



DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale,
Infanto-Juvénile et de l'Adolescent, et Nutrition

Madagascar

2025-2029

Septembre 2024



Ce document est publié sous la responsabilité du Ministère en charge de la Santé Publique de Madagascar par le biais de la Direction de la Santé Familiale. Tous droits réservés. L'utilisateur peut copier, télécharger ou imprimer le contenu de ce document à titre individuel, y compris des extraits pour un usage non commercial, pour des présentations, des blogs, des sites web et comme matériel pédagogique, à condition qu'il reconnaisse la ligne directrice de l'auteur et ne porte pas atteinte à ses droits d'auteur.

Toute demande d'utilisation à titre public et commercial et tous droits de traduction doivent être soumis au Ministère de la Santé Publique à travers la Direction de la Santé Familiale.

Edition publiée le

©Ministère en charge de la Santé Publique de Madagascar

TABLE DE MATIERES

PREFACE	Error! Bookmark not defined.
Abréviations	5
Liste des tableaux	7
Liste des figures	8
Introduction et Processus d’élaboration et d’adoption du DI SRMNIA-N	10
Evaluation du Cadre d’investissement de la SRMNIA-N 2020-2024 et justification de sa révision	11
I- Contexte	13
1.1. Contexte géo-administratif, socio-démographique et économique	13
1.2. Organisation du système de santé	16
1.3. Offre de soins de SRMNIA-N	17
II- Etat sanitaire et nutritionnel de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent	19
2.1. Mortalité et morbidité maternelle, néonatale et infanto-juvénile	19
2.2. Etat nutritionnel des enfants et des mères	22
2.3. Santé sexuelle chez les adolescents	23
2.4. Autres déterminants de l’environnement de la SRMNIA-N	25
III- Analyse des couvertures en interventions à haut impact	26
3.1. Analyse de la couverture des services de SRMNIA-N	27
3.2. Déterminants de prestations SRMNIA-N accessibles à tous et de qualité	33
3.3. Déterminants d’un environnement favorable pour des prestations SRMNIA-N accessibles à tous et de qualité	37
IV- Elaboration de la théorie du changement et du cadre de résultats	41
4.1. Théorie de changement de la SRMNIA-N à Madagascar	42
4.2. Cadre de résultats de la TDC de la SRMNIA-N à Madagascar	43
V- Priorités stratégiques du DI SRMNIA-N 2025-2029	44
5.1. Vision	47
5.2 Principes directeurs	47
5.3. Stratégies et interventions prioritaires	48
5.4. Groupes cibles et régions prioritaires	58
VI- Scénarii du DI SRMNIA-N 2025-2029	59
6.1. Développement des scénarii	59
6.2. Comparaison des résultats d’impacts et des budgets entre les deux scénarii	59
6.3. Choix du scénario	60
VII- Impacts attendus du DI SRMNIA-N 2025-2029, scénario ciblé	61

7.1. Impacts sur la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile	61
7.2. Impacts sur la nutrition des mères et des enfants	63
7.3. Evolution des couvertures attendues des principales IHI durant la période 2025-2029	64
7.4. Modalités d'amélioration de la mise en œuvre des IHI durant la période 2025-2029	69
VIII- Budgétisation du DI SRMNIA-N 2025-2029	71
8.1. Besoins financiers du DI SRMNIA-N 2025-2029 en fonction du scénario	71
8.2. Ressources potentiellement disponibles pour le DI SRMNIA-N 2025-2029.....	73
8.3. Analyse des écarts financiers.....	74
IX- Mise en œuvre du DI SRMNIA-N 2025-2029	74
9.1. Processus de mise en œuvre du DI SRMNIA-N	74
9.2. Parties prenantes et acteurs de mise en œuvre du DI SRMNIA-N.....	75
9.3. Coordination, suivi et évaluation du DI SRMNIA-N.....	77
Annexes	79
Annexe 1 : Responsabilités et composition du sous-comité financement de la santé.....	79
Annexe 2 : Principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles des prestations communautaires.....	80
Annexe 3 : Principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles des prestations offertes en stratégies avancées.....	83
Annexe 4 : Principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles des prestations offertes par les établissements de premier niveau	85
Annexe 5 : Principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles des prestations offertes par les établissements de référence.....	88
Annexe 6 : Grille de priorisation des huit régions prioritaires pour la SRMNIA-N	92
Annexe 7 : Tableau détaillé du budget du scénario ciblé	93
Annexe 8 : Cadre de performance : Evolution des couvertures des différentes IHI sur la période 2025-2029.....	95
Annexe 9 : Glossaire d'économie de la santé.....	99
Annexe 10 : Liste des formations sanitaires de base au niveau des 8 régions prioritaires	105
Annexe 11 : Liste des parties prenantes ayant participé à la rédaction, à la finalisation et à la validation du dossier d'investissement en SRMNIA-N	150

Abréviations

AC	: Agent Communautaire
AS	: Agent de Santé
CCACD	: Comité de Coordination des Activités Communautaires au niveau des Districts
CCACR	: Comité de Coordination des Activités Communautaires au niveau des Régions
CCDS	: Comité Communal de Développement Sanitaire
CHRD	: Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	: Centre Hospitalier -Universitaire
CI	: Cadre d'Investissement
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGE	: Comité de Gestion
COSAN	: Comité de Santé
CPN	: Consultation Prénatale
CPoN	: Consultation Post-Natale
CSB	: Centre de Santé de Base
CSU	: Couverture Santé Universelle
DCS	: Dépense Courante de Santé
DI	: Dossier d'Investissement
ECV	: Enfant Complètement Vacciné
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EMAD	: Equipe de Management du District
EQUIST	: Outil de développement équitable de stratégies pour sauver des vies
FAF	: Fer Acide Folique
FAR	: Femme en âge de reproduction
FDR	: Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et
ARMMN	néonatale
FS	: Formations sanitaires
GAS	: Gestion des approvisionnements et des stocks
GTT	: Groupe technique thématique
IHI	: Intervention à Haut Impact
IRA	: Infection Respiratoire Aigüe
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MGA	: Ariary Malagasy
MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MJS	: Ministère de la Jeunesse et du Sport

MPPSPF	: Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme
MSANP	: Ministère de la santé publique
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OHT	: One Health Tool
PDSS	: Plan de Développement du Secteur Santé
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PEC	: Prise en Charge
PF	: Planification Familiale
PIB	: Produit Intérieur Brut
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	: Ressource Humaine pour la Santé
RMM	: Ratio de Mortalité Maternelle
RMP	: Revue à Mi-Parcours
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRMNIA-N	: Santé Reproductive Maternelle, Néonatale, Infanto-Juvenile et des Adolescents, et Nutrition
SSP	: Soins de Santé Primaire
SRAJ	: Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes
SRO	: Sachets de Réhydratation Orale
TMI	: Taux de Mortalité Infantile
TMIJ	: Taux de Mortalité Infanto-Juvenile
TMNN	: Taux de Mortalité Néonatale
TPI	: Traitement Preventif Intermittent du Paludisme
USD	: Dollar des Etats Unis
Td	: vaccin antiTétanique et anti-Diphterie
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine
VPH	: Virus Papilloma Humain

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Estimation du nombre de vies sauvées en fonction du budget investi, scénario national, 2025-2029.....	59
Tableau 2 : Estimation du nombre de vies sauvées en fonction du budget investi, scénario ciblé sur les huit régions prioritaires, 2025-2029.....	60
Tableau 3 : Comparaison des impacts et des coûts entre le scénario national et le scénario ciblé sur les huit régions prioritaires, 2025-2029.....	60
Tableau 4 : Prévisions de vies materno-infanto-juvénile sauvées grâce au scénario ciblé de 2025 à 2029	61
Tableau 5 : Evolution des couvertures moyennes (en %) dans les huit régions prioritaires de 2025 à 2029	64
Tableau 6 : Comparaison entre les évolutions d'enveloppes budgétaires des deux scénarii (national et ciblé) de 2025 à 2029	71
Tableau 7 : Estimation des montants (en USD) dépensés en matière de santé durant la période 2022-2023 et en fonction de la composante SRMNIA-N	71
Tableau 8 : Estimation des montants (en USD) dépensés en matière de SRMNIA-N durant la période 2022-2023 et en fonction de la source de financement.....	72
Tableau 9 : Estimation des montants (en USD) dépensés durant la période 2022-2023 et des ressources attendues de 2025 à 2029 en matière de santé et en fonction de la composante SRMNIA-N.....	73
Tableau 10 : Estimation des prévisions de mobilisation des ressources (en USD) en faveur de la SRMNIA-N durant la période 2025-2029 et en fonction de la source de financement	73
Tableau 11 : Estimation des besoins financiers du DI (en USD) en faveur de la SRMNIA-N durant la période 2025-2029 au regard des prévisions de financement et estimation des gaps financiers annuels.....	74

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Situation de la consommation de tabac et d'alcool chez les filles et garçons de 10 à 24 ans.....	15
Figure 2 : Organisation du système de sante à Madagascar	16
Figure 3 : Evolution du ratio de mortalité maternelle (p 100.000 NV) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008) et RGPH 2018	19
Figure 4 : Ratio de mortalité maternelle par région (p 100.000 NV), RGPH 2018	20
Figure 5 : Evolution des taux de mortalité néonatal, infantile et infanto-juvénile p 1000 NV de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021)	21
Figure 6 : Taux régional de mortalité infanto-juvénile (p 1000 NV), EDS 2021	21
Figure 7 : Evolution des prévalences des trois principales causes de mortalité infanto-juvénile (p 100 enfants de moins de 5 ans) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021).....	22
Figure 8 : Evolution des indicateurs nutritionnels chez les femmes de 15 à 49 ans, enceintes ou non (p 100) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021).....	22
Figure 9 : Evolution des indicateurs nutritionnels chez les enfants de moins de 5 ans (p 100) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021).....	23
Figure 10 : Répartition selon le lieu et le sexe de la proportion d'adolescents de 15 à 19 ans ayant déjà eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (p 100) en 2021, EDS 2021	24
Figure 11 : Tendance d'évolution de la fécondité et de l'utilisation de la contraception chez les adolescentes de 15 à 19 ans (p 100) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021)	24
Figure 12 : Taux de fécondité par région chez les adolescents de 15 à 19 ans (p 100), EDS 2021	25
Figure 13 : Evolution de la prévalence contraceptive en méthode moderne (en %) de 1997 à 2021 à Madagascar.....	27
Figure 14 : Evolution de la couverture en suivi prénatal et en vaccination antitétanique (en %) de 1997 à 2021 à Madagascar -EDS (1997, 2003, 2008, 2021).....	27
Figure 15 : Evolution de la couverture en accouchement dans les établissements de santé et en suivi post-natal (en %) de 1997 à 2021 - EDS (1997, 2003, 2008, 2021)	28
Figure 16 : Couverture régionale en accouchement assisté dans les établissements de santé à Madagascar.....	29

Figure 17 : Évolution de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois (en %) de 1997 à 2021 – EDS (1997, 2003, 2008, 2021).....	29
Figure 18 : Proportion régionale des enfants complètement vaccinés (ECV), EDS 2021	30
Figure 19 : Évolution des indicateurs nutritionnels en lien avec l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (en %) de 1997 à 2021 - EDS (1997, 2003, 2008, 2021)	30
Figure 20 : Proportion régionale des enfants de 6 à 23 mois bénéficiant d'un apport alimentaire minimal.....	31
Figure 21 : Évolution de la proportion d'adolescents de 15 à 19 ans utilisant le préservatif en cas de rapport sexuel à risque ou ayant bénéficié de dépistage du VIH (en %) de 1997 à 2021- EDS (1997, 2003, 2008, 2021).....	32
Figure 22 : Proportion de jeunes de 15 à 24 ans ayant eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans ayant utilisé un préservatif en fonction de leur milieu de résidence	32
Figure 23 : Niveaux des déterminants de l'intervention "traceur" : lavage des mains	33
Figure 24 : Niveaux des déterminants de l'intervention "traceur" : vaccination au pentavalent.....	34
Figure 25 : Niveaux des déterminants de l'intervention "traceur" : PEC des MAS	35
Figure 26 : Niveaux des déterminants de l'intervention "traceur" : césarienne.....	36
Figure 27 : Evolution du nombre d'utilisatrices de PF dans les huit régions cibles	62
Figure 28 : Evolution du nombre de cas de diarrhées et d'IRA dans les huit régions cibles durant la période 2025-2029	62
Figure 29 : Evolution du taux de malnutrition chronique et du nombre évité de cas de retard de croissance chez les moins de 5 ans de 2025-2029.....	63
Figure 30 : Evolution du nombre de cas d'anémies et de cas évités d'anémie chez les femmes enceintes des huit régions entre 2025 et 2029	63
Figure 31 : Répartition des montants (en USD) dépensés en matière de SRMNIA-N durant la période 2022-2023 et en fonction de la source de financement	72

Introduction et Processus d'élaboration et d'adoption du DI SRMNIA-N

Le présent dossier d'investissement pour la SRMNIA-N (DI SRMNIA-N) est le résultat d'un processus inclusif ayant duré plus de cinq mois (de février à juillet 2024) avec plusieurs étapes :

- Décision officielle du Ministère de la Santé Publique de réviser le DI pour la SRMNIA-N 2020-2024 pilotée par un dispositif institutionnel composé :
 - du Sous-comité financement chargé du pilotage et de l'adoption finale des produits.
 - du Groupe technique thématique (GTT) chargé du pilotage technique du processus de révision et de la validation technique des différents produits.
- L'évaluation rapide du Cadre d'Investissement (CI) SRMNIA-N 2020-2024 ayant permis de tirer des leçons relatives à son processus d'élaboration, à la mobilisation des ressources, à la mise en œuvre et le suivi et évaluation.
- Le développement des applications spécifiques sur les outils EQUIST et OHT à la suite d'un renforcement des capacités de l'équipe technique et à travers le développement des simulations qui permettent de choisir les zones, les groupes et les couvertures cibles (effets attendus) en fonction de la situation actuelle et des obstacles et contraintes à leur évolution ; ce qui a permis de dégager les impacts attendus ainsi que les ressources à mobiliser et les réformes nécessaires.
- La cartographie de l'ensemble des ressources mobilisées et exécutées en faveur de la santé en général, et de la SRMNIA-N en particulier grâce à une assistance technique – internationale et nationale – qui a conduit un travail de collecte et d'analyse des ressources financières mobilisées et mises en œuvre en faveur de la SRMNIA-N.
- La validation des conclusions de l'analyse de situation de la SRMNIA-N et des choix stratégiques pour le quinquennat futur. Les principaux éléments de l'analyse de situation de la SRMNIA-N ont été analysés et validés au cours d'un atelier national¹ ayant permis de dégager, de manière consensuelle, les principaux goulots d'étranglement, leurs causes immédiates, sous-jacentes et structurelles, et de valider les choix stratégiques du présent DI SRMNIA-N.
- La rédaction du présent DI SRMNIA-N 2025-2029, son partage et sa validation lors de l'atelier national impliquant l'ensemble des parties prenantes tenu le 20 Aout 2024.

¹ Atelier organisé à Antananarivo les 21 et 22 mai 2024

Evaluation du Cadre d'investissement de la SRMNIA-N 2020-2024 et justification de sa révision

L'évaluation rapide du Cadre d'investissement (CI) de la SRMNIA-N 2020-2024 a été menée sur la base d'une collecte de données qualitatives auprès d'un échantillon de représentants des parties prenantes entre février et mars 2022. Ces données qualitatives primaires ont été par la suite analysées, triangulées entre elles, puis avec les informations collectées lors de la revue documentaire. Au décours de cet exercice s'est dégagé un ensemble de conclusions présentées ci-dessous.

