680</b>	<b>823,394,362</b>	<b>947,128,923</b>	<b>73.5%</b>	<b>69.8%</b>

La situation des dispensateurs et gardiens reste un grand défi dans toutes les régions. Environ 27.4% de dispensateurs et 24.7% des gardiens sont payés régulièrement dans les régions en 2013.

**Tableau 8 : Situation des dispensateurs et gardiens des PhaGeCom**

	Nombre de CSBs dans lesquels le dispensateur est effectivement payé par la Commune		Nombre de CSBs dans lesquels le gardien est effectivement payé par la Commune	
	2012	2013	2012	2013
<b>Atsimo-Andrefana</b>	60	68	60	68
CSB fonctionnel	167	181	167	181
% de CSB fonctionnel avec le personnel effectivement payé	35.9%	37.6%	35.9%	37.6%
<b>Menabe</b>	13	9	13	9
CSB fonctionnel	74	86	74	86

	Nombre de CSBs dans lesquels le dispensateur est effectivement payé par la Commune		Nombre de CSBs dans lesquels le gardien est effectivement payé par la Commune	
% de CSB fonctionnel avec le personnel effectivement payé	17.6%	10.5%	17.6%	10.5%
<b>Anosy</b>	24	35	24	34
CSB fonctionnel	70	76	70	76
% de CSB fonctionnel avec le personnel effectivement payé	34%	46%	34%	45%
<b>Analanjirifo</b>	10	10	10	10
CSB fonctionnel	106	121	106	121
% de CSB fonctionnel avec le personnel effectivement payé	9%	8%	9%	8%
<b>Sava</b>	10	41	1	26
CSB fonctionnel	129	131	129	131
% de CSB fonctionnel avec le personnel effectivement payé	7.8%	31.3%	0.8%	19.8%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>163</b>	<b>108</b>	<b>147</b>
<b>CSB fonctionnel</b>	<b>546</b>	<b>595</b>	<b>546</b>	<b>595</b>
<b>% de CSB fonctionnel avec le personnel effectivement payés</b>	<b>21.4%</b>	<b>27.4%</b>	<b>19.8%</b>	<b>24.7%</b>

A la fin de février 2014, seulement 8% de CSB en Analanjirifo ont les dispensateurs pris en charge par les communes et dans la région du Menabe, seuls 9 gardiens sur 32 existants et 9 dispensateurs sur 39 existants sont payés régulièrement, malgré le travail fait par les ATD et la sensibilisation faite par les MI.

Quant à la région d'Atsimo-Andrefana, seulement le premier trimestre 2013 a été payé et, seuls 37.6% des gardiens et dispensaires ont été payés. Il est à rappeler que c'est la Commune qui devrait payer ces personnes à partir de leur propre fond. Mais depuis longtemps les Maires utilisent les subventions pour les CSB. Cet argent n'arrive pas régulièrement et n'est pas toujours bien géré. Conséquence : des écarts de conduite et mauvaise gestion dans la gestion de la PhaGeCom, rupture en médicaments essentiels, diminution de l'accessibilité financière de la population. La quasi-totalité des CSB mettent leur avoir dans des institutions financières type « microfinance ».

Les difficultés actuelles est la conséquence de la défaillance antérieure de la gestion de la PhaGeCom. Un renforcement de la gestion effectué par les ATD est en cours et éventuellement une dotation de lot des médicaments de démarrage pour le CSB, la bonne utilisation des outils de gestion et enfin la gestion transparente amélioreront le fonctionnement du système.

L'augmentation du fond généré par la vente des médicaments n'est pas encore significative. Le montant est faible pour permettre de disposer un montant significatif pour le fond d'équité.

Dans la plupart des cas, les CSBs situés dans les villes disposent d'un compte et d'un compte à part pour le FANOME, pour conserver les fonds. Avec l'appui des ATRs, Les ATDs assurent que les bons de soins sont systématiquement payés après présentation de la facture au représentant du Maire et au trésorier (membres du COGE, avec le président et le chef CSB). Seules les personnes dans la liste des démunis qui ont droit au fond d'équité. Certains CSB l'utilise pour les premiers soins d'urgence. Actuellement le projet se focalise sur l'appui des CSB dans l'amélioration de la gestion des fonds issus de la vente des médicaments. Les ATDs aident les CSB à rouvrir des comptes bancaires là où il n'y avait pas.

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

Au niveau local, les ATD ont été à l'origine de la redynamisation de certains CoGe et CoSan, en bonne collaboration avec d'autres initiatives communautaire allant dans ce sens et ont initié le dialogue avec les autorités municipales sur la mise à jour de la liste des indigents et sur le paiement des dispensateurs et des gardiens. D'une manière générale, l'actualisation de la liste des démunis est confrontée à des difficultés dans plusieurs districts en particulier liées à la non acceptation du terme de « démunis » par la population et la faible disponibilité de certains maires pour cette actualisation. L'Enquête sur le non utilisation du Fonds d'équité a été effectuée par GAVI dans 5 communes totales des 3 régions (Vakinakaratra, Atsimo Andrefana et Atsinanana) en Novembre 2012. Cette enquête fourni les résultats y compris la détermination du CAP des démunis vis-à-vis du FE et son utilisation, l'identification des facteurs socio-économiques et culturels influençant l'acceptation du FE et la détermination des facteurs qui ont une influence sur l'utilisation du FE. Elle a permis de découvrir certains points qui nécessitent d'être mis en exergue, afin d'en prendre des résolutions et des mesures correctives face à la situation à savoir ; (i) renforcer l'information et la sensibilisation des démunis sur l'objectif et les avantages du FE, (ii) Redynamiser et responsabiliser les structures pérennes existantes de mise en œuvre au niveau de la Commune, et (iii) renforcer le système de coordination et de gestion de la mise œuvre : supervisions et suivis auprès des SDSP etc. Les pluparts des activités identifiées dans cette étude sont en cours dans le cadre de PASSOBA. Il apporte des assistances techniques et financières au MINSANP par organiser les ateliers sur la mise en jour de guide FANOME, réaliser les audits sur FE, et renforcer la supervision intégrée au niveau des CSBs.

Malgré les efforts déployés sur terrain, comparant 2012 à 2013, il faut noter que le nombre total d'indigents pris en charge par le système de santé de base a diminué malgré l'augmentation des nombre des personnes ayant utilisé les consultations Externes. Avec l'appui des ATDs, le nombre de bénéficiaires inscrits par les communes sur le fonds d'Equité a augmenté de 24.6% par rapport à l'année précédente.

Le Fond d'équité est sous utilisé à cause principalement de la rupture de stock des médicaments essentiels au niveau de CSB et l'indisponibilité des outils des gestions. Dans les 4 nouvelles régions, Il n'y a pas de liste de démunis actualisée par les communes. A cela s'ajoute les difficultés en termes d'identification, de stigmatisation en particulier dans la région de Betsiboka. Ceci va constituer le travail prioritaire des ATDs dans ces régions pour le second trimestre de l'année 2014. L'étude précédente (GAVI, 2012) constate que les démunis dans quelques communes perçoivent que le CSB est payant y compris pour les médicaments et ne vont pas au CSB par problème d'argent (43% des démunis de la commune Ilaka Est dans la région d'Atsinanana, 38,5% des démunis de la commune d'Ampitatafika dans la region de Vakinakaratra).