Pertinence du CI 2020-2024 pour la SRMNIA-N

- Le Cadre d'investissement est pertinent au vu de :
 - la nécessité d'une action d'envergure pour infléchir les indicateurs de mortalité et de morbidité de Madagascar en matière de SRMNIA-N ;
 - choix des dix régions prioritaires ayant les niveaux de santé les plus inquiétants au regard de la moyenne nationale ;
 - choix des paquets d'interventions à haut impact sur la mortalité et la morbidité des mères, des enfants, des adolescents, ou liées à la nutrition ;
 - choix de la période (2020-2024) en cohérence avec la période couverte par le Plan de développement du secteur de la santé (PDSS 2020-2024).
- Cependant il faut noter :
 - l'insuffisance d'implication et d'appropriation de certaines parties prenantes de la SRMNIA-N (certaines entités du MSANP, du secteur privé, de la société civile et certains PTF) dans son processus d'élaboration et de validation.
 - l'émergence de la pandémie COVID à la première année de sa mise en œuvre en l'absence de prévisibilité de mesures de réponse (dans le CI pour la SRMNIA-N) en cas d'émergence de telles catastrophes et d'urgence de santé publique.

Alignement SRMNIA-N sur les documents stratégiques

La SRMNIA-N à Madagascar se réfère à deux documents stratégiques nationaux : le Plan de Développement du Secteur-Santé (PDSS) et la Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (FDR ARMMN).

- Le cadre d'investissement de la SRMNIA-N est globalement aligné sur le PDSS et la FDR ARMMN. Le rapport d'analyse de situation (document annexe du présent DI SRMNIA-N) détaille une comparaison analytique de l'alignement des trois documents (PDSS, FDR ARMMN et CI SRMNIA-N) autour de quelques thématiques programmatiques
- Cependant quelques discordances sont notées entre différents aspects de ces trois documents relatifs à la SRMNIA-N :

- Les périodes d'élaboration et d'adoption : au moment où le PDSS, à juste titre, a précédé les deux autres documents, et couvre la même période que le DI, la FDR ARMMN a été adoptée plus tard couvrant une période différente (2023-2027).
- Au moment où le PDSS mentionne l'élaboration et la mise en œuvre du CI pour la SRMNIA-N comme l'une de ses actions programmatiques, la FDR ne fait pas clairement mention de l'importance du DI pour la SRMNIA-N ni de la relation entre la stratégie (FDR ARMMN) et le dossier d'investissement (DI pour la SRMNIA-N).
- Le budget nécessaire estimé : La FDR ne fait pas mention du montant nécessaire. Pour le PDSS et le DI SRMNIA-N, des divergences parfois importantes sont notées entre les budgets estimés du DI et les montants estimés dans la stratégie sectorielle de référence, le PDSS :
 - Le financement total du CI SRMNIA-N a été estimé à 3.581,1 milliards de MGA, ce qui équivaut à 153% du montant alloué à la SRMNIA-N dans le PDSS.
 - Pour certains financements spécifiques (santé de la mère et du nouveau-né (SMN), vaccination et santé des adolescents), l'écart est très variable : les montants prévus pour la SMN et pour la vaccination dans le DI ne représentent, respectivement, que 43,5% et 75,9% des montants qui leur sont alloués dans le PDSS au moment où celui alloué à la santé des adolescents dans le CI est plus de six fois (671%) celui alloué dans le PDSS.

Efficacité, efficience, coordination et suivi et évaluation de la mise en œuvre

Le processus de mise en œuvre, de coordination, de suivi et évaluation a été bien décrit au niveau du DI 2020-2024 ; le cadre de résultats décrit clairement les priorités stratégiques et répond aux besoins de la théorie du changement développée dans le DI. Cependant, un consensus se dégage autour de l'insuffisance de mise en œuvre effective du DI pour la SRMNIA-N avec en particulier :

- L'absence de plan opérationnel de mise en œuvre du DI pour la SRMNIA-N qui aurait pu définir les responsabilités en matière (i) de mobilisation des ressources, (ii) d'intégration des activités SRMNIA-N dans les plans d'actions à différents niveaux et (iii) de suivi et évaluation de la mise en œuvre du DI pour la SRMNIA-N.
- Une insuffisance de mobilisation des ressources additionnelles conséquentes, nationales ou extérieures, en faveur de la mise en œuvre du DI pour la SRMNIA-N.
- L'absence d'une obligation de respect des choix prioritaires retenus dans le DI en particulier les zones prioritaires pour toute nouvelle intervention en matière de SRMNIA-N, et une insuffisance de suivi du respect de ces choix stratégiques.
- Une prise en compte partielle des priorités du DI par certaines parties prenantes dans la mise en œuvre de certains projets.

A ce titre, ces différents critères d'évaluation (efficacité, efficience, coordination et suivi et évaluation) du DI ne peuvent être évalués en l'absence d'appropriation, de financement additionnel et de mise en œuvre effective du DI pour la SRMNIA-N.

I- Contexte

1.1. Contexte géo-administratif, socio-démographique et économique

Madagascar est la quatrième plus grande île du monde en termes de superficie (587 047 km²), située entre le Canal de Mozambique et l'Océan Indien, dotée d'une biodiversité unique et d'une population jeune, ce qui lui confère un grand potentiel de développement,². Le Pays s'étend sur une longueur de 1500 kilomètres entre le Cap Sainte-Marie au sud et le cap d'Ambre à l'extrême nord, et sur près de 500 kilomètres dans sa plus grande largeur avec plus de 5000 kilomètres de côtes maritimes et une quarantaine de fleuves et rivières sans oublier sa richesse en faune et flore. Madagascar est traversé par le Tropique du Capricorne et comporte deux saisons tropicales. L'île est régulièrement exposée à des risques cycloniques et les régions du Sud subissent plus particulièrement les impacts majeurs du changement climatique notamment la sécheresse³. Le pays est classé au 5ème rang des pays les plus vulnérables au changement climatique⁴.

Avec un taux de croissance démographique⁵ élevé (3,01% en 2018), la population de Madagascar s'est multipliée par cinq au cours des cinquante dernières années⁶. Par ailleurs on note (i) une densité moyenne de la population de 43,3 habitants/km², (ii) un indice synthétique de fécondité (ISF) de 4,3 et (iii) une taille moyenne du ménage de 4,2 individus par ménage. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 65,5 ans avec une certaine disparité entre les hommes (63,9 ans) et les femmes (67 ans). Le pays est majoritairement rural, avec 80,5% de sa population vivant en zone rurale en 2018, et jeune avec 41,3% de la population avec moins de 15 ans. Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans représentent 4,78% de la population totale et les enfants en bas âges (moins de 5 ans) représentent 14,4 % de la population totale. Par contre, les personnes âgées de 60 ans et plus ne constituent que 4,5 % de la population totale⁷.

Malgré une richesse naturelle considérable (sous-sol et ressources halieutiques riches et variés), la grande majorité de la population demeure pauvre avec plus de deux tiers (71,5%) de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (535 603 Ariary par personne et par an)⁸, avec d'importantes variations entre les régions. Après une contraction économique de -7,1% en lien avec la pandémie de COVID-19, la croissance a été stimulée en 2021 par l'industrie extractive (69,1%) et la branche textile (30,2%). Le taux d'inflation a varié de 5,6% (en 2020) à 5,8% (en 2021)⁹. Cette croissance

² CI SRMNIA-N 2020-2024

³ PDSS 2020-2024

⁴ Banque mondiale, 2022

⁵ RGPH-3, 2018, Projections démographiques, INSTAT

⁶ La population de 25,7 millions en 2018 contre 5 millions en 1960 et 12,2 en 1993.

⁷ Résultats globaux du recensement général de la population et de l'habitation de 2018 de Madagascar (RGPH-3), INSTAT

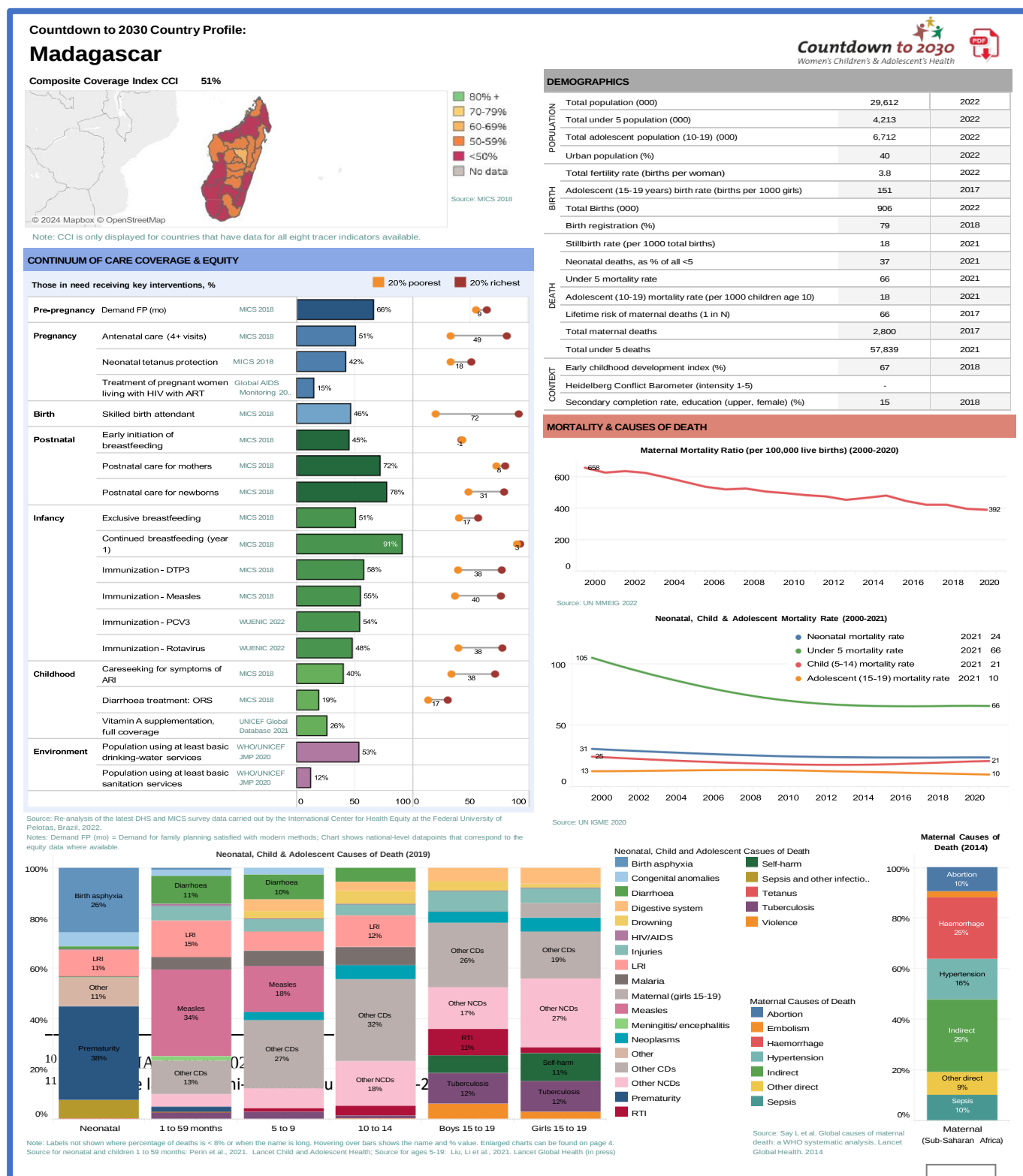
⁸ INSTAT-EPM 2021-2022

⁹ INSTAT-EPM 2021-2022

économique reste bien en-deçà de l'accroissement démographique¹⁰. L'économie Malagasy est caractérisée par sa grande vulnérabilité aux aléas politiques et climatiques, figurant parmi les 10

pays les plus pauvres au monde avec un PIB par habitant estimé à 410 \$US, et un indice de développement humain (IDH) classé au 173^e rang sur 188 pays¹¹.

Encadre 1 : Situation de Madagascar par rapport au Countdown 2030

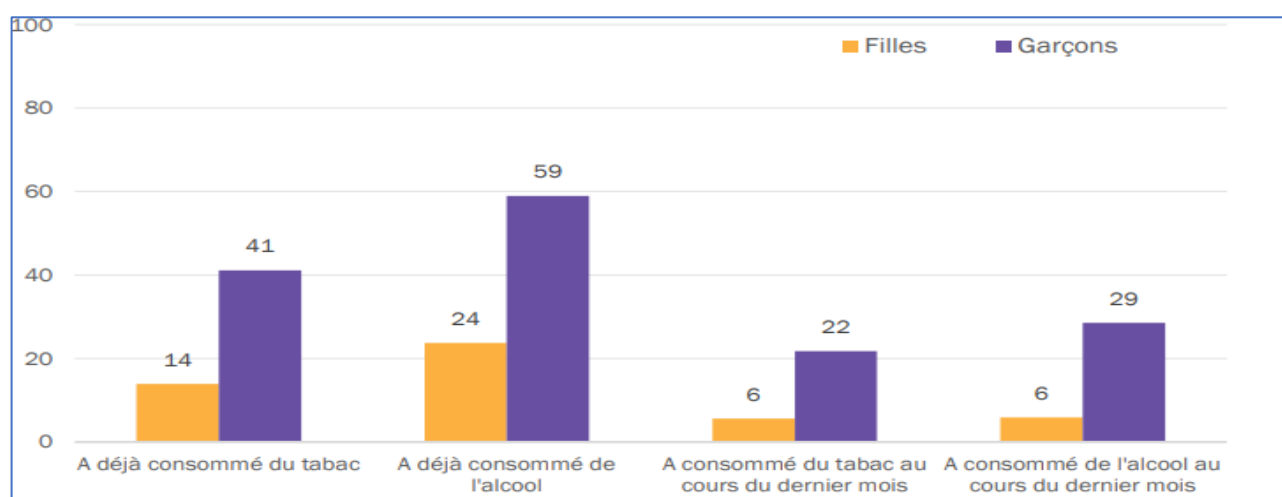


Le Pays se caractérise par¹² (i) un taux d’alphabétisation de 74,8%, (ii) un taux brut de scolarisation de 76% chez les femmes et de 79% chez les hommes, (iii) un taux d’accès à une source d’eau améliorée de 47,24%, (iv) un taux d’accès à des installations sanitaires améliorées de 34%, (v) un taux d’accès à l’électricité à 33%, (vi) un taux d’emploi de 77% des femmes et de 87% des hommes, (vii) un taux de couverture par une assurance médicale de 4% des femmes et 3% des hommes et (viii) une consommation de tabac d’1% des femmes et de 30% des hommes.

Source : MICS 2018, Madagascar

Figure 1 : Situation de la consommation de tabac et d’alcool chez les filles et garçons de 10 à 24 ans

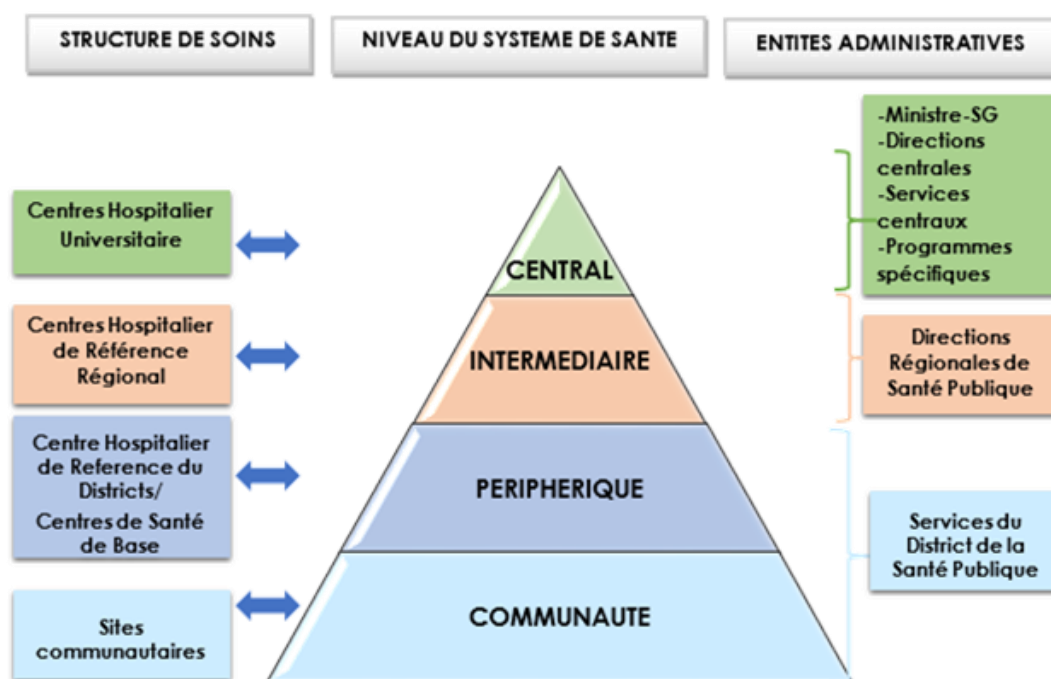
Le sex-ratio de la consommation de l’alcool par les adolescents est de 0,4 ; plus d’un garçon sur quatre a consommé de l’alcool le dernier mois alors que moins d’une fille sur dix en a consommé le dernier mois.



¹² EDS 2021 de Madagascar

1.2. Organisation du système de santé

Le système de santé est organisé en quatre niveaux¹³ : (i) le niveau central ou stratégique en charge de la coordination, des orientations politiques et stratégiques et de la définition des normes et standards ; (ii) le niveau régional, chargé de planifier, coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes de santé ; (iii) le niveau opérationnel chargé de coordonner et d'appuyer les activités des Centres de Santé de base (CSB) et les Centres Hospitaliers de Référence ; et (iv) le niveau communautaire chargé de la promotion de la santé et des soins communautaires.



Source : PDSS 2020-2024

Figure 2 : Organisation du système de santé à Madagascar

Madagascar dispose de 2979 formations sanitaires publiques¹⁴ dont 22 CHU, 17 CHRR, 98 CHRD, 2842 CSB. Parmi eux, 1082 (38,1%) sont des CSB niveau 1 tenu par des paramédicaux et 1760 (61,9%) de niveau 2 tenu par des médecins. En 2019, 87 (3,21%) n'étaient pas fonctionnels à cause, en particulier, du manque de ressources humaines puis du mauvais état des infrastructures et de la situation d'insécurité de la zone¹⁵.

Les CSB constituent, avec les sites communautaires, le premier niveau de recours du système de santé et l'interface entre le service de santé et la communauté à laquelle ils délivrent un paquet minimum d'activités (PMA) composé de soins de santé primaires (SSP) préventifs, promotionnels et curatifs.

¹³ PDSS 2020-2024

¹⁴ Données collectées avec la DAAF lors de la retraite EQUIST/OHT

¹⁵ Selon les rapports des districts sanitaires

Les hôpitaux sont classés de la base au sommet en fonction de leur plateau technique et de leur capacité de prise en charge (PEC) des patients : (i) les Centres hospitaliers de référence de district (CHRD), (ii) les Centres hospitaliers de référence régionale (CHRR) au niveau Régional, et (iii) les centres spécialisés au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) implantés au niveau régional ou central.

Les établissements spécialisés viennent en appui au diagnostic, au traitement, à la recherche et à la formation à l'ensemble des structures opérationnelles et intermédiaires. Certaines ont un rôle important dans le développement et la qualité des prestations SRMNIA-N : (i) le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), (ii) la Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels et de Matériel Médical (SALAMA) et (iii) les centres de traitement ambulatoires spécialisés qui assurent la référence de la prise en charge de pathologies spécifiques. Ces structures participent également aux soins de santé primaires.

Les principaux organes de participation communautaire sont :

- le Comité de gestion (COGE) de la pharmacie à gestion communautaire du CSB qui est la consécration de la participation communautaire. Il est constitué d'un Président, d'un Trésorier et d'un Secrétaire, tous élus parmi les AC membres du COSAN, et de deux Conseillers dont le chef CSB et un représentant de la Commune en charge des affaires sociales.
- le Comité de santé (COSAN) fokontany, entité opérationnelle dont les membres sont constitués des représentants de la communauté et des AC au niveau des CSB.
- le Comité Communal de Développement Sanitaire (CCDS).
- le Comité de Coordination des Activités Communautaires au niveau des Districts (CCACD).
- le Comité de Coordination des Activités Communautaires au niveau des Région (CCACR).

Ces trois dernières structures de coordination des interventions en santé communautaire ne disposent pas encore de cadre législatif régissant leur création, leur organisation ou leurs rôles.

Le secteur privé de santé est organisé autour de 3090 structures sanitaires privées dont 76,8% de cabinet médical ; 12,3% de dispensaire ; 9,9% de centre de santé ; 5,1% de l'établissement hospitalier et 4,8% de service médical de travail ¹⁶.

Il assure une couverture complémentaire au système public et communautaire de santé. Cependant, ses données ne sont pas encore entièrement intégrées au Système National d'Information Sanitaire (SNIS). L'informel tient une place non négligeable.

1.3. Offre de soins de SRMNIA-N

En se conformant à la pyramide sanitaire, le système de soins de SRMNIA-N est organisée en 3 niveaux avec (i).Au niveau central, la Direction de la santé familiale du MSANP pour l'élaboration des normes, la planification et la mobilisation des ressources ainsi que le suivi et l'évaluation de sa mise en œuvre ; (ii) au niveau intermédiaire ; les Directions régionales de la santé chargé de planifier, coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes de santé , et (iii) au niveau

¹⁶ Cartographie du secteur privé à Madagascar- Shops plus juin 2021

opérationnel ; les Services de santé publique du district pour la planification, la coordination de la mise en œuvre et la supervision des activités de SRMNIA-N.

Les Structures opérationnelles de la SRMNIA-N et paquet de service :

Les offres de service et soins SRMNIA-N suivent le cycle de vie et le continuum de soins. A chaque niveau correspond un paquet de service. Les soins peuvent être offerts en stratégie fixe, en ambulatoire, en stratégie avancée, et stratégie mobile et même pendant la campagne. Il en est de même dans les situations d'urgence humanitaire.

Les Acteurs clés de la SRMNIA-N sont constitués du Ministère de la Santé Publique, des autres départements ministériels, des organisations de la société civile engagées dans l'action de SRMNIA-N, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers (PTF). Les bénéficiaires et la communauté peuvent être aussi parmi les acteurs clés dans la SRMNIA-N. Leurs responsabilités respectives ont été définies dans le CI SRMNIA-N 2020-2024 :

- Les services du MSANP assurent la mise en œuvre et le suivi des performances à tous les niveaux du système de santé. Ils assurent ainsi l'élaboration et la diffusion des documents cadres (politiques et lois en matière de SRMNIA-N), le renforcement des capacités, la planification des activités, la mobilisation des ressources, la coordination de la mise en œuvre et la supervision formative par niveau.
- Certains ministères, de par leurs attributions de formation, de recherche ou de prise en charge des problèmes des femmes, des adolescents et des jeunes, sont des partenaires de la SRMNIA-N. Il s'agit notamment (i) du Ministère en charge de la Population et de la Protection Sociale qui assure la conception, la mise en application, le pilotage et l'évaluation des programmes et des stratégies de mise en œuvre de la politique nationale de la protection sociale ; (ii) du Ministère de la Jeunesse et du Sport (MJS) qui contribue à créer un environnement juridique, politique et stratégique en matière d'accès des adolescents et des jeunes aux services de santé de la reproduction. (iii) du Ministère de justice et de la sécurité publique impliqué dans les interventions sur les VBG ; (iv) du Ministère de l'Education Nationale responsable de l'éducation complète à la sexualité dans la SAJ, et (v) du Ministère chargé de la décentralisation pour l'approche communautaire.
- Les autres parties prenantes impliquées dans la SRMNIA-N sont notamment (i) le secteur privé impliqué dans la fourniture de services ambulatoires et hospitaliers, le développement d'infrastructures, la production et l'approvisionnement de médicaments et de technologies de la santé, (ii) les organisations de la société civile qui contribuent au système de santé en termes d'élaboration des politiques, de prestation des services et de gouvernance, et de suivi de la redevabilité envers la population, et (iii) les partenaires techniques et financiers (PTF) qui apportent une assistance technique et des contributions financières pour la mise en œuvre du CI, et soutiennent le MSANP dans la mobilisation des ressources ; ils participent aussi au

renforcement des capacités des acteurs dans le domaine de la SRMNIA-N à tous les niveaux et à l'approvisionnement en médicaments essentiels.

- Les bénéficiaires et la communauté sont responsables de leur santé, de leur bien-être et de l'auto-soins.

II- Etat sanitaire et nutritionnel de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Le profil épidémiologique de la SRMNIA-N est déterminé par des indicateurs de mortalité et de morbidité encore considérés trop élevés, ainsi que (i) ceux liés à la santé de la reproduction des mères, des enfants, des adolescents et des jeunes et (ii) ceux liés à la nutrition des femmes et des enfants.

L'analyse des niveaux de mortalité et de morbidité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles, et des couvertures en interventions à haut impact a été détaillée dans le rapport d'analyse de situation, validé en atelier national en mai 2024, et qui constitue une annexe du présent DI SRMNIA-N.

Quelques aspects représentatifs permettront de dégager les principaux goulots d'étranglement pour une amélioration effective des indicateurs de la SRMNIA-N et de mettre en exergue les principales iniquités géographiques dans la couverture par ces interventions à haut impact déjà mises en œuvre dans le pays.

En se référant aux données comparables les plus solides, l'analyse s'est essentiellement basée sur les données de l'EDS. Cependant, la désagrégation des données régionales n'a pas pu se faire séparément entre les deux régions de Vatovavy et Fitovinany vu qu'elles ne constituaient qu'une seule région en 2021 lors de la dernière EDS.

2.1. Mortalité et morbidité maternelle, néonatale et infanto-juvénile

2.1.1. Evolution des indicateurs d'impact de la santé maternelle

Deux indicateurs d'impact permettent d'apprécier le niveau de santé maternelle. Le ratio de mortalité maternelle (RMM) apprécie le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (NV) alors que l'indice synthétique de fécondité (ISF) correspond au nombre moyen

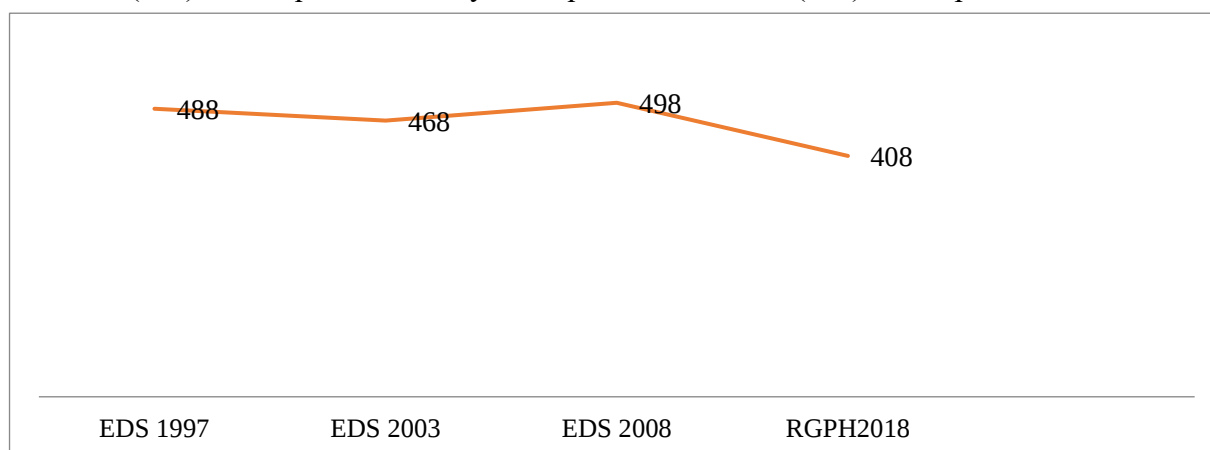


Figure 3 : Evolution du ratio de mortalité maternelle (p 100.000 NV) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008) et RGPH 2018

Il est constaté une évolution quasi-stationnaire de la mortalité maternelle (autour de 480 décès maternels pour 100.000NV) durant la décennie 1997-2008. La tendance devient plus favorable durant la décennie 2008-2018 atteignant 408 décès pour 100.000 NV.

Si cette tendance se maintient, elle permettrait d’atteindre, en 2027, le niveau ciblé par la FDR pour la RMMN. Cependant, elle ne permettra pas à Madagascar d’être au rendez-vous des ODD 2030 en ce qui concerne la santé maternelle.

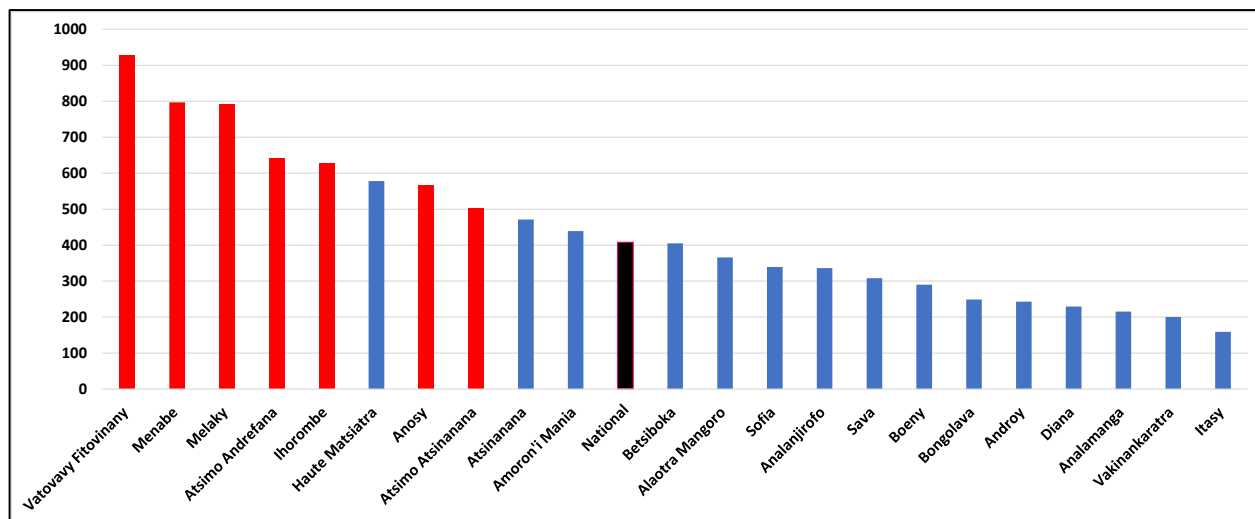


Figure 4 : Ratio de mortalité maternelle par région (p 100.000 NV), RGPH 2018

Ce niveau national cache une importante disparité régionale de ce ratio de mortalité maternelle (RMM) allant de 159 décès pour 100.000 NV à Itasy à 928 à Vatovavy Fitovinany ; dix régions ont des niveaux supérieurs à la moyenne nationale

Durant les 25 dernières années, l’ISF a connu une baisse quasi-constante passant de 6 enfants par femme en 1997 à 4,3 en 2021. Cette tendance serait la résultante des efforts importants menés par les différents acteurs concernés, dont la mise en œuvre de la politique générale de l’Etat, la politique de la population et l’engagement de haut niveau des décideurs.

Cette évolution favorable cache aussi d’importantes disparités selon certaines variables de désagréations (régions, milieu de résidence, niveau d’instruction,) qu’il faudra prendre en compte dans les choix stratégiques futurs, en particulier la disparité régionale (voir rapport d’analyse de situation). Les situations d’Androy et de Vakinankaratra méritent d’être particulièrement étudiées afin d’en tirer des leçons. Pour Androy, malgré un ISF très élevé (8 enfants par femme), le RMM (240 décès pour 100.000 NV) est resté largement en deçà de la moyenne nationale. Dans une moindre mesure, cette « discordance » se retrouve à Vakinankaratra avec un ISF à 4,2 pour un RMM à 200 décès pour 100.000 NV.