**Tableau 9 : Situation d'indigents dans les communes**

	Nombre total d'indigents pris en charge par le système de santé de base (total de la région)		Nombre des personnes ayant utilisé les Consultations Externes dans les districts des régions		Nombre de bénéficiaires inscrits par les Communes sur le fonds d'Equité		Nombre d'indigents pris en charge sur fond d'équité au niveau des CSB		Total des fonds d'équité utilisés dans les CSB (Total de la région)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Atsimo-Andrefana	4,877	2,916	343,885	411,967	9378	5334	4289	2495	3,677,917	2,971,230
Menabe	283	435	135,597	177,529	966	2350	283	435	1,683,945	3,808,209
Anosy	2,633	1,626	211,237	200,922	527	5,249	2,633	1,626	42,608,000	38,276,000
Analanjirifo	1,868	2,065	114,174	162,050	6,904	5,854	1,868	2,065	2,358,769	2,998,792
Sava	984	1,085	199,813	263,105		3360	351	583	915,456	1,185,299
<b>Total</b>	<b>10,645</b>	<b>8,127</b>	<b>1,004,706</b>	<b>1,215,573</b>	<b>17,775</b>	<b>22,147</b>	<b>9,424</b>	<b>7,204</b>	<b>51,244,087</b>	<b>49,239,530</b>
Remarque	<b>-23.7%</b>		<b>20.9%</b>		<b>24.6%</b>		<b>-23.6%</b>		<b>-39.1%</b>	

Pour améliorer la gestion des ressources financières disponibles au niveau des formations sanitaires de base, les cinq régions ont organisé en 2013 avec l'appui des EMAD des audits financiers dans les CSB1 et CSB2. Les détails issus de ces audits ont été décrits dans le rapport précédent. Les DRSP et les SDSP s'attèlent actuellement à mettre en place l'appui nécessaire pour corriger les déficiences constatées avec l'aide des ATDs. Par ailleurs, le projet appuie la supervision des EMAD pour le suivi de la gestion des fonds de l'état, ceux issus du FANOME et du FE. Des sessions de formation des COGE ont également eu lieu pour améliorer la capacité de leurs membres dans le suivi et la gestion de tous les fonds au niveau des CSBs. Les quatre nouvelles régions vont également organiser des audits en début 2014.

En vue d'une sensibilisation sur le FE et assurer la transparence sur la gratuité des médicaments pour les démunis, l'étude pour élaboration du contenu des affiches sur la sensibilisation des Fond d'Equité avec une participation de communautaire et démunis sera réalisé à mai 2014 en collaboration avec DDS.

## 5. Suivi et évaluation du projet

Lors de la réunion du 2ème comité de pilotage du projet, les deux points clés concernant les indicateurs de PASSOBA ont été soulignés à savoir : (i) l'impossibilité de révision des indicateurs, même après la mission ROM, (ii) la nécessité d'arriver à la compréhension commune sur les définitions et sur le mode de calcul des indicateurs via une réunion technique tripartite UE-UNICEF-MINSANP. Faisant suite à la recommandation du 2me comité de pilotage, le manuel des indicateurs PASSOBA a été finalisé et validé entre la tripartite UE-UNICEF-MINSANP (DEP, DDS et DSI), et ce guide a été partagé aux directions centrales et aux ATR et CR pour le partage avec les équipe MINSANP dans les régions. Pour les nouvelles régions d'extension du projet PASSOBA (Betsiboka), un test sur l'outil existant au niveau de MINSANP (la grille de supervision intégrée pour le bureau de santé du district et CSB) a été réalisé en vue de simplifier cette grille (la grille actuelle est de plus de 29 pages) et d'avoir une approche d'utilisation systématique pour suivre les recommandations. En vue d'améliorer la qualité des données sur les indicateurs de PASSOBA, dont la plupart sont disponible à travers GESIS, le module de formation sur les responsable GESIS et

FANOME de SDSP et DRSP a été développé en collaboration avec DSI et DEP. La formation a été réalisée dans la région Betsiboka et celle des autres régions sera réalisée après la validation du PTA 2014.

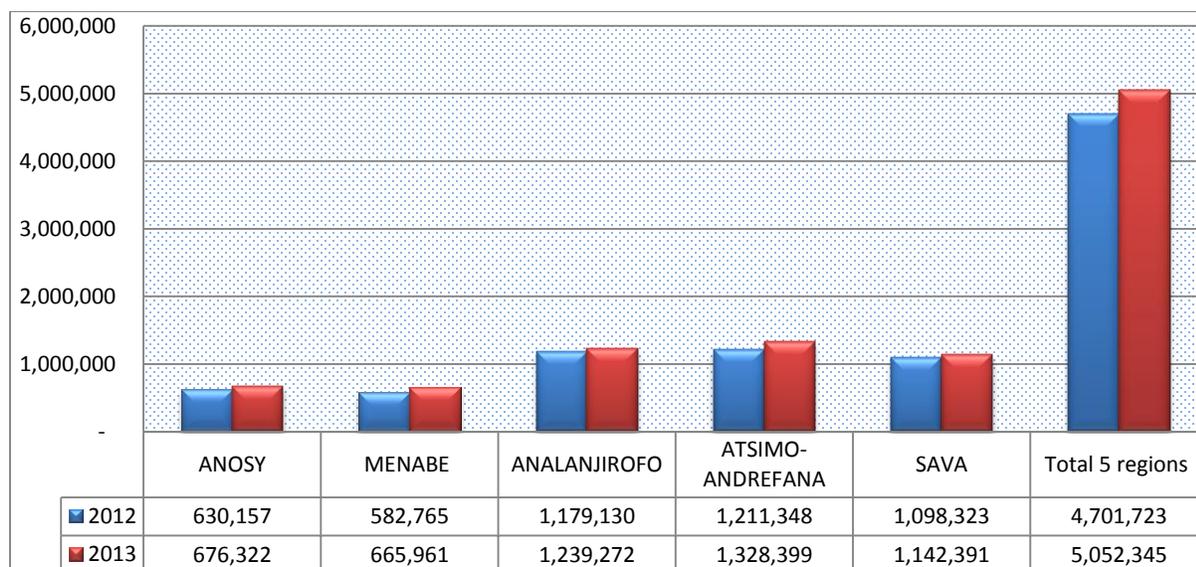
Afin de vérifier les résultats des travaux des ATDs, un modèle de rapports mensuels des ATDs a été développé en février 2012. Ce canevas a été révisé et amélioré en tenant compte des points suivants ; (i) la non duplication des rapports existants comme le RMA, le rapport FANOME, (ii) l'obtention des informations sur les indicateurs PASSOBA, qui ne sont pas disponibles au niveau du MINSANP, (iii) la simplification des formats de rapport mensuel ATDs pour l'imprimer et le remplir à la main quand on est sur terrain. D'autres outils ont été également développés par les ATR et les CR selon les besoins concernant les travaux quotidiens y compris le Rapport mensuel d'utilisation des motos.

#### ***Suivi des quelques indicateurs par région.***

Les graphiques ci-dessous montrent les progrès réalisés pour les neuf indicateurs particuliers du projet. Les informations de 2013 couvrent toute l'année et ont été analysées et comparées par rapport au baseline de 2012. La source d'information est essentiellement le RMA/SIG obtenu à partir des régions. Il s'agit de:

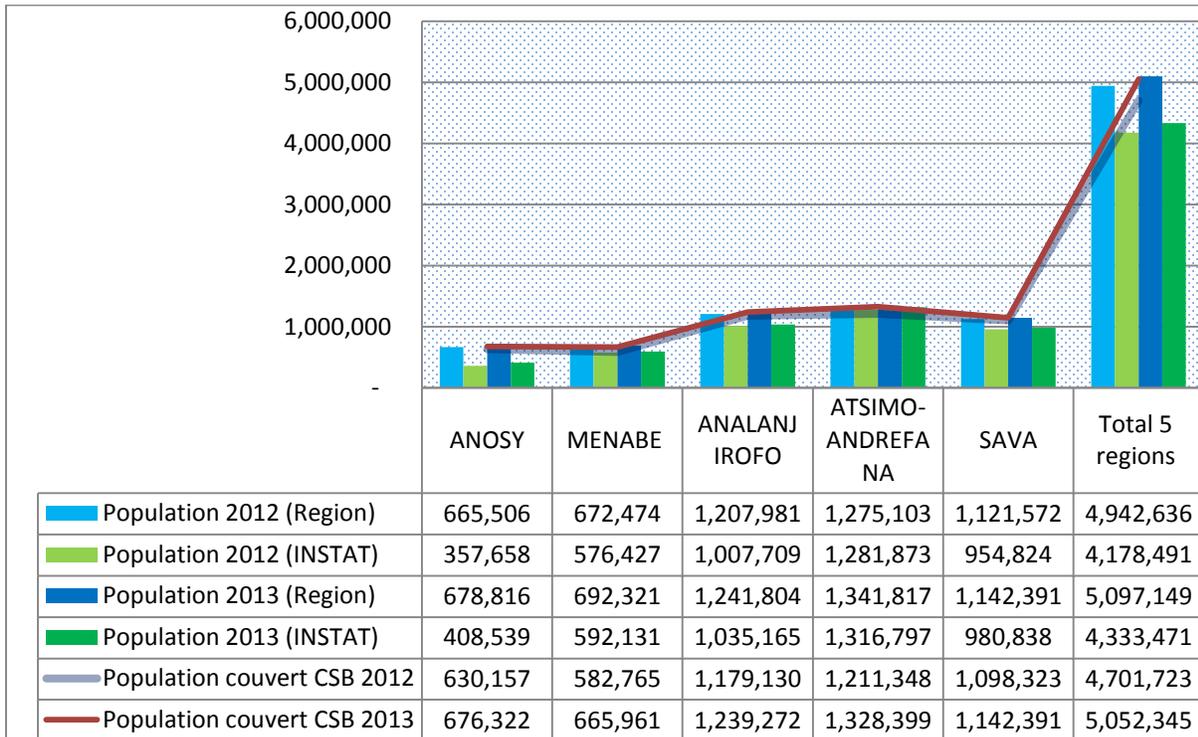
- Augmentation de 8% de la couverture de la population en CSB fonctionnels
- Augmentation de 8% du taux d'utilisation de la Consultation Externe dans les districts des régions appuyées
- Augmentation de 5% du taux d'utilisation de la Consultation Pré-Natale dans les districts des régions appuyées
- Augmentation de 4% des consultations postnatales
- Augmentation de 7% des consultations pour les enfants de 0 à 5 ans
- Augmentation de 10% des rachats effectués par les PhaGeCom sur recettes du FANOME
- Augmentation de 10% du nombre d'indigents pris en charge par le système de santé de base
- Augmentation de 10% de l'utilisation des fonds d'équité
- Augmentation de 4% de taux de couverture en CPN 4.

**Graphique 2: Population couverte en CSB fonctionnels**



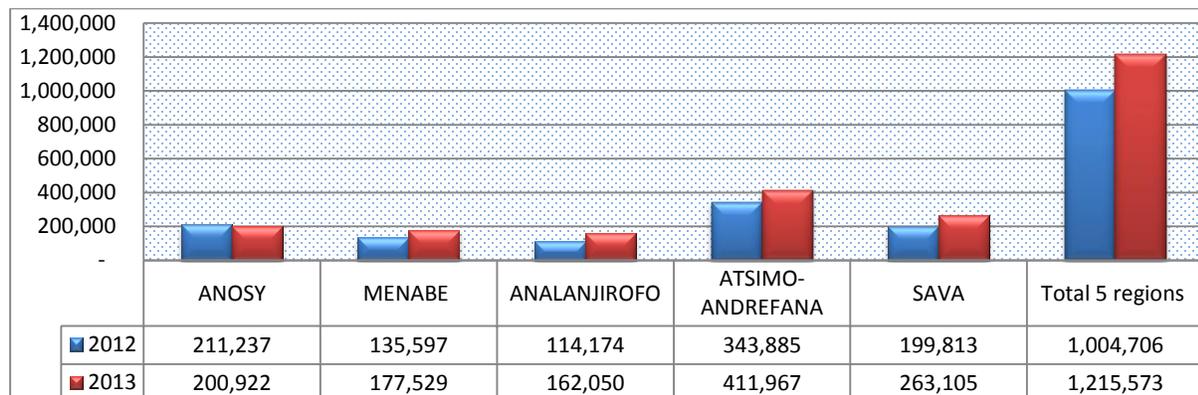
D'une manière générale, avec la réouverture des CSB fermés au début du projet, la population couverte par les CSB fonctionnels augmente dans toutes les cinq régions soit environ une augmentation de 7.5% (initialement prévu 8% pour la première année).

**Graphique 3: Population totale de la région**



Nous avons inséré ce graphique pour montrer les discordances entre les données de population issues de l'INSTAT et celles issues des réalités des régions. En effet l'utilisation de l'une ou l'autre donnée comme dénominateur pour calculer les indicateurs peut biaiser l'analyse des progrès. Il est à noter que le nombre de population proposée par l'INSAT pour 2014 est inférieur à celle de 2012. Le calcul et l'analyse des indicateurs pour 2014 demanderont donc plus d'attention. Une discussion sur le calcul de dénominateur sera menée entre l'INSAT, le MINISANP (DSI) et l'UNICEF/PASSOBA pour déterminer la source et les raisons de ces discordances pour savoir si ce sont juste des erreurs que l'on peut corriger ou bien si ce sont deux systèmes très différents de calcul du dénominateur.

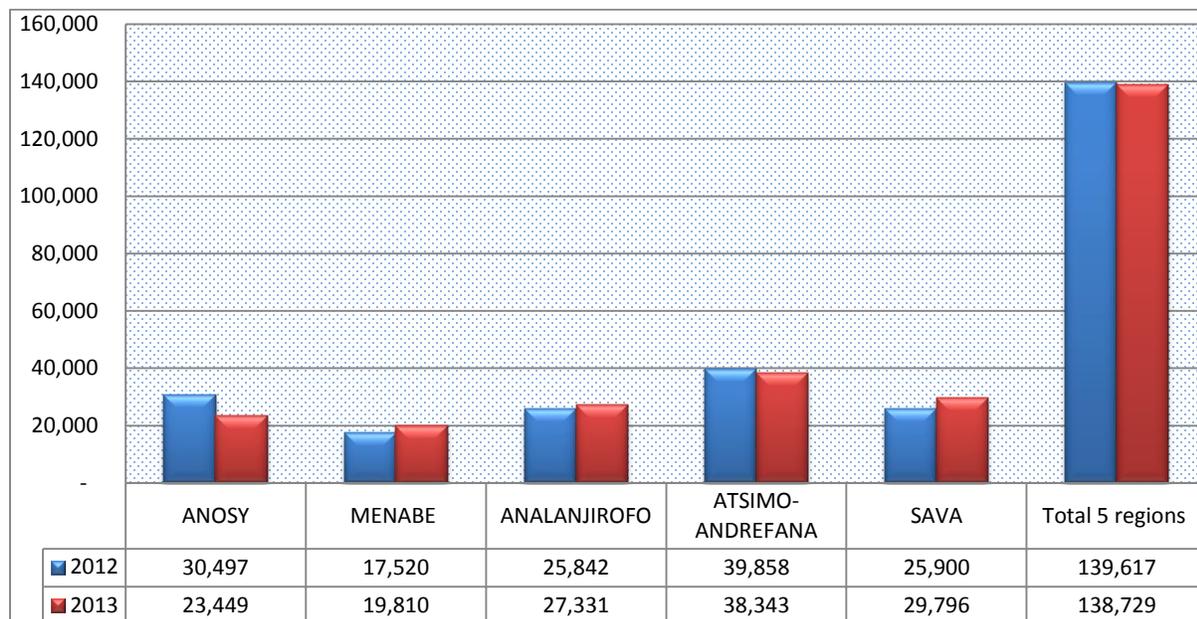
**Graphique 4: Nombre des personnes ayant utilisé les Consultation Externe dans les districts des régions**



Les consultations externes de la population ont aussi augmenté en chiffre absolu dans toutes les régions sauf dans la région d'Anosy probablement à cause de l'instabilité sécuritaire dans la région. Néanmoins la moyenne des cinq régions pour la première année de mise en œuvre reste augmentée à environ 20% (prévu 10%). L'ouverture