2.1.2. Evolution des indicateurs d'impact de la santé infanto-juvénile

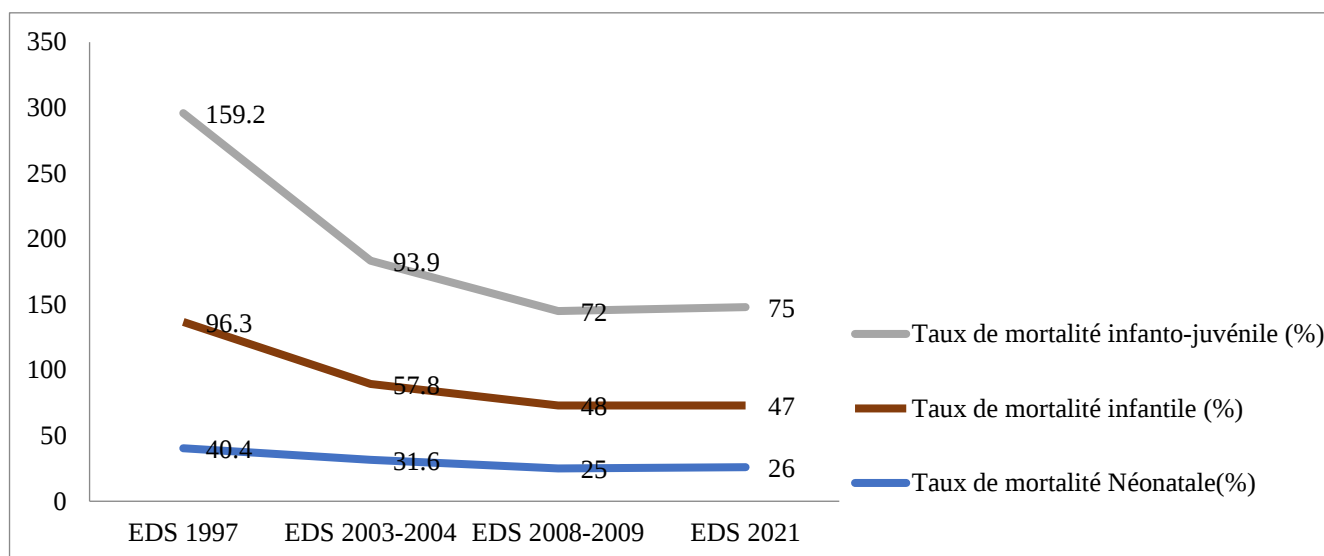


Figure 5 : Evolution des taux de mortalité néonatal, infantile et infanto-juvénile p 1000 NV de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

L'évolution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans¹⁷ a connu un ralentissement progressif durant la décennie 1997-2008 avant de connaître une évolution quasi-stationnaire, voire une augmentation (pour la MIJ) durant la période 2008-2021, ce qui dénote d'un ralentissement dans l'amélioration de la santé des nouveaux nés, des nourrissons et des jeunes enfants. L'analyse de l'évolution des couvertures en interventions à haut impact (IHI) sur la santé infanto-juvénile permettra de comprendre les causes de ce ralentissement.

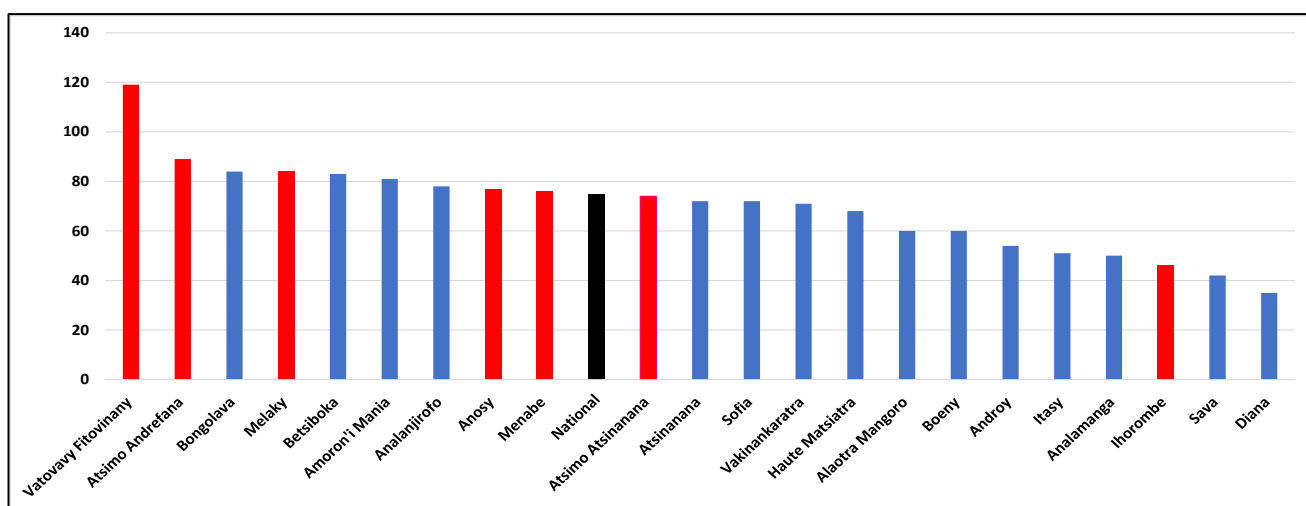


Figure 6 : Taux régional de mortalité infanto-juvénile (p 1000 NV), EDS 2021

¹⁷ Néonatal pour les moins d'un mois, infantile pour les moins d'un an et infanto-juvénile pour les moins de 5 ans

La désagrégation des données montre une importante disparité régionale du taux de mortalité infanto-juvénile (TMIJ) : les enfants nés dans les régions de Vatovavy et de Fitovinany ont trois à quatre fois plus de risques de décéder avant le cinquième anniversaire que ceux nés dans la région de Diana.

Il faut noter une « discordance » régionale entre l'importance respective du RMM et du TMIJ. Par exemple, le RMM à Bongolava est largement inférieur (deux fois moins) à la moyenne nationale alors que le TMIJ dans cette même région est supérieur à la moyenne nationale.

EDS 1997	EDS 2003	EDS 2008	EDS 2021
----------	----------	----------	----------

Figure 7 : Evolution des prévalences des trois principales causes de mortalité infanto-juvénile (p 100 enfants de moins de 5 ans) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

Les prévalences des cas de paludisme, d'IRA ou de diarrhées ont connu une sensible réduction durant la décennie 1997-2008 avant de présenter une stagnation, voire une légère augmentation durant la période 2008-2021, ce qui vient expliquer la situation stationnaire du TMIJ durant cette même période.

La répartition régionale de la prévalence des IRA montre un large éventail allant de 0,2% à Atsimo Andrefana à plus de 5% à Atsinanana. Malgré une tendance assez comparable avec celle de la mortalité infanto-juvénile, il faut cependant noter des discordances entre la prévalence de l'IRA qui constitue l'une des principales causes et le taux de mortalité infanto-juvénile. Pour Antsinanana : au moment où le TMIJ est inférieur à la moyenne nationale, sa prévalence représente deux fois celle du pays. Pour Atsimo Andrefana, il s'agit d'une tendance contraire avec un TMIJ parmi les plus élevés (supérieur à la moyenne nationale) au moment où la prévalence des IRA est dix fois moins importante que la prévalence nationale.

2.2. Etat nutritionnel des enfants et des mères

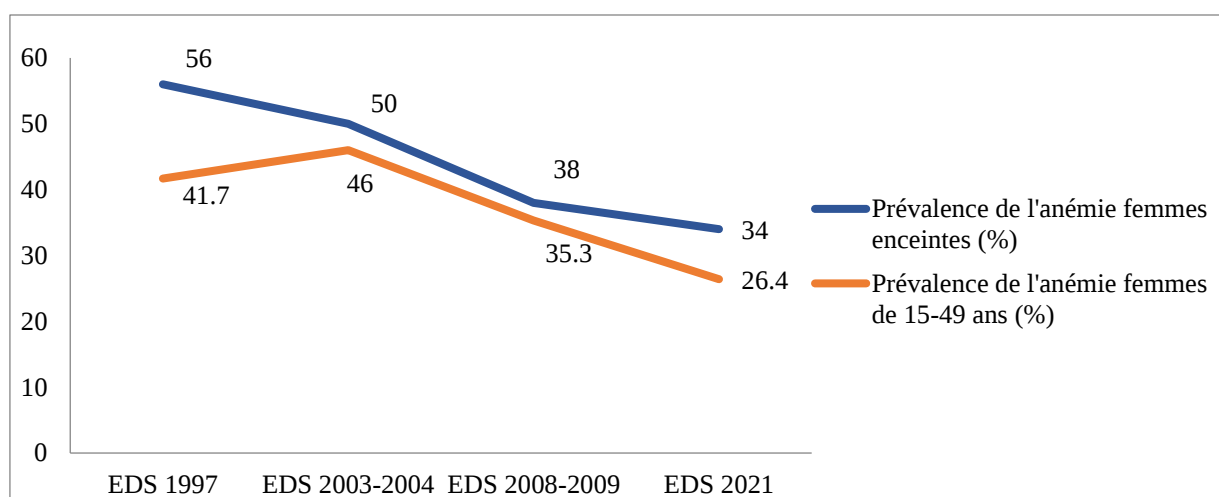


Figure 8 : Evolution des indicateurs nutritionnels chez les femmes de 15 à 49 ans, enceintes ou non (p 100) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

Chez les femmes de 15-49 ans et les femmes enceintes, la prévalence de l'anémie a connu relativement une diminution progressive depuis 2003.

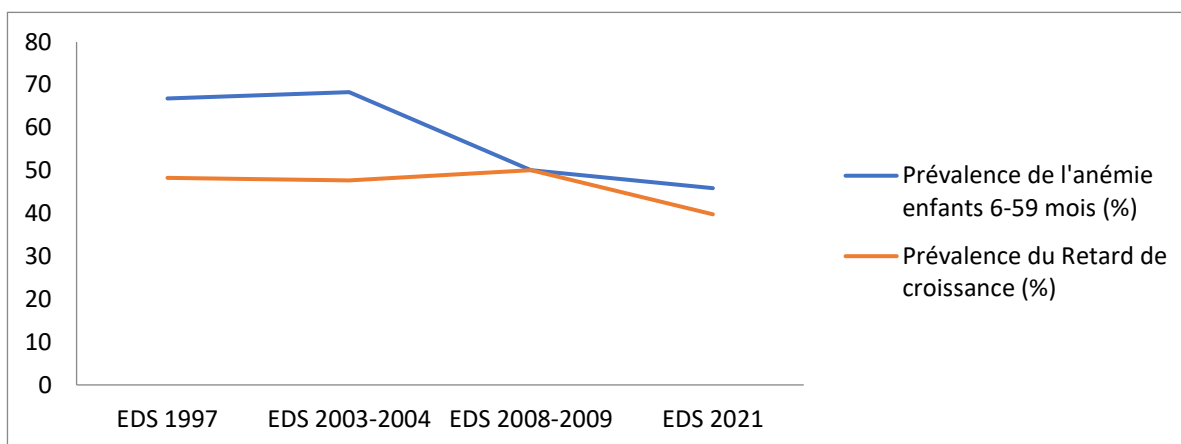


Figure 9 : Evolution des indicateurs nutritionnels chez les enfants de moins de 5 ans (p 100) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

Comme pour les femmes, la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois a été en réduction durant la période 2003-2008 avant de connaître un certain ralentissement de cette baisse durant la période 2008-2021.

Pour le taux de retard de croissance chez les moins de 5 ans, le niveau est resté stable durant la décennie 1997-2008 avant de connaître une légère baisse durant cette dernière période de 2008 à 2021. Cette stabilité de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans semble cohérente à la stabilité de la mortalité infanto-juvénile durant cette même période de 2008-2021.

La répartition régionale du retard de croissance montre une certaine disparité même si elle reste moins importante que celle du TMIJ et de la prévalence des IRA. Dans quelques régions, on note une incohérence entre le retard de croissance et le taux de mortalité infanto-juvénile. Ce sont les régions d'Itasy, de Vakinankaratra, de Haute Matsiatra, de Vatovavy et de Fitovivany.

2.3. Santé sexuelle chez les adolescents

Les indicateurs ont montré une évolution de proportion de rapport sexuel avant l'âge de 15 ans chez les adolescents de 15 à 19 ans de 16,9% en 1997 à 17,7% en 2021. Ces adolescents ont de plus en plus exposés davantage aux risques de grossesse précoce et aux IST/VIH.

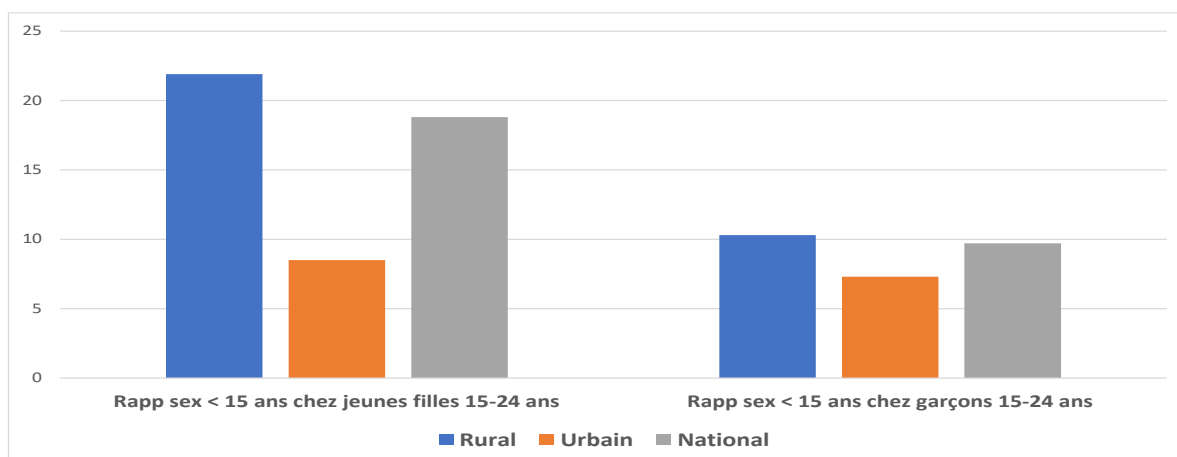


Figure 10 : Répartition selon le lieu et le sexe de la proportion d'adolescents de 15 à 19 ans ayant déjà eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (p 100) en 2021, EDS 2021

Les jeunes et adolescents du milieu rural, en particulier les filles, ont une activité sexuelle largement plus précoces que leurs pairs du milieu urbain, ce qui expose davantage ces jeunes ruraux à contracter des infections sexuellement transmissibles (ou des grossesses précoces) que leurs pairs vivant dans les villes.

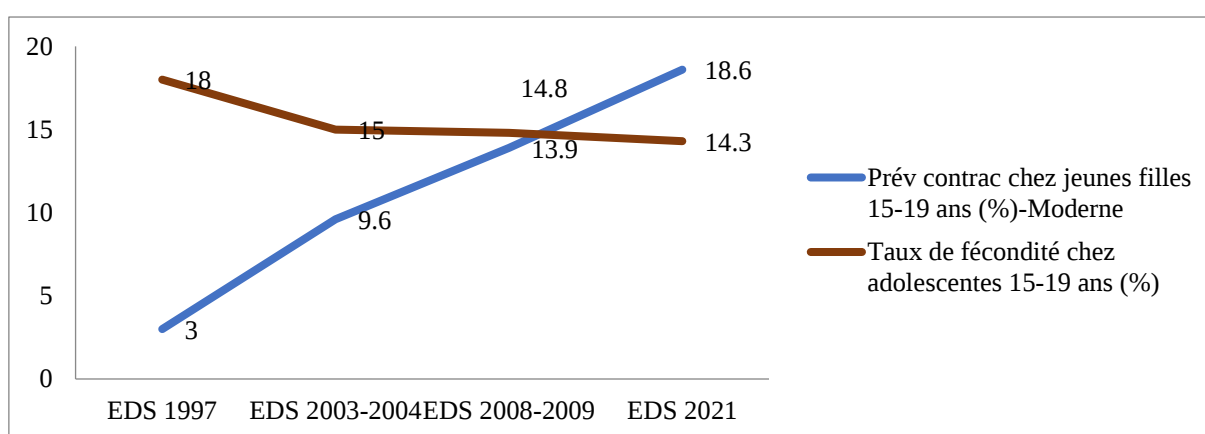


Figure 11 : Tendence d'évolution de la fécondité et de l'utilisation de la contraception chez les adolescentes de 15 à 19 ans (p 100) de 1997 à 2021, EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

L'amélioration constante de la couverture contraceptive de 3% en 1997 à plus de 18% en 2021 a été deux à trois fois plus importante chez les adolescentes de 15 à 19 ans que chez l'ensemble des femmes en âge de reproduction (FAR). Cependant, le taux de fécondité a surtout baissé avant 2003 pour quasiment rester stationnaire durant toute la période de 2003 à 2021. Il faut noter une forte disparité régionale de cette fécondité.

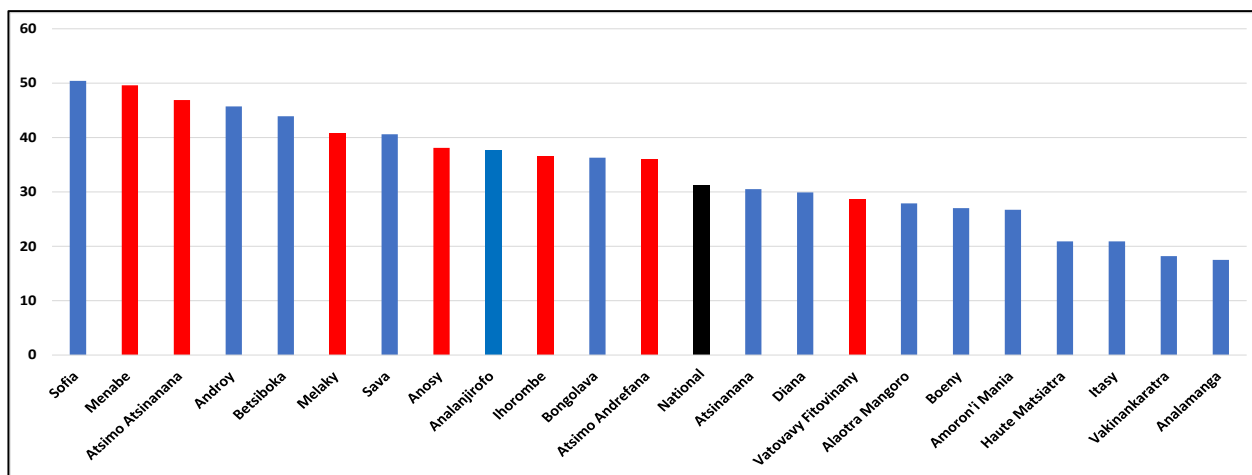


Figure 12 : Taux de fécondité par région chez les adolescents de 15 à 19 ans (p 100), EDS 2021

Une adolescente sur deux dans les régions de Sofia et de Menabe a déjà commencé sa vie procréative alors que moins de deux adolescentes sur dix l'ont commencé dans les régions de Vakinankaratra et d'Analamanga.

2.4. Autres déterminants de l'environnement de la SRMNIA-N

2.4.1. Analyse de l'accès aux services WASH

Les résultats de l'EDS 2021 montrent de grandes disparités dans l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement à Madagascar. En effet, l'ampleur des inégalités en matière d'accès à l'eau et à l'assainissement trouve son origine dans la stratification sociale. Le revenu et le statut social ont leur importance, de même que le lieu de résidence, les conditions d'emploi ainsi que des facteurs tels que les comportements individuels et l'appartenance géographique, dans certains cas.

Accès à une source d'eau améliorée

Selon les dernières estimations fournies par l'EDS 2021, 48% de la population Malagasy ont accès à une source d'eau potable améliorée. Ce taux est plus élevé en milieu urbain (86%) qu'en milieu rural (38%). Il existe d'importantes disparités régionales dans l'accès à une source d'eau améliorée. Certaines régions sont relativement bien équipées (Analamanga 84% ; Bongolava 66,4%), tandis que d'autres le sont bien moins (Atsimo Atsinanana 16,2% et Sofia 17%). La répartition de la population par quintile de bien-être économique révèle que les plus riches ont un plus grand accès à des sources d'eau améliorées, avec un taux de 90,6%, contre 15% pour les plus pauvres.

Accès à l'assainissement

Selon les mêmes résultats de l'EDS 2021, 34% de la population ont accès à des installations sanitaires améliorées. Cependant, 57,7% de la population vivant en milieu urbain utilise des installations sanitaires améliorées contre deux fois moins (27,7%) en milieu rural. Les proportions les plus élevées se trouvent dans les régions d'Analamanga (65%) et Itasy (56,7%), et les proportions les plus faibles dans les régions d'Atsimo Atsinanana (3,7%) et Menabe (1,8%). Parmi

les ménages qui utilisent des installations sanitaires améliorées, 71,1% appartiennent au quintile de bien-être économique le plus élevé, contre seulement 5,5% pour le quintile le plus pauvre.

Défécation à l'air libre

On estime que 34,9% des enfants défèquent encore à l'air libre avec une grande différence entre le milieu urbain (17,8%) et rural (38,1%)¹⁸.

Lavage des mains avec de l'eau et du savon

Dans les faits, seulement 17% des ménages possèdent un dispositif de lavage des mains où l'eau et le savon sont présents, avec une forte disparité entre le milieu urbain (49%) et rural (22%).

2.4.2. Analyse de l'enregistrement des faits de l'état civil

L'enregistrement des naissances et des décès à Madagascar est régi par la loi N° 61-025, qui a été révisée par la loi N° 90-015 en 1990. Le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation est responsable de l'enregistrement des naissances et des décès. L'enregistrement est gratuit et obligatoire. Il doit avoir lieu dans les 30 jours qui suivent les naissances et les décès. Il est effectué manuellement. Un comité national de coordination du système d'enregistrement et des statistiques de l'état civil a été mis en place.

Selon l'EDS 2021, 74% des enfants de moins de 5 ans ont été enregistrés, ce qui constitue un recul par rapport au niveau de 2008 (80%). L'enregistrement des naissances était plus élevé que la délivrance d'extraits de naissance (57%), ce qui montre qu'environ un quart des enfants enregistrés ne recevaient pas d'extraits de naissance. L'enregistrement est plus faible pour les ménages les plus pauvres (52%) par rapport aux ménages les plus riches (97%). Des disparités régionales existent entre les niveaux les plus élevés dans les régions d'Analamanga, de Vakinankaratra, d'Itasy et de Haute Matsiatra où 90% ont été enregistrés à la naissance ; d'autres régions avaient les taux d'enregistrement les plus faibles : Melaky 49% et Atsimo Andrefana 42%.

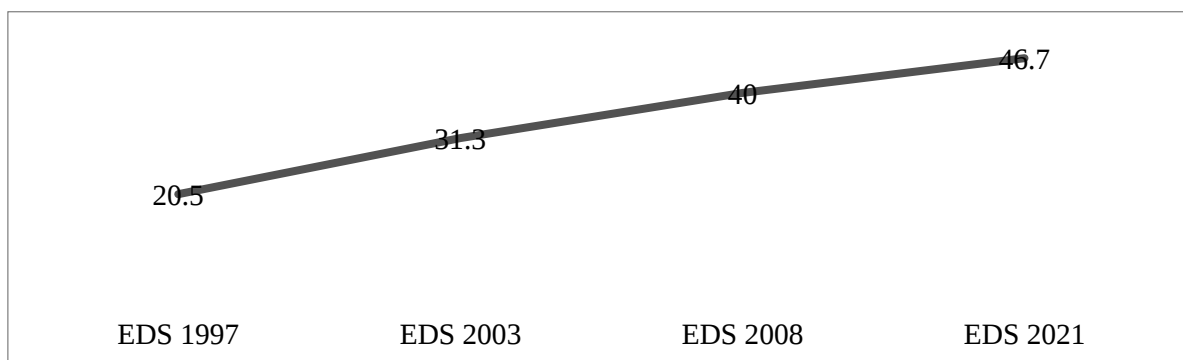
III- Analyse des couvertures en interventions à haut impact

L'expérience internationale a dégagé un paquet d'interventions considérées comme ayant le plus haut impact sur les mortalités et morbidités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles. L'analyse des niveaux de couverture de ces interventions donnent des éléments explicatifs aux constats en matière de tendances d'évolution de ces mortalités et morbidités.

¹⁸ EDS 2021

3.1. Analyse de la couverture des services de SRMNIA-N

3.1.1. Analyse de la couverture des services de santé maternelle



Source : EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

Figure 13 : Evolution de la prévalence contraceptive en méthode moderne (en %) de 1997 à 2021 à Madagascar

L'évolution progressive et constante de la prévalence contraceptive, qui a plus que doublé sur les 25 dernières années vient expliquer, au moins en partie, l'évolution favorable de l'ISF durant la même période de 6 en 1997 à 4,3 en 2021. Cependant, il est noté une importante disparité régionale de cette prévalence contraceptive. Dans certaines régions, notamment Androy, neuf femmes sur dix n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne, ce qui explique en bonne partie l'ISF le plus élevé dans cette région.

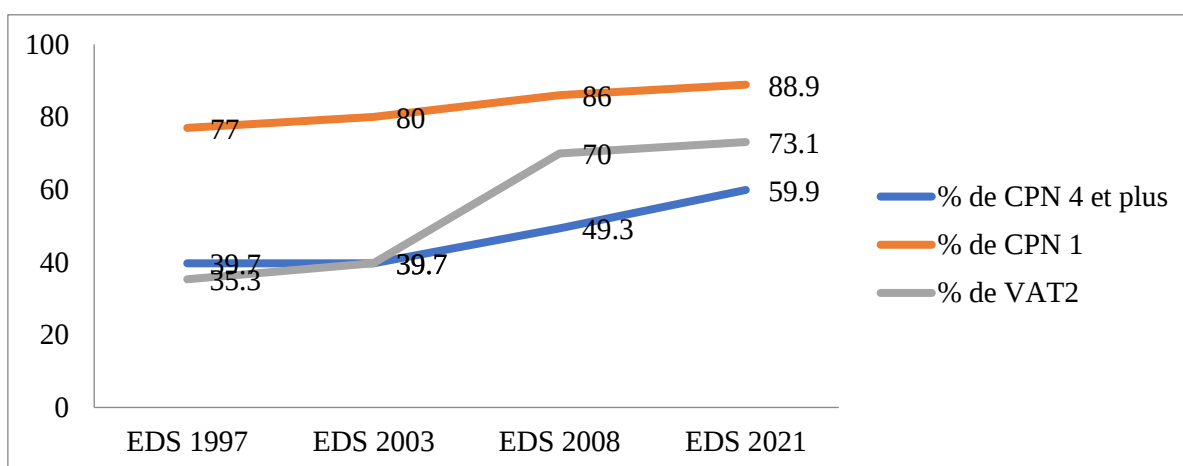


Figure 14 : Evolution de la couverture en suivi prénatal et en vaccination antitétanique (en %) de 1997 à 2021 à Madagascar -EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

Au cours des 25 dernières années, il est constaté une évolution très lente de la couverture en CPN1 (environ 10 % d'augmentation), et une évolution légèrement plus favorable de l'utilisation continue des services de suivi prénatal avec un niveau de CPN4 ayant augmenté de 40% à 60% entre 2003 et

2021. Par contre, la couverture en Td2 a connu une augmentation sensible entre 2003 et 2008, de 39% à 70% pour connaître un certain ralentissement durant les treize dernières années.

La répartition géographique de la couverture en CPN4 montre une importante disparité avec une couverture de CPN4 quasi-deux fois plus importante dans la région de Diana par rapport à celle de la région de Menabe. Le niveau élevé de CPN4 dans les régions de Vatovavy et de Fitovinany contraste fortement avec son RMM le plus élevé du pays avec plus de 900 décès pour 100.000 NV ; une des causes est le faible taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié.

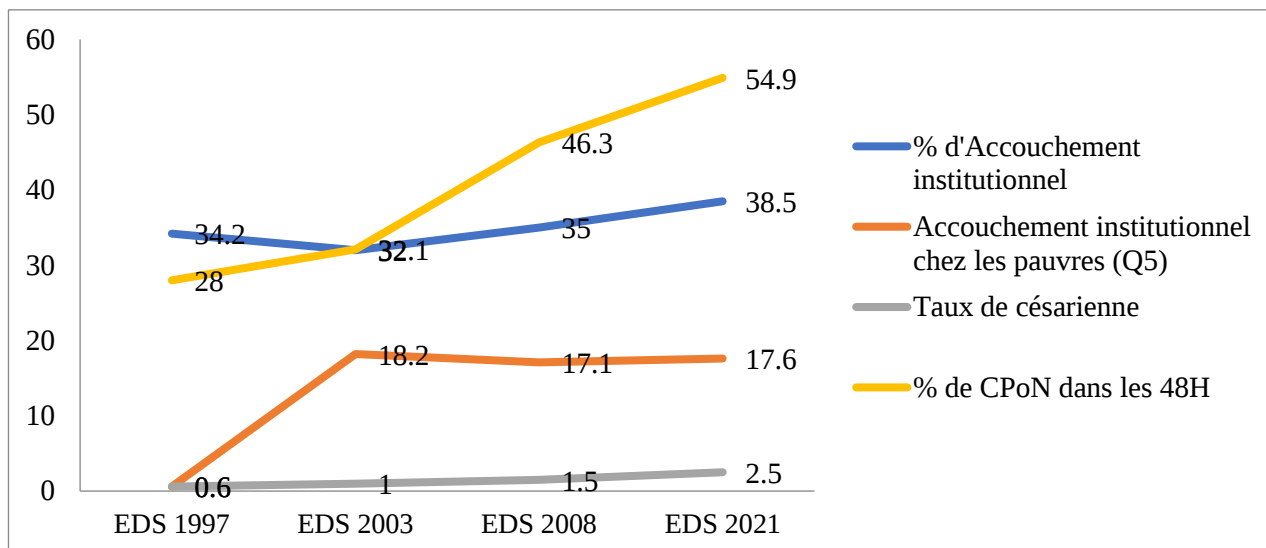


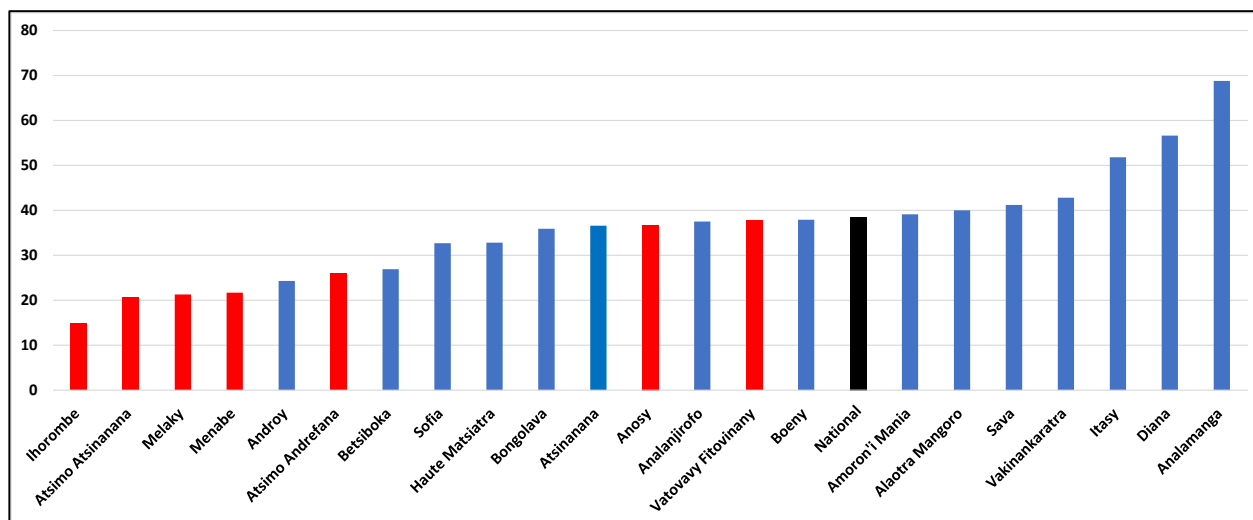
Figure 15 : Evolution de la couverture en accouchement dans les établissements de santé et en suivi post-natal (en %) de 1997 à 2021 - EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

Le taux d'accouchement survenu au niveau des établissements de santé est resté quasi-stationnaire durant les 25 dernières années (de 34% en 1997 à 38% en 2021), ce qui contraste, d'une part, avec l'évolution favorable de la couverture en CPoN qui a doublé entre 1997 (28%) et 2021 (55%), et d'autre part, avec une réduction sensible de la mortalité maternelle durant la période 2008-2021.