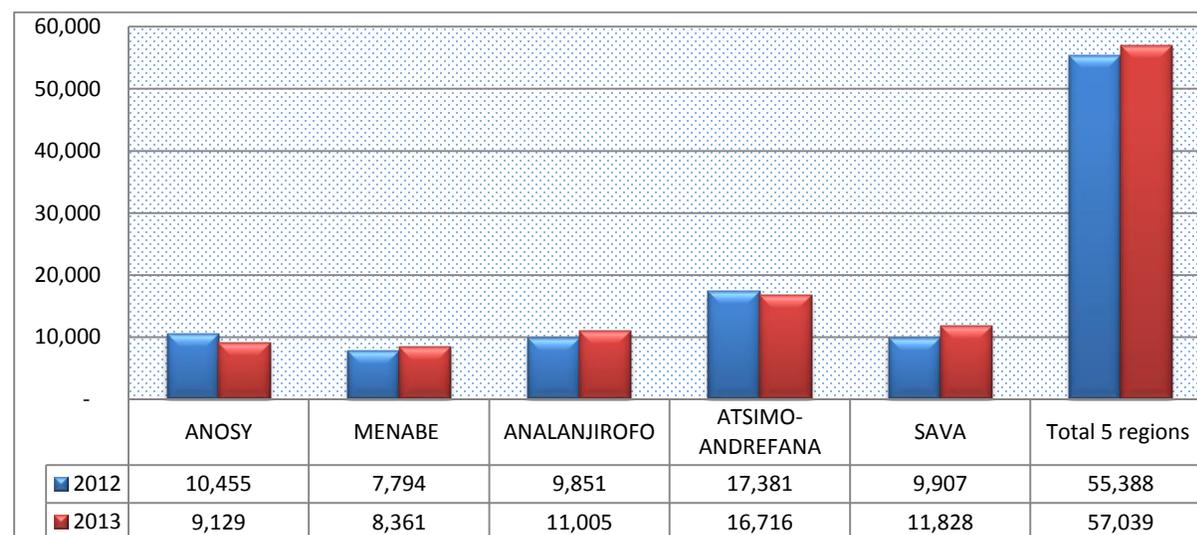
des CSB qui étaient fermés depuis plusieurs années, la présence beaucoup plus régulière du personnel dans les centres avec probablement l'amélioration de la qualité des soins peuvent expliquer cette augmentation.

**Graphique 5: Nombre des femmes enceintes ayant utilisées les CPN1 dans les districts des régions appuyées.**



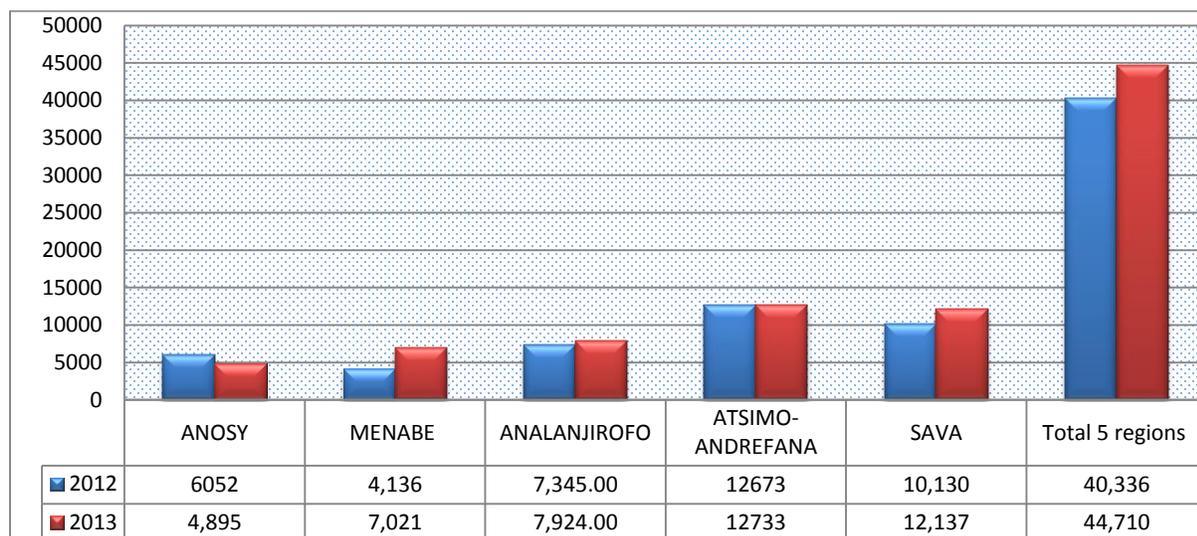
Les consultations prénatales sont généralement élevées dans l'ensemble des régions. Néanmoins, les chiffres absolus montrent une légère baisse de -0.6% par rapport à 2012 en particulier pour les régions d'Anosy et d'Atsimo-Andrefana.

**Graphique 6: Nombre des femmes enceintes ayant utilisées les CPN4 dans les districts des régions appuyées.**



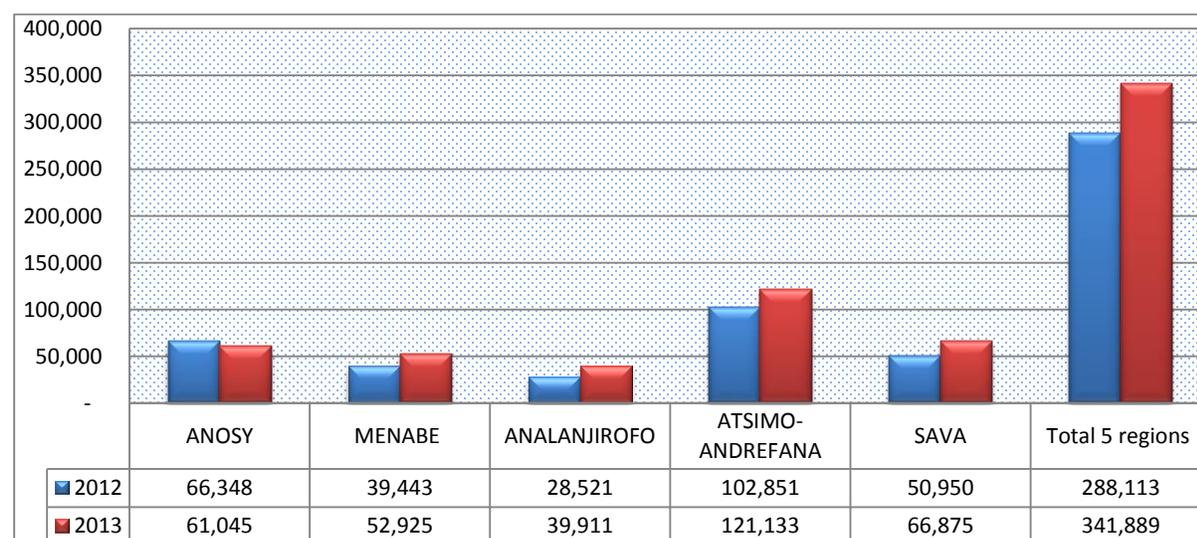
Les CPN4 en chiffre absolu ont sensiblement augmenté. On enregistre une augmentation de 3% au moment où la cible prévue pour la première année était à 4%. Cela témoigne de l'amélioration des services de base offerts à la population. Il est tôt de conclure que les seuls facteurs expliquant cette augmentation est la mise en place du projet. Par ailleurs, ce taux sera comparé lors des prochains rapports avec le niveau des accouchements assistés.