Il faut cependant noter un important retard du niveau de l'accouchement survenu dans un établissement de santé pour les mères du quintile le plus pauvre (17,8%), largement inférieur à la moyenne nationale (38,5%).

Malgré un taux de césariennes qui s'est multiplié par cinq, passant de 0,5% à 2,5% durant la période 1997-2021, une femme enceinte à risque sur deux continue à ne pas bénéficier de césarienne¹⁹.

¹⁹ Le minimum requis pour une prise en charge chirurgicale des grossesses à risque est une proportion de 5% à 10% d'accouchements par césarienne



Source : EDS 2021

Figure 16 : Couverture régionale en accouchement assisté dans les établissements de santé à Madagascar

Il est noté une importante disparité régionale de la couverture en accouchement institutionnel, plus particulièrement dans la région Ihorombe où seule une femme sur dix aurait accouché dans un établissement de santé alors qu'une femme résidant dans la région d'Analamanga a cinq fois plus de chance que celle des habitants d'Ihorombe.

Par ailleurs, il faut noter que l'utilisation continue des MII par les femmes enceintes a doublé entre 1997 (27%) et 2021 (54,9%). Cependant, il persiste toujours d'importantes disparités en fonction de leur région de résidence avec une proportion de femmes enceintes dormant sous MII entre les régions : dans la région de Boeny, plus de 8 femmes enceintes sur 10 dorment sous MII contre moins de 4 femmes enceintes sur 10 pour la région d'Itasy. Une telle différence pourrait s'expliquer par les actions de campagne de distribution menées de manière inéquitable entre les zones.

3.1.2. Analyse de la couverture des services de santé infanto-juvénile

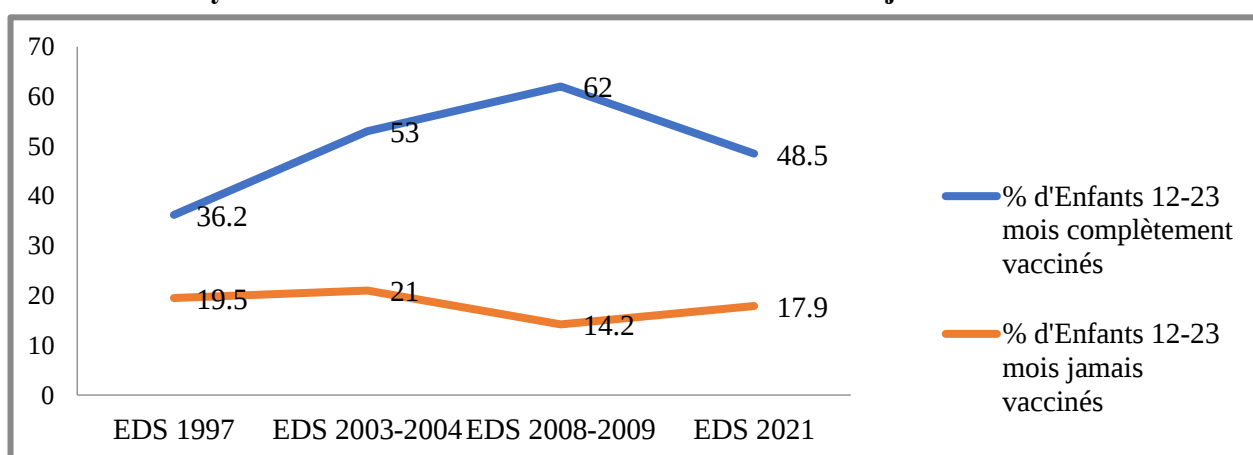


Figure 17 : Évolution de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois (en %) de 1997 à 2021 – EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

On retrouve une tendance qui confirme une évolution favorable durant la décennie 1997-2008 pour ensuite connaître une baisse du taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés, qui a diminué de 14 points de pourcentage, et une augmentation du taux d'enfants de 12 à 23 mois zéro dose qui a augmenté d'environ 4 points de %.

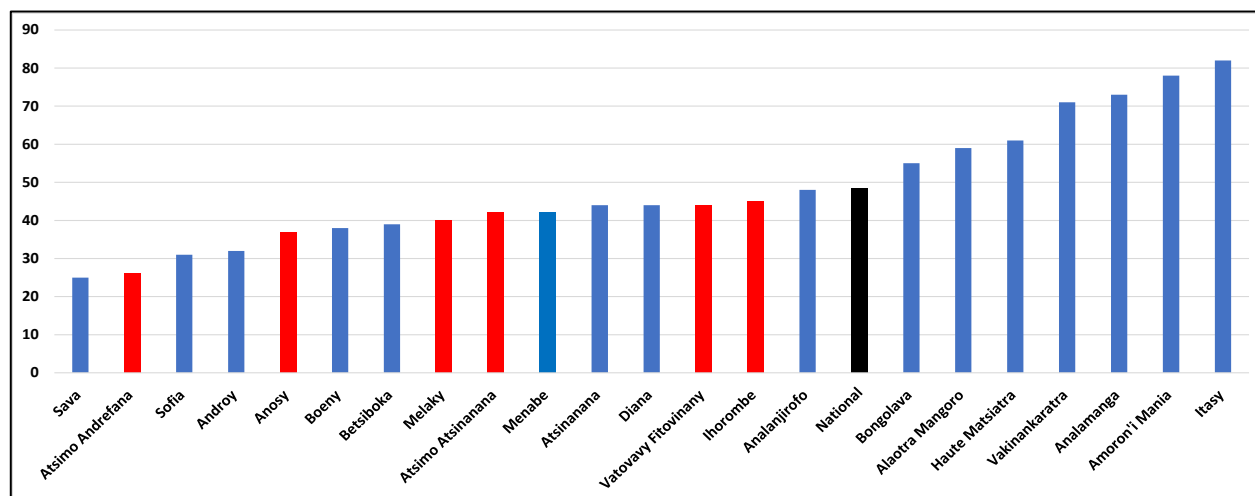


Figure 18 : Proportion régionale des enfants complètement vaccinés (ECV), EDS 2021

Dans la région d'Itasy, huit enfants sur dix ont été entièrement vaccinés en 2021 contre trois enfants sur dix dans la région d'Atsimo Andrefana. Cette importante disparité régionale de la proportion d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés devrait faire l'objet d'analyse afin d'en comprendre les causes et prendre les mesures qui s'imposent.

Malgré la tendance croissante des cas de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, on constate une évolution quasi-stationnaire des niveaux de prise en charge des cas de diarrhée et de fièvre durant la période 2008-2021 en conformité avec l'évolution de la prévalence durant la même période. Ceci montre qu'il n'y a pas d'augmentation de la proportion de prise en charge pour ces deux maladies, contrairement à la prise en charge des cas d'IRA qui a connu une certaine augmentation.

3.1.3. Analyse de la couverture des services de nutrition

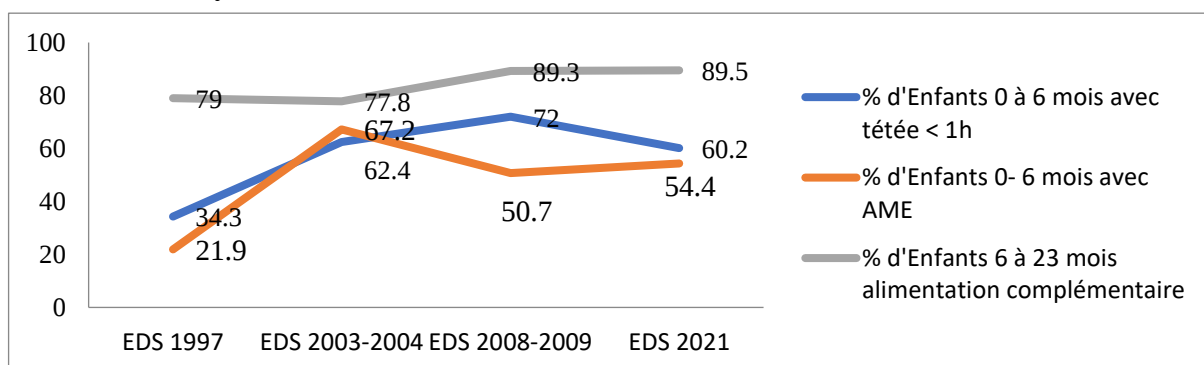
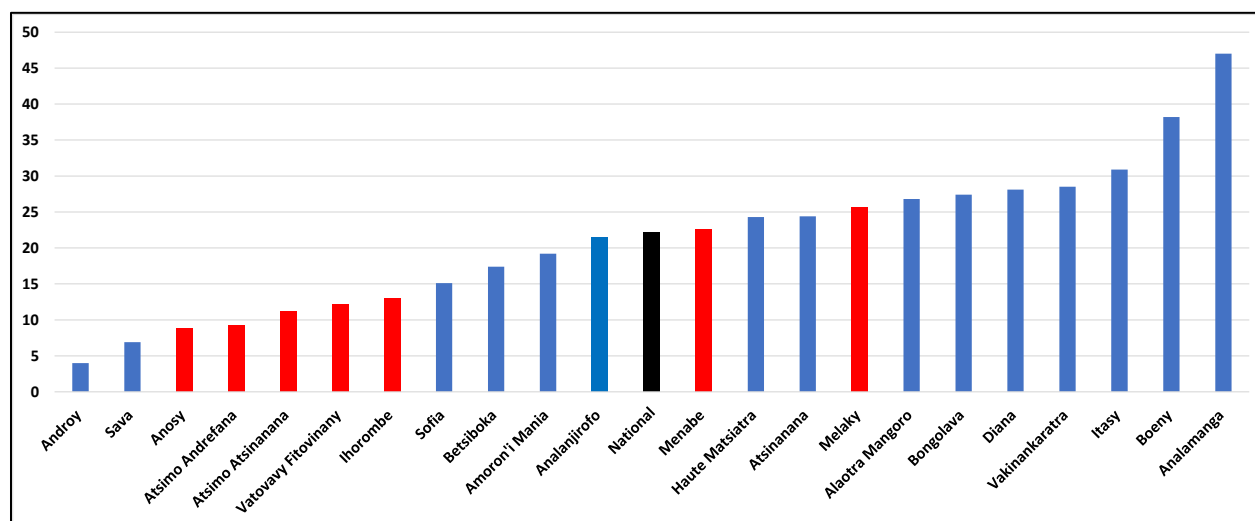


Figure 19 : Évolution des indicateurs nutritionnels en lien avec l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (en %) de 1997 à 2021 - EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

Bien que une amélioration de la couverture en CPoN, moment critique pour la communication avec la mère sur la nutrition de son enfant, la couverture en interventions nutritionnelles essentielles (AME, alimentation complémentaire adéquate) connaît, une certaine stabilité durant la période 2008-2021 , d'où la nécessité d'une analyse approfondie du contenu de communication lors du post-partum.

Par ailleurs, l'accouchement en établissement de santé est resté stationnaire tandis que la proportion de l'allaitement maternel précoce exclusif (AMPE) a connu une réduction. Le renforcement de capacité des agents de santé sur la pratique optimale de l'AMPE serait nécessaire pour rehausser cette couverture essentielle à un bon démarrage de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant.



Source : EDS 2021

Figure 20 : Proportion régionale des enfants de 6 à 23 mois bénéficiant d'un apport alimentaire minimal

La proportion d'enfants de 6 à 23 mois bénéficiant d'un apport alimentaire minimal connaît d'importantes disparités régionales. Malgré que les enfants résidant à Androy aient 9 à 10 fois moins de chances de bénéficier d'un apport alimentaire minimal que ceux de la région d'Analamanga, le taux de retard de croissance (RC) est plus élevé chez les enfants résidant dans l'Analamanga (48%) que ceux de la région d'Androy (45%).

Cette situation se répète par exemple avec la comparaison du niveau de ces deux indicateurs – RC et apport alimentaire minimal – dans les régions de Melaky et d'Itasy. Au moment où l'apport alimentaire minimal est assuré à plus de 30% chez les enfants résidents à Itasy, celui de Melaky se chiffre à 25%, les premiers ont 2 à 3 fois plus de chances d'être malnutris chroniques que leurs paires de Melaky.

Cette situation très paradoxale mérite d'être davantage analysée afin de dégager les mesures nécessaires pour une meilleure efficacité de cette importante intervention dans la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, particulièrement les interventions intégrées de santé et de nutrition durant les 1 000 premiers jours.

3.1.4. Analyse de la couverture des services de santé des adolescents

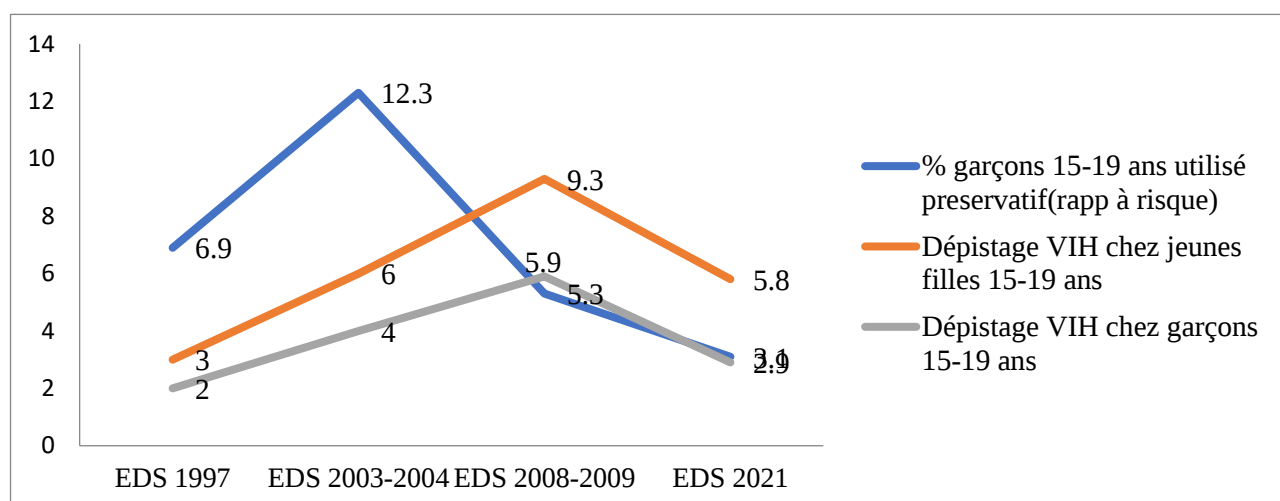
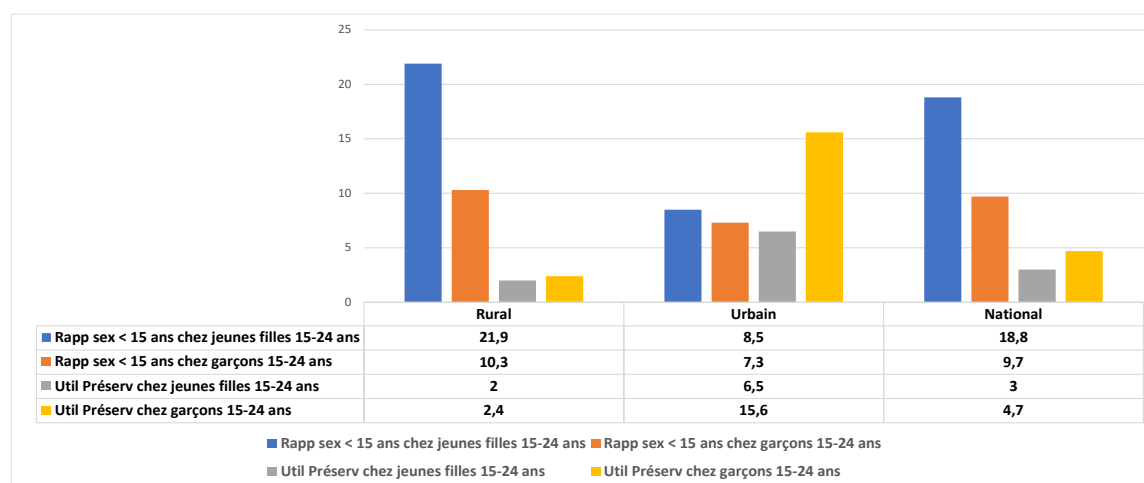


Figure 21 : Évolution de la proportion d'adolescents de 15 à 19 ans utilisant le préservatif en cas de rapport sexuel à risque ou ayant bénéficié de dépistage du VIH (en %) de 1997 à 2021- EDS (1997, 2003, 2008, 2021)

L'utilisation du préservatif par les adolescents lors de rapport sexuel a tout d'abord connu une augmentation importante entre 1997 et 2003 probablement à la faveur d'actions multisectorielles et renforcées des programmes de lutte contre le VIH/SIDA pour connaître une baisse importante jusqu'en 2021.

Le dépistage de VIH a connu une augmentation plus durable (de 1997 à 2008) avant de connaître une baisse durant la période 2008 et 2021. Il faut noter que, sur toute cette période, le dépistage a été plus important chez les adolescentes que chez les garçons et jeunes de sexes masculin.



Source : EDS 2021

Figure 22 : Proportion de jeunes de 15 à 24 ans ayant eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans ayant utilisé un préservatif en fonction de leur milieu de résidence

Malgré la précocité des rapports sexuels plus prononcée chez les jeunes ruraux, la réponse à ce comportement (par l'utilisation du préservatif) est 3 à 5 fois plus importante chez les adolescents du milieu urbain que leurs pairs du milieu rural. Au regard de leur niveau de scolarisation plus faible, une action plus ciblée de communication s'impose au profit de ces adolescents et jeunes vivant dans les campagnes afin de lutter efficacement contre le SIDA et les autres IST, et les grossesses précoces.

3.2. Déterminants de prestations SRMNIA-N accessibles à tous et de qualité

Après avoir dégagé les retards et iniquités en matière d'état de santé, et donné certaines explications en analysant les niveaux et tendances des couvertures des interventions à haut impact, l'analyse logique se poursuit en dégagant les principaux goulots d'étranglement du système de santé et leurs causes.

L'atteinte d'une couverture effective pour chaque service de soins est déterminée par un certain nombre de facteurs déterminants successifs, à savoir :

- La disponibilité des intrants
- La disponibilité des ressources humaines
- L'accessibilité géographique des soins
- L'accessibilité financière des soins
- L'acceptabilité socioculturelle des soins
- L'utilisation initiale des services
- L'utilisation continue des services
- La couverture effective ou qualité des services.

L'analyse des goulots d'étranglement liés à ces différents déterminants d'une couverture effective des services de SRMNIA-N permet d'identifier les causes immédiates, sous-jacentes et structurelles qui permettront de construire l'arbre à problèmes et la théorie du changement.

3.2.1. Principaux goulots d'étranglement sur la voie de l'utilisation des prestations communautaires de qualité

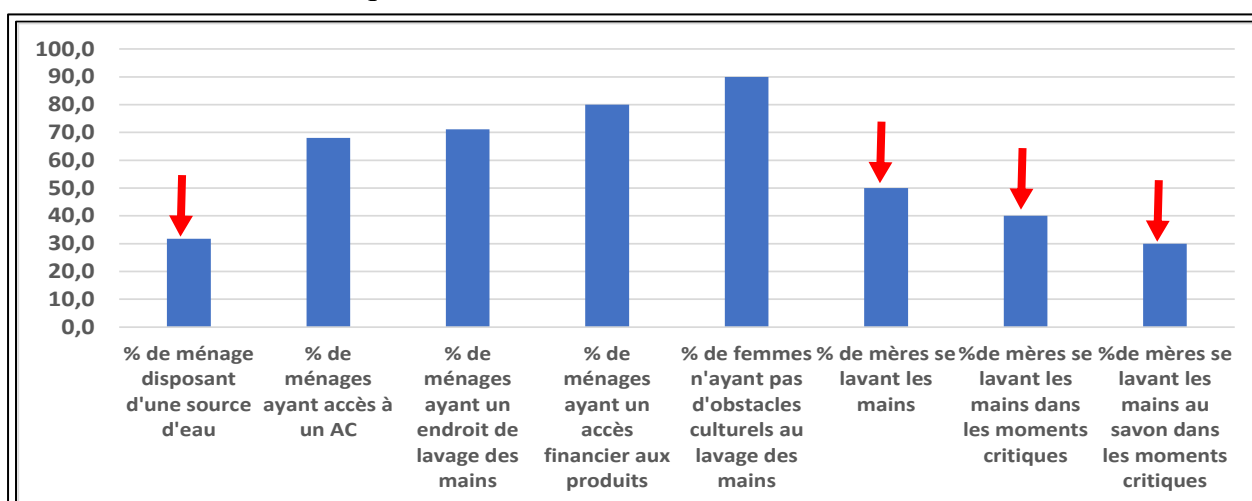


Figure 23 : Niveaux des déterminants de l'intervention "traceur" : lavage des mains

L'utilisation des prestations communautaires de qualité offertes aux femmes, aux enfants et aux adolescents souffre de trois principaux goulots d'étranglement :

- L'insuffisance d'accès aux intrants et infrastructures WASH au niveau communautaire ;
- La faible utilisation initiale et continue de ces prestations communautaires ;
- L'insuffisance de qualité de ces prestations communautaires.

L'analyse qualitative grâce aux focus groups organisés lors de l'atelier de validation de la situation dégage les principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles de ces goulots d'étranglement qui sont en annexe 2.

3.2.2. Principaux goulots d'étranglement sur la voie de l'utilisation des prestations de qualité offertes en stratégies avancées

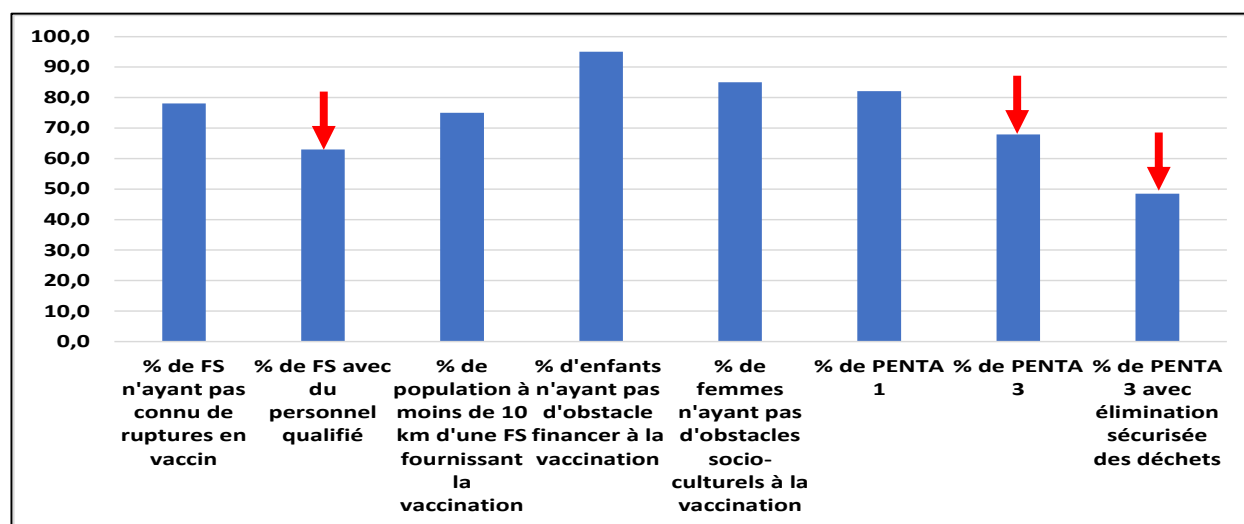


Figure 24 : Niveaux des déterminants de l'intervention "traceur" : vaccination au pentavalent

L'utilisation des prestations de qualité offertes en stratégies avancées aux femmes, aux enfants et aux adolescents souffre de trois principaux goulots d'étranglement

- L'insuffisance de disponibilité des ressources humaines qualifiées nécessaires pour mener ces prestations ;
- La faible utilisation continue de ces prestations ;
- L'insuffisance de qualité de ces prestations.

L'analyse qualitative grâce aux focus groups organisés lors de l'atelier de validation de la situation dégage les principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles de ces goulots d'étranglement qui sont en annexe.

3.2.3. Principaux goulots d'étranglement sur la voie de l'utilisation des prestations curatives de qualité offertes par les établissements de premier niveau

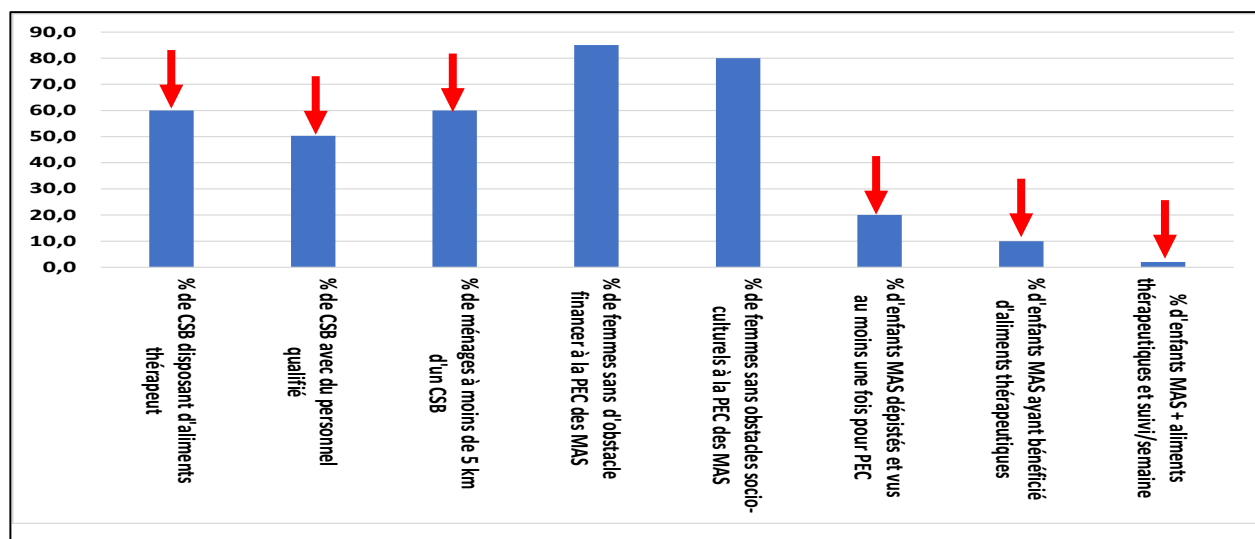


Figure 25 : Niveaux des déterminants de l'intervention "traceur" : PEC des MAS

L'utilisation des prestations curatives de qualité offertes par les établissements de premier niveau aux femmes, aux enfants et aux adolescents souffre de cinq principaux goulots d'étranglement :

- Insuffisance de disponibilités d'intrants essentiels (aliments thérapeutiques) au niveau des CSB ;
- Insuffisance de disponibilité du personnel qualifié nécessaire pour une offre adéquate des prestations SRMNIA-N au niveau du CSB ;
- Insuffisance d'accès géographique des mères aux CSB
- Insuffisance d'utilisation initiale et continue des prestations SRMNIA-N offertes au niveau du CSB ;
- Insuffisance de la qualité des prestations SRMNIA-N offertes au niveau du CSB.

L'analyse qualitative grâce aux focus groups organisés lors de l'atelier de validation de la situation dégage les principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles de ces goulots d'étranglement qui sont en annexe.

3.2.4. Principaux goulots d'étranglement sur la voie de l'utilisation des prestations curatives de qualité offertes par les établissements de référence

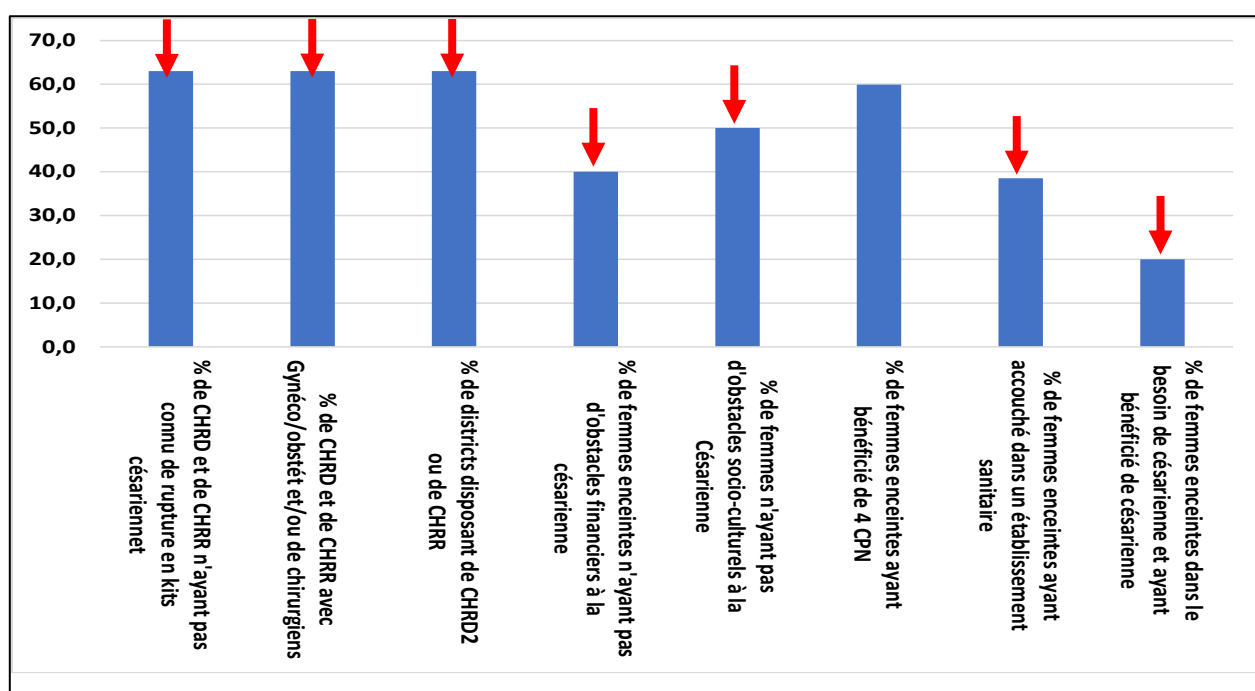


Figure 26 : Niveaux des déterminants de l'intervention "traceur" : césarienne

L'utilisation des prestations curatives de qualité offertes par les établissements de référence aux femmes, aux enfants et aux adolescents souffre de principaux goulots d'étranglement

- Insuffisance de disponibilité des intrants de chirurgie au sein des hôpitaux ;
- Insuffisance de disponibilité des ressources humaines qualifiées au sein des hôpitaux ;
- Insuffisance de couverture des districts en hôpitaux offrant la césarienne ;
- Insuffisance d'accès financier des femmes enceintes à la césarienne ;
- Insuffisance d'acceptabilité socio-culturelle des interventions obstétricales ;
- Insuffisance de couverture en CPN4 et en en accouchement assisté ;
- Insuffisance d'utilisation de la césarienne dans les grossesses à risque.

L'analyse qualitative grâce aux focus groups organisés lors de l'atelier de validation de la situation dégage les principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles de ces goulots d'étranglement qui sont en annexe.

3.3. Déterminants d'un environnement favorable pour des prestations SRMNIA-N accessibles à tous et de qualité

Ces différents goulots d'étranglement sont favorisés par une situation peu favorable de l'environnement du système de santé qui sera analysé ci-dessous à travers ses principaux piliers.