**Graphique 7 : Nombre des accouchées ayant suivies les consultations postnatales**



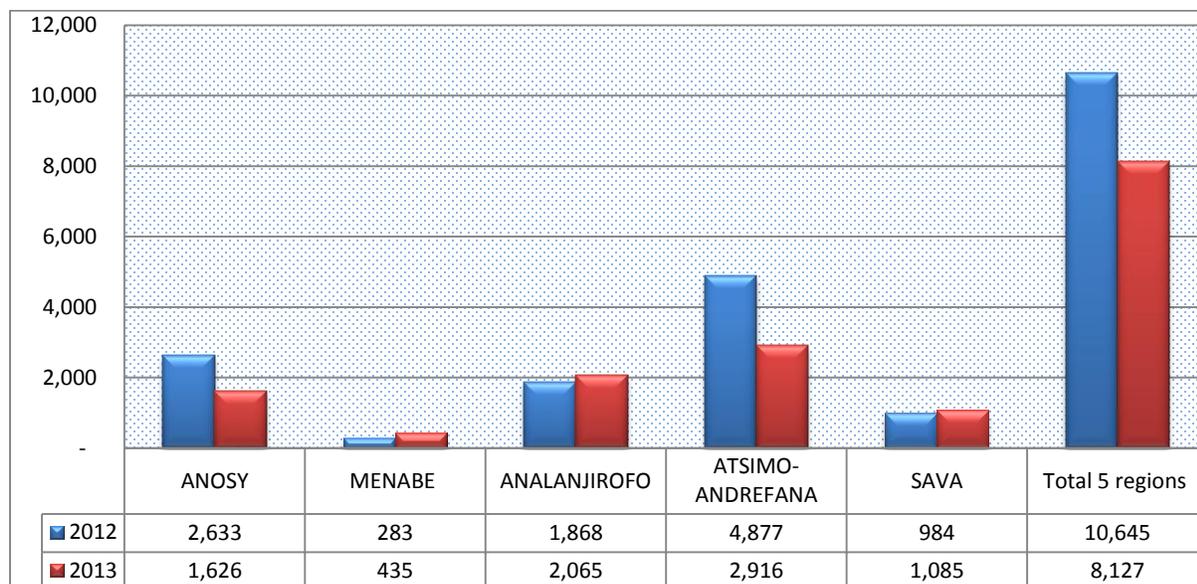
Les consultations post-postnatales ont également sensiblement augmenté au cours de cette première année de mise en œuvre allant jusqu'à 11% (cible attendu 4%).

**Graphique 8 : Nombre des enfants de 0 à 5 ans ayant effectués au moins une consultation dans les CSB (total de la région)**



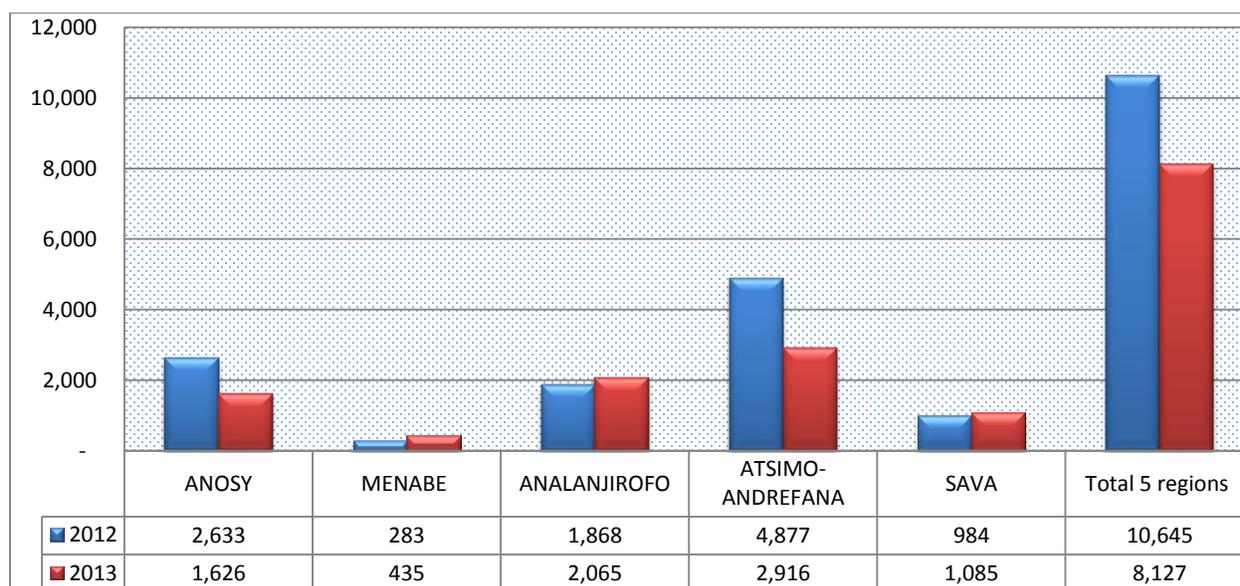
Comparant les deux périodes de 2012 et 2013, le nombre d'enfants de moins de cinq ans ayant effectué une consultation externe a aussi augmenté de presque 19% (le cible étant de 7%).

**Graphique 9 : Montant total des rachats effectués par les PhaGeCom sur recettes du FANOME (total de la région)**



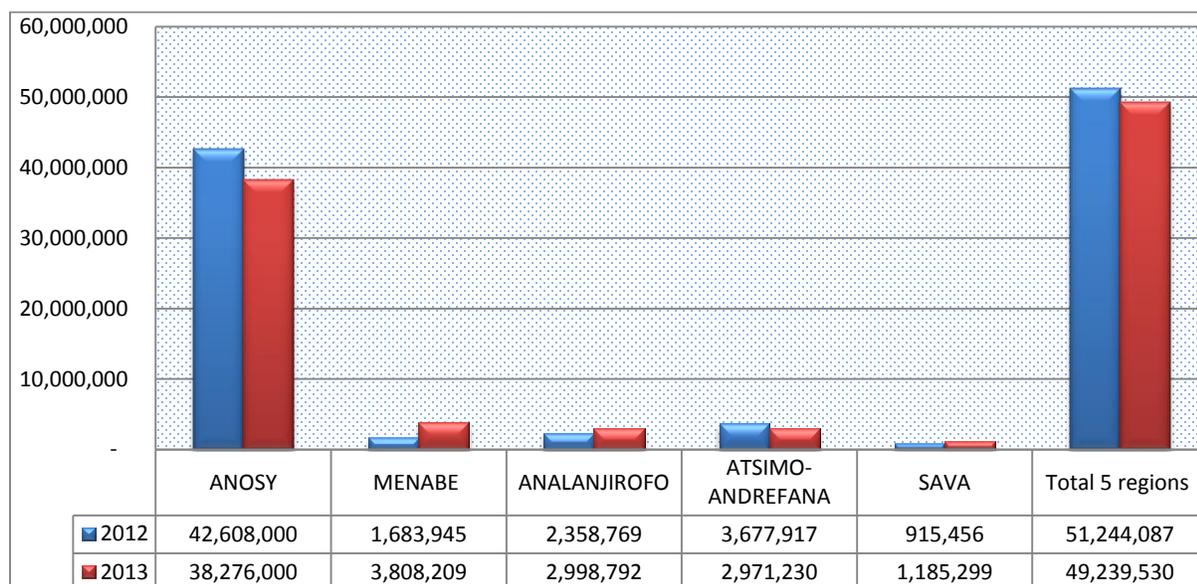
Le projet fait face encore à l'obtention des données fiables quant à la question des recettes et dépenses des CSB en particulier celles liées à la gestion des médicaments. La baisse constatée dans ce graphique peut ne pas être comparable à la réalité. Des efforts supplémentaires sont donc nécessaires pour arriver à faire l'analyse sur le fonctionnement du FANOME.

**Graphique 10: Nombre total d'indigents pris en charge par le système de santé de base (total de la région)**



Les communes et les Fokontany avec l'aide des ATD ont accentué les efforts pour actualiser les listes des bénéficiaires et des démunis, mais les résultats ne sont pas encore perceptibles. Il faut noter que les listes des années antérieures y compris 2012 étaient dans la plupart des cas des estimations. En effet, il a été rapporté une réticence importante à se faire répertorier sur ces listes. Les données montrent un recul du nombre d'indigents en 2013 par rapport à 2012 soit -23.7% (cible 10%).

**Graphique 11: Total des fonds d'équité utilisé dans les CSB (Total de la région)**



L'utilisation des fonds d'équité reste faible en général (-10%), car selon les données disponibles, les subventions de l'état n'ont pas été reçues à temps ou pas du tout. Les fonds d'équité restent toujours très peu utilisés en particulier dans toutes les régions; ceci par le fait de la faible diffusion de l'information au niveau de la communauté. Il est important de faire des campagnes d'information pour assurer que la population connaît l'utilité de ces fonds. L'équipe PASSOBA va focaliser ses interventions dans ce secteur au cours de la deuxième année.

D'une manière générale, l'analyse de ces graphiques montre certaines incohérences issues de RMA quant à l'ajustement des dénominateurs en fonction des périodes de rapport (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel). Ceci constitue une priorité de l'appui de PASSOBA dans le domaine de suivi & évaluation.

**Tableau 10: Baseline 4 nouvelles régions**

Ce tableau présente à titre indicatif les indicateurs et baseline de l'objectif particulier du projet des quatre nouvelles régions. La totalité des indicateurs du cadre logique sont présentés dans l'annexe à ce rapport.

	<b>ATSINANANA</b>	<b>BETSIBOKA</b>	<b>BOENY</b>	<b>VAKINAKARATRA</b>
<b>Population (nombre des personnes) couverte en CSB fonctionnels</b>	<b>1,308,548</b>	<b>316,168</b>	<b>705,585</b>	<b>1,964,085</b>
<i>Population totale de la région</i>	<i>1,337,109</i>	<i>324,849</i>	<i>729,280</i>	<i>2,027,097</i>
<i>Population totale de la région ( INSTAT)</i>	<i>1,270,721</i>	<i>293,531</i>	<i>799,700</i>	<i>1,803,364</i>

	<b>ATSINANANA</b>	<b>BETSIBOKA</b>	<b>BOENY</b>	<b>VAKINAKARATRA</b>
<b>% de couverture de la population en CSB fonctionnels (Dénominateur : Source Région)</b>	97.9%	97.3%	96.8%	96.9%
<b>% de couverture de la population en CSB fonctionnels (Dénominateur : Source INSTAT)</b>	103.0%	107.7%	88.2%	108.9%
Nombre des personnes ayant utilisé les Consultations Externes dans les districts des régions	518,649	95,460	416,415	594
Total des fonds d'équité utilisé dans les CSB (Total de la région)	7, 793,806	15, 882,798	71, 245,212	13, 028,598
Nombre des femmes enceintes ayant utilisées les CPN4 dans les districts des régions appuyées.	11,287	3,251	11,505	18.843
Nombre de CSB fonctionnels dans les zones d'intervention du programme.	165	52	90	138
Nombre de CSB total (fonctionnels et non-fonctionnels)	174	58	99	145
Nombre de CSB fermés	9	6	11	8
Nombre d'accouchements assistés dans les formations sanitaires	10,566	3243	10,204	17.273

Contrairement aux multiples outils existants pour l'ATD, il n'y avait pas de canevas des rapports pour ATR et CR. En vue de suivre et de s'assurer de la qualité du travail sur terrain et la gestion des données pendant la phase de mise en œuvre, ainsi que de la qualité de l'analyse et de la facilité de compréhension sur le terrain, un canevas de rapport mensuel de région a été développé avec les annexes pour suivre les indicateurs et l'état des exécutions financière et a été proposé. Ce canevas a été amélioré sur base des feedbacks reçus de terrain et est actuellement en cours d'utilisation. Il fait un point complet mensuel du niveau de réalisation des quatre résultats du projet, identifie les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre, propose des pistes d'amélioration pour le prochain mois en 2014. Ce rapport répertorie aussi les missions mensuelles de terrain pour l'ensemble de l'équipe de terrain.

## 6. Etat d'exécution financière

Suite à l'extension du projet PASSOBA dans quatre nouvelles régions à savoir Boeny – Betsiboka – Atsinanana - Vakinankaratra, le budget total du projet a été réajusté. En effet, suivant l'avenant à la convention de contribution no.001 signé le 27 décembre 2013 le montant total du budget s'élève désormais à 31,750,000 Euros alors qu'il était de 21,800,000 Euros au début du projet. La répartition entre les rubriques budgétaires est présentée ci-dessous.

**Tableau 11 : Financement- Budget Total 3 ans (In Euro)**

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

**Tableau 12 : Utilisation des fonds pour la période allant du 01er Octobre 2012 au 27 Février 2014 exprimé en EURO<sup>7</sup>**

Rubrique	Budget	IN EURO		
		Actual Expenses in EUR	Legal Commitments in EUR	TOTAL
1-Ressources Humaines	5,293,519	1,232,876	6,614	1,239,490
2-Déplacements	79,940	15,142	-	15,142
3-Equipements et Fournitures	726,922	349,225	7,543	356,768
4-Bureau- Local	200,436	66,605	-	66,605
5-Autres couts-Services	420,000	35,626	23,468	59,094
6- Soutien SALAMA	6,000,000	-	-	-

<sup>7</sup> L'UNICEF a utilisé le taux de change officiel des Nations Unies de 1.32574 correspondant au taux moyen avec lequel les tranches de financements ont été enregistrées sur le compte bancaire de l'UNICEF.

7-Soutien aux DRSP-SDSP	16,775,158	2,002,034	39,659	2,041,694
9- Imprévus ( Extension)	176,923			-
<b>TOTAL</b>	<b>29,672,897</b>	<b>3,701,508</b>	<b>77,284.84</b>	<b>3,778,793.06</b>

**Recovery Cost (max. of 7% of Total)**

**2,077,102.82**

**264,515.51**

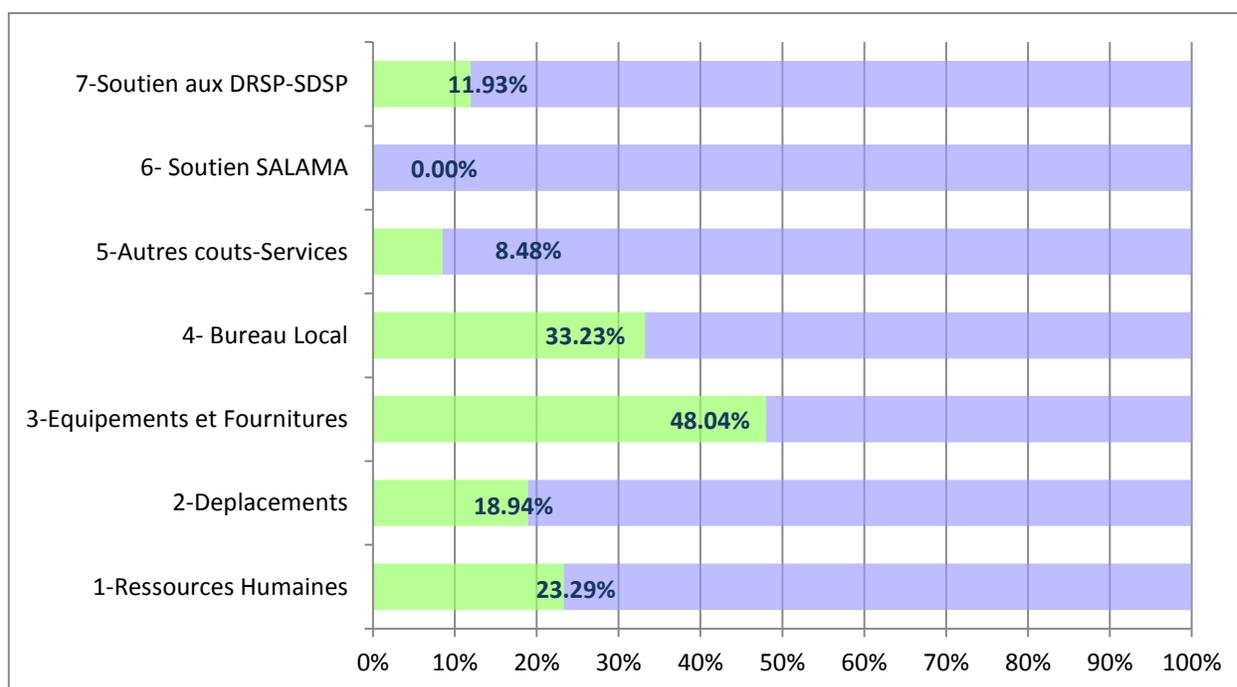
**Utilized Funds**

**4,043,308.57**

L'utilisation des fonds à la période du 1<sup>er</sup> Octobre 2012 au 27 Février 2014 est de 4, 043, 308,57 Euros (soit 615,515.75 Euro pour la période de ce rapport c-à-d entre 21/11/2013 et 25/02/2014). Ce montant est constitué respectivement des « Dépenses réelles » de 3, 701,508 Euros, des « Obligations légales » de 77,284.84 Euros, ainsi que la part de frais Administratifs valorisés à 264,515.51 Euros.

- Les dépenses réelles ici correspondent aux charges effectives du projet.
- Les « Obligations légales » qui s'élèvent à 77,284.84 Euros sont constituées des « Bon de Commande » que l'UNICEF a contractés pendant cette période et dont les paiements interviendraient postérieurement. Les commandes en cours sont essentiellement constituées des frais de transits et de transports des articles commandés pour le projet.
- En ce qui concerne la Charge Administrative de 264,515.51 Euro, celle-ci correspond à la proportion de dépenses inscrites dans le budget à hauteur de 7% des dépenses engagées sur la période.

**Graphique 12 : Pourcentage d'utilisation par rubrique par rapport au Budget Total des trois ans**



Le graphique ci-dessus montre la proportion de chaque rubrique de dépenses comparée au budget total du projet pour les trois ans incluant le budget des quatre nouvelles régions. Toutes les rubriques budgétaires présentent actuellement des balances positives. Avec l'augmentation du budget total liée à l'extension du projet dans quatre nouvelles régions, le taux d'exécution financière semble relativement bas pour certaines rubriques comme la rubrique 3 liée aux équipements et fournitures. Les dépenses liées à l'appui de SALAMA sont toujours à zéro, mais pourront rapidement augmenter après l'étude financière lancée. Par ailleurs, le graphique fait ressortir aussi que les nouvelles régions n'ont pas encore pratiquement reçu les financements pour les activités du PTA 2014.

Cette période de rapport est caractérisée par une « fausse » impression de faible utilisation des ressources (seulement 615,515.75 Euro), mais le gros des dépenses n'est pas encore reflété dans le rapport financier. Il est ainsi envisagé l'accélération des décaissements au second trimestre 2014 et l'envoi au cours de ce trimestre d'une demande de paiement de la troisième tranche.

## 7. Contraintes, leçons apprises et recommandations

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

- Du retard considérable pris par le projet dans l'appui à la gestion des intrants pharmaceutiques nécessaires au fonctionnement des FOSA de base. Un MOU a été signé entre Le MINISANP, l'UNICEF et SALAMA pour améliorer la gestion logistique des médicaments ainsi que la gestion financière y afférente au niveau de SALAMA et de tout le long de la chaîne d'approvisionnement et de distribution afin d'assurer leur disponibilité au niveau des formations sanitaires du pays au bénéfice de la population. Ce MOU va permettre d'accélérer la mise en œuvre des activités planifiées dans le résultat 3 du projet. Entretemps et faisant suite aux scénarii élaborés pour appuyer la SALAMA, le projet a initié des interventions spécifiques pour soutenir sa trésorerie.
- D'une forte lenteur pour le recrutement des ressources humaines qui s'est encore une fois confirmée dans l'extension des 4 régions et pour le recrutement du remplacement de l'AT auprès de la Salama. L'UNICEF a déployé son personnel dans les nouvelles régions afin de démarrer les activités et d'appuyer ces régions dans la détermination des besoins en Ressources Humaines (Médecins et paramédicaux). Le retard s'estompe progressivement.
- De la démotivation et la faible implication des médecins inspecteurs dans le processus d'analyse de situation de leur district sanitaire et dans l'élaboration des PTAs basés sur le résultat. A travers la mise en œuvre du monitoring pour l'action (la réunion périodique entre ATD, ATR et EMAD et à tous les niveaux) et l'organisation des supervisions intégrées, les MI sont impliqués dès le départ dans le processus de monitoring et d'analyse de situation qui servira pour l'élaboration des PTAs de qualité basée sur le résultat et la réalité sur le terrain.
- De la difficulté de trouver du personnel en particulier des médecins qui acceptent l'affectation dans les zones enclavées. Le projet a commencé l'amélioration des conditions de travail du personnel au niveau des

CSB en les mettant aux normes du ministère de la santé grâce à une dotation des matériels et équipements. D'autre part, la finalisation des kits d'installation et de fidélisation du personnel dans les zones enclavées a été achevée et sera mis en place dès qu'il y a un consensus avec le Ministère de la santé sur la pérennisation. Le projet va lancer aussi un modèle de prime à la performance dans la région d'Atsimo-Andrefana pour motiver le personnel et assurer qu'il accepte de rester dans les zones difficiles.

- De la résistance des populations démunies à être recensées et inscrites sur les listes des personnes nécessitant une assistance spéciale pour améliorer l'accès aux soins de santé de base, car dans l'opinion publique cela constituerait un déshonneur pour eux et pour leur famille. Parfois, ils ne connaissent tout simplement pas l'existence et les avantages des Fonds d'Équité comme le montre l'enquête précédente conduite par GAVI en 2012 (voir le point 4.6 du présent rapport). Le projet va lancer bientôt une étude attitude et pratique pour compléter celle de GAVI, mais aussi pour élaborer des messages et des outils audio-visuels afin de sensibiliser la communauté et les familles sur les fonds d'équité.
- De la faible capacité de mise en œuvre des activités planifiées dans les PTAs par les cinq régions et surtout de la multiplication des activités non planifiées directement imposées par les partenaires ou le niveau central qui constitue un problème. Le projet PASSOBA en coordination avec les directions centrales du Ministère de la santé en particulier la DEP a initié l'exercice d'harmonisation du processus de planification et celle de programmation budgétaire incluant la révision et la simplification des outils. Ceci sera suivi par une large dissémination et diffusion à tous les niveaux avec la participation de tous les acteurs impliqués. Ceci aidera les régions dans l'exécution des activités planifiées.
- De l'insécurité en particulier dans les régions du Sud (Anosy et Atsimo-Andrefana) qui a ralenti dans une certaine mesure la mise en œuvre du projet dans cette partie du pays. Dans la région d'Anosy, cette instabilité crée un réel problème d'instabilité du personnel dans les centres de santé. Le projet PASSOBA à travers les ATD, ATR et CR va initier un dialogue avec les leaders communautaires et les responsables de la gendarmerie dans ces régions pour voir comment protéger les personnels des centres de santé.
- De l'absence d'harmonisation des canevas de rapports périodiques des données sanitaires au niveau des CSB et communautés. En collaboration avec autres partenaires techniques et financiers, les canevas de rapports ont été harmonisés. Concernant le canevas de rapports au niveau des communautés, le test sur le terrain sera réalisé dans les régions de Betsiboka et Analanjirofo le mois de mai. Il est essentiel que le logiciel GESIS soit mis à jour pour bien saisir les rapports intégrés des CSBs.
- De la reprise progressive des personnels soignants par le MINSANP. Il a été retenu que toutes les ressources humaines recrutées dans le cadre du projet puissent être absorbées par la fonction publique à la fin du projet. Raison pour laquelle seuls les sortants des IFIRP et des écoles homologuées par le MINSANP sont recrutés dans le cadre du projet. Une des questions principales restent comment les absorbés petit à petit. Le projet va continuer le plaidoyer pour que l'ensemble des recrutés soient repris par la fonction publique en 2014 et 2015. Le projet PASSOBA appuie aussi toutes les régions pour qu'elles finalisent leurs plans régionaux de gestion des RH.
- De l'absence d'un recensement récent qui affecte l'harmonisation des dénominateurs entre l'INSTAT et MINSANP. Ce qui pourrait biaiser l'analyse des données et des progrès. Il est à noter que le nombre de population proposée par l'INSTAT pour 2014 est inférieur à celle de 2012. Le calcul et l'analyse des indicateurs pour 2014 demandera donc plus d'attention. Le projet PASSOBA est en contact avec l'INSTAT

et la DSI pour identifier les causes de cette divergence. Une analyse approfondie sur le calcul de dénominateur est en cours dans la région Betsiboka.

Avec la crise qu'a connu le pays et l'arrêt de l'appui budgétaire par les principaux partenaires, la plupart des directions centrales n'ont plus de ressources nécessaires pour mener correctement leur activité, en particulier la finalisation de directives centrales (le manuel des gestions de la région), la multiplication des outils de collecte de données (RMA par exemple), l'actualisation du guide de suivi-évaluation, la supervision des activités etc...

## 8. Plan futur

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

- **L'amélioration du processus de planification en assurant une bonne implication de tous les acteurs du secteur de la santé.** Le projet continuera à appuyer la planification ascendante avec des outils simplifiés et harmonisés. Le processus de planification devra être couplé avec l'exercice de budgétisation pour 2015. Le projet PASSOBA continuera de travailler en collaboration avec la DEP pour réviser les différents canevas de planification et aidera à l'élaboration d'un manuel de planification ascendante. Tout ceci sera achevé avant la fin du mois de Juillet 2014.
- **La poursuite du recrutement du personnel médical et paramédical dans les quatre nouvelles régions d'extension du projet.** Le projet assurera que le maximum des CSB fermés pour raison des RH sont rouverts en 2014.
- **Le renforcement du système de suivi et évaluation de Madagascar avec la focalisation sur l'amélioration du système de collecte des données statistiques à tous les niveaux, la révision ou l'actualisation des principaux documents et outils de travail.** Un accent particulier sera mis sur la simplification et l'harmonisation du système de collectes, l'analyse et la diffusion des données pour la prise de décision et l'action notamment par l'intégration des rapports mensuels à remplir par CSB, l'harmonisation de rapport mensuel des activités au niveau des communautés à remplir par AC, et l'actualisation de la Carte Sanitaire Madagascar qui va permettre de fournir les indicateurs de performances pour MINSANP et les partenaires.
- **La recapitalisation de SALAMA** constituera un axe prioritaire au cours du deuxième semestre de la deuxième année de mise en œuvre en se référant aux recommandations de l'analyse technique et de viabilité financière de la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels. D'autre part, l'analyse des textes juridiques réglementant le fonctionnement de SALAMA seront aussi étudiés pour enfin de compte définir un cadre juridique clair sur le système global d'approvisionnement en médicaments. En attendant les conclusions de l'étude, le projet va initier un appui d'urgence à la SALAMA pour alléger ses charges en payant d'une part les salaires des employés et d'autre part le coût du loyer des entrepôts pour une période d'une année. D'autres mesures seront aussi mises en application dans le même ordre d'idée : achat des médicaments à la SALAMA ainsi que des camions pour assurer la distribution à travers le pays.
- Un accent particulier sera mis sur **les plans régionaux de ressources humaines** tenant compte des réalités de chaque région. Ce plan contiendra entre autres les modalités d'octroi des kits d'installation et de prime à la performance dans le cadre de la motivation du personnel. Il va s'assurer qu'un accord soit passé avec la DRH pour que le ministère de la santé poursuive cette motivation du personnel au-delà du projet PASSOBA. Il va appuyer la région d'Atsimo-Andrefana pour lancer le projet pilote de prime à la performance en coordination avec les initiatives pilotes de la Banque Mondiale et de l'AFD
- **Le Renforcement des capacités des EMAR et EMAD** sera soutenu pour s'assurer l'appropriation et l'amélioration des compétences managériales des districts et régions sanitaires.

- Enfin, poursuivre l'appui au démarrage du projet PASSOBA **dans les quatre nouvelles régions d'extension** à savoir Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra et Atsinanana avec les mêmes objectifs et résultats que dans le projet initial et assurer que ces régions atteignent les résultats escomptés.

## 9. Visibilité

Le plan de communication du PASSOBA-Santé a été ajusté en fonction du nouveau contexte constitutionnel à Madagascar, de l'extension du Programme à quatre nouvelles régions et compte-tenu des réalités du terrain. D'autres activités y ont été intégrées. Outre les ateliers de radios locales, des formations de journalistes pour les inciter au principe de redevabilité vis-à-vis des bénéficiaires seront aussi réalisés. Un concours de meilleurs reportages sur PASSOBA-Santé sera aussi organisé. Par ailleurs, les brochures seront rééditées pour intégrer les nouvelles régions. Outre les brochures, des affiches plus visibles et véhiculant des messages plus accessibles à la population seront réalisées pour être collées dans les CSBs (voir plan de communication).

Compte-tenu de l'extension du programme aux nouvelles régions, une mission d'information et de conscientisation des nouvelles régions qui seront réintégrées dans le PASSOBA-Santé a été réalisée à Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra et Atsinanana. C'était une occasion pour faire connaître l'esprit du PASSOBA-Santé et du plan de communication y afférent aux Directions Régionales de Santé et leurs équipes.

Comme prévu dans le plan de communication initial, un photographe international est en cours de recrutement pour produire des vidéos et des photos sur le PASSOBA-Santé. Ses réalisations seront mises sous vidéo de trois minutes et sous diaporama des photos qui seront distribués sous forme de média package et sur le site web.

Par ailleurs, le bulletin numéro 2 du PASSOBA-Santé a été réalisé et publié en 800 exemplaires et une histoire à intérêt humain concernant le PASSOBA-Santé a aussi été intégré dans le site web et sur Facebook.

Un atelier de débriefing des ateliers de radios locales a été réalisé le 23 Octobre 2013. Il a permis de recueillir les plans média proposés par les cinquante-cinq radios et Télévision locales issues d'Analanjirifo, Atsimo-Andrefana, Anosy, SAVA, Menabe. Ils se sont engagés à produire et diffuser 38 magazines, 402 interviews, 252 Témoignages, 665 Chroniques radios, 606 Animation d'antennes, 318 interventions dans le Journal Parlé et 5356 spots concernant le PASSOBA durant la période de Septembre 2013 à Octobre 2014. Des jingles et des supports de sensibilisation en dialectes locales ont aussi été réalisés. Les points forts suivants ont été recueillis concernant les ateliers des radios locales :

- Renforcement des capacités des journalistes locaux,
- Aucune manipulation politique,
- Présence ATR pour l'établissement des premiers contacts, possibilité de discussion et de coordination avec responsables locaux.
- Documents traduits en malagasy, échanges d'expériences, collaboration effective,
- Produits adaptés à la réalité et la culture locale.
- Bonne initiative de la DICOM pour la production de jingles et d'histoires qui ont permis une application concrète des ateliers.
- Bons résultats dans certaines régions : Satisfaction des journalistes par rapport à la possibilité des journalistes d'assister à des événements publics comme celui réservé à accueil de médecin à Ihazoambo le lendemain du regroupement des radios locales, et le FANOME à Vavatenina. Ces événements publics les ont aidés à mieux assimiler les axes du PASSOBA-Santé.

## 10. Remerciements

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