3.3.1. L'accès géographique à des formations sanitaires équipées

La pyramide de soins (opérationnel, intermédiaire, central) vise à rapprocher au maximum l'offre de soins essentiels aux populations, en particulier au couple mère-enfant. Cette couverture sanitaire reste insuffisante, mais surtout très inéquitable en fonction des régions et des districts. Une analyse causale a permis de ressortir que :

- L'éloignement inéquitable des CSB à plus de 10 km des populations est due au choix stratégique de l'emplacement de la formation sanitaire et à une insuffisance dans la construction et l'équipement des structures de santé à l'absence d'une carte sanitaire consensuelle et contraignante et à l'insuffisance de financement en faveur de la construction et l'équipement des structures de santé. Dans certains cas, la présence de barrières géographiques (montagne, cour d'eau, ...) et l'insuffisance des moyens de transport ne permet pas un accès suffisant à ces formations sanitaires malgré un accès géographique inférieur à 10 km.
- L'absence de bloc opératoire fonctionnel dans certains districts due au manque de ressources humaines ayant les compétences, au manque d'intrants spécifiques, au manque d'équipements fonctionnels ou au manque de financement pour le fonctionnement de ces hôpitaux rendent plusieurs Districts dépourvus de possibilités chirurgicales nécessaires pour jouer leur rôle de référence. En 2024, un total de 56 districts dispose de CHRD avec bloc opératoire fonctionnel soit 75%.

3.3.2. La disponibilité des intrants essentiels

L'utilisation des prestations de soins est intimement liée à l'accès à des intrants essentiels – médicaments et consommables – avec un paquet minimum indispensable. Ce goulot d'insuffisance d'accès aux intrants a été relevé à tous les niveaux de la pyramide de soins dont les principales causes sont ressorties ci-dessous.

- Au niveau communautaire, la rupture de stocks en intrants communautaires est essentiellement due à des estimations inadéquates des besoins par les agents communautaires (AC) souvent non formés en gestion des stocks. L'insuffisance de supervision formative de la part des CSB ou des EMAD et l'insuffisance de compétence de ces responsables de CSB et de districts en gestion de l'approvisionnement et du stock (GAS) ne facilitent pas le renforcement des compétences de ces AC en gestion des stocks.
- Au niveau des structures de premier contact (CSB) et de première référence (CHRD), on note une rupture de stock en intrants due essentiellement à des erreurs dans l'estimation des besoins secondaires à une insuffisance de compétences en GAS des responsables des structures. Ces

ruptures sont aussi dues à des commandes non honorées secondaires à l'insuffisance des stocks en amont elle-même due à la faiblesse de la GAS dans tout le système de soins, à l'insuffisance ou l'absence de suivi par l'EMAD et à l'insuffisance des capacités régionales ou nationales à répondre aux besoins des formations sanitaires opérationnelles et intermédiaires.

- Les structures de référence chirurgicale souffrent d'une insuffisance d'approvisionnement en intrants de chirurgie secondaire à une méconnaissance des procédures d'approvisionnement (Circuit programme et circuit SALAMA), à l'absence de système efficace de quantification et de gestion des stocks, et à l'insuffisance d'intérêt et de financement de la gestion des approvisionnements et des stocks en général.

3.3.3. La disponibilité des ressources humaines de santé qualifiées

La disponibilité de ressources humaines de santé (RHS) qualifiées reste l'un des facteurs essentiels pour une offre de soins continue de qualité. La fonctionnalité de la pyramide de soins dépend en premier de la disponibilité de médecins, de sages-femmes ou d'infirmier en fonction du niveau de la structure et de la norme établie. Ci-dessous sont passées en revue les principales causes d'insuffisance de disponibilité de ces RHS.

- Le nombre de RHS qualifiées est largement insuffisant au regard des besoins des formations de santé (FS), avec souvent un seul agent de santé qualifié au poste de responsable de CSB appelé à assurer les consultations, le suivi des patients en observation, les activités en stratégies avancées en même temps que la gestion de la structure. Cette situation serait due aux (i)départs fréquents non remplacés par manque de postes budgétaires qui limite les capacités de nouveaux recrutements en faveur du secteur, (ii)à la politique de développement des ressources humaines non adaptée aux besoins du secteur et (iii) à l'absence de plan de carrière pour les personnels en poste dans ces structures opérationnelles et intermédiaires.
- Il est noté une mauvaise répartition des RH due une insuffisance d'efficacité du système de gestion des RHS soumis à un interventionnisme intempestif basé sur des critères non objectifs, exprimant la non-effectivité de la gestion prévisionnelle des effectifs des emplois et de la compétence dans le secteur santé,
- Les FS souffrent aussi d'insuffisance de spécialistes ou d'AS compétents dans la prise en charge selon les normes et protocoles incluant les urgences en soins maternels et néonataux et pédiatriques par insuffisance de formations des spécialistes (Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatres), insuffisance ou absence de transfert de compétence entre AS et insuffisance de supervision formative par niveau. En l'absence d'une stratégie de délégation de tâches formellement institutionnalisée, la présence de stagiaires/bénévoles accentue cette insuffisance de compétences par manque d'encadrement ou de renforcement de capacité pour ces agents de santé non institutionnalisés. Il faut noter la réticence des spécialistes et des AS qualifiés à travailler dans les CHRD éloignés, reculés dans les zones difficiles.

3.3.4. Le leadership et la gouvernance

Les termes de leadership et gouvernance expriment la capacité du Ministère de la Santé à impulser, à coordonner, à susciter l'adhésion des parties prenantes au développement de la santé dans le Pays. Il s'agit aussi de la mise en place d'institutions, de mesures, de règles, d'organes de décision, d'information, de suivi et de système de recours afin d'assurer le bon fonctionnement du Ministère, et de respecter les droits à la santé de la population, en termes de redevabilité, de transparence et de participation citoyenne.

Ces dernières années, le secteur a mené une série des réformes allant dans le sens de l'amélioration de sa gouvernance et des services de santé de base, et a surtout adopté de nouvelles réformes institutionnelles matérialisées dans son organigramme, et qui préparent la mise en œuvre de l'approche axée sur les résultats à travers un nouveau processus de planification basée sur l'évidence.

Cette nouvelle dynamique et la volonté politique montre que des réformes restent nécessaires en réponse à certains problèmes de leadership dont notamment :

- La faible capacité de leadership du management à tous les niveaux ;
- L'insuffisance des textes et du cadre normatif du système de santé ;
- La faiblesse du mécanisme de suivi et d'évaluation de l'effectivité de toutes les activités mentionnées dans les Plans de travail annuel (PTA) ;
- L'insuffisance de la coordination et de l'intégration des soins au niveau des districts.

En matière de gouvernance, les problèmes essentiels sont :

- L'insuffisance de supervision et de partage d'information entre niveaux
- La forte centralisation du secteur à tous les niveaux ;
- Le manque d'intersectorialité et de démarche intégrée du développement du secteur ;
- L'insuffisance de sens de responsabilité et de redevabilité de la part des responsables et des acteurs à tous les niveaux.

3.3.5. Le Financement de la santé

Les estimations internationales notent que Madagascar devra mobiliser 112\$US par habitant pour atteindre l'ODD 3²⁰. En effet, en 2021, les DCS par habitants étaient de 18,22 USD. Trois principales sources de financement se partagent le volume de ressources mobilisées : le ménage malagasy, l'Etat et les PTF. Malgré le flux important de ressources, un gap important demande à être couvert pour une atteinte effective de l'ODD3.

Madagascar s'est engagée sur le chemin de la mise en œuvre de la couverture santé universelle (CSU) qui passe par la disponibilité et l'accessibilité de services de santé de qualité et par une protection contre le risque financier lié aux maladies. Un certain nombre d'actions pour améliorer la couverture des services de santé essentiels et la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie ont été engagées ces dernières années. Il s'agit à titre d'exemples de la

²⁰[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30263-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/fulltext)

réforme visant à assurer une cohérence entre le Projet Annuel de Performance et le budget programme (basé sur les résultats et les produits). La mise en application serait en cours de préparation pour le budget 2024²¹. Il faut cependant constater que la mise en œuvre effective des réformes est relativement lente et discontinue.

La contribution du budget de l'État au financement du secteur Santé apparaît relativement faible²². Malgré un léger accroissement ces dernières années, la part du budget de la santé dans le budget de l'État (6,7%), reste très loin de l'engagement d'Abuja d'allouer 15% à la santé. La dépense courante de santé (DCS) en % du PIB est estimée, en 2021, à 3,5%²³. Comparativement aux autres pays de la sous-région, Madagascar est très en dessous de la moyenne régionale, aussi bien concernant la part du budget national consacrée à la santé qu'en terme de part dans le PIB. Par ailleurs, de 2019 à 2021, la dépense de santé par habitant est restée en deçà de 112 \$ US par an et par habitant recommandée par l'OMS pour tendre vers un système de couverture santé universelle²⁴.

Au-delà du niveau du budget, la gestion des ressources mises à la disposition du secteur de la santé au niveau central et local est soumise à de nombreuses contraintes et obstacles qui se traduisent par des discordances, de nombreuses inefficiences et par l'absence de garantie d'arrivée à destination des ressources allouées au niveau périphérique²⁵.

Le financement extérieur est en train de prendre le pas sur le financement intérieur du secteur Santé. La part des financements extérieurs dans le budget de la santé est passée en première position (en 2021) avec 43,2% de la DCS couverts par les dons et prêts extérieurs. Par ailleurs, durant la période 2020-2022, Madagascar a bénéficié d'un allègement de la dette²⁶ de la part du FMI qui aurait contribué à améliorer l'espace budgétaire en faveur des secteurs sociaux.

Par ailleurs, la couverture du risque maladie de l'ensemble de la population demeure limitée, ce qui prive de nombreux citoyens d'un accès aux soins essentiels et les expose au risque d'appauvrissement et d'exclusion. Ainsi, la proportion de la population bénéficiant d'une assistance médicale et/ou d'assurance maladie reste modeste au moment où le ménage assure directement le financement du tiers (32,6%) de la DCS²⁷.

En effet, et malgré la couverture de certains districts par des mécanisme de protection financière²⁸ dans le cadre d'initiatives d'amélioration de l'accès aux soins²⁹, le système de prévoyance sociale

²¹ RMP du PDSS 2020-2024, MSAP, octobre 2023

²² Evaluation du financement de la santé 2015-2020, UNICEF

²³ Rapport CNS 2019-2021

²⁴ Rapport CNS 2019-2021

²⁵ RMP du PDSS 2020-2024, MSAP, octobre 2023

²⁶ Dans le cadre de l'initiative « Catastrophe Containment and Relief Trust »

²⁷ Rapport CNS 2019-2021

²⁸ RMP du PDSS 2020-2024, MSAP, octobre 2023

²⁹ Depuis 2020, cette couverture du risque maladie a bénéficié de la mise en place d'un système « voucher » dans cinq régions (Haute Matsiatra, Amoron'i Mania, Vakinankaratra, Itasy et Bongolava), de la mise en place d'un système de prise en charge des frais de soins par certain PTF dans le district d'Ifanadiana et de l'extension, en 2021, du mécanisme voucher dans les autres régions (Analamanga et Alaotra Mangoro). En 2022, une nouvelle directive Gouvernementale supporte la promotion des mutuelles de santé dont certaines ont vu le jour dans les districts d'Antalaha, d'Antsiranana et de Bealanana

du pays ne couvre qu'une fraction limitée de la population et ne prend pas en compte les risques liés à la santé. De plus, le régime d'assurance maladie est très faible avoisinant en moyenne 1% entre 2019-2021, ce qui se traduit par un faible du taux de couverture du risque maladie³⁰.

IV- Elaboration de la théorie du changement et du cadre de résultats

Toutes les parties prenantes ont dégagé les principaux problèmes de la SRMNIA-N, identifié les goulots d'étranglement relatifs à la disponibilité, l'accès et de l'utilisation des prestations, et analysé les causes immédiates, sous-jacentes et structurelles

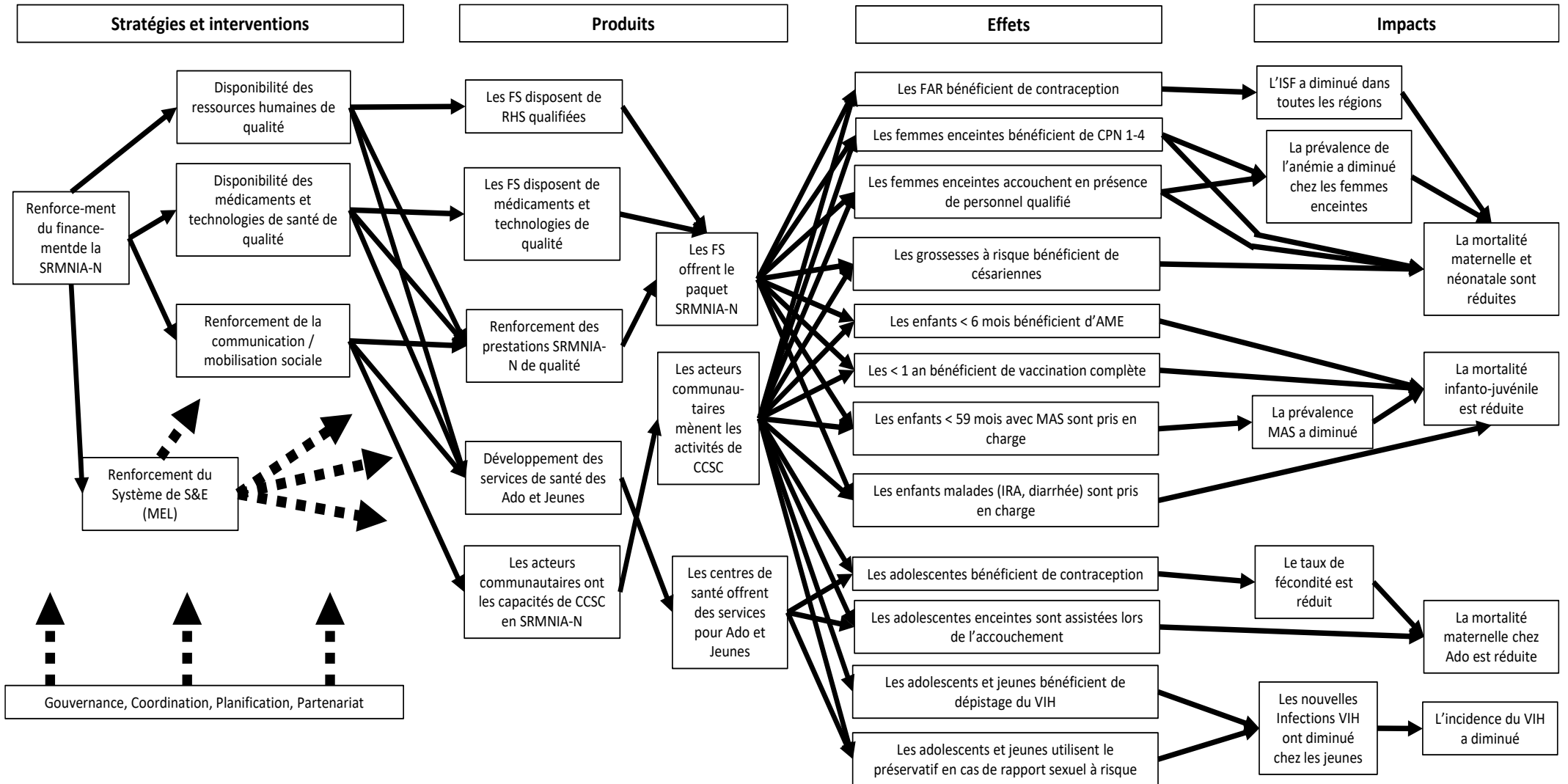
La théorie du changement est fondée sur l'évidence et établie suivant les quatre étapes essentielles :

- Ciblage du changement de haut niveau que Madagascar entend obtenir dans le cadre de l'atteinte des ODD en matière de santé et celle de la vision « **every women, every newborn, everywhere : healthy future** ». Grace à un travail collectif et avec l'appui de l'outil EQUIST et d'une grille de priorisation, les parties prenantes ont identifié les priorités épidémiologiques. C'est ainsi que les problématiques sur la mortalité maternelle, néonatale, des enfants de moins de 5 ans, la santé reproductive des adolescentes et la nutrition ont été prises en considération. Les goulots d'étranglement du système de santé ont été discutés et priorisés ainsi que leurs principales causes.
- Détermination des conditions à réunir pour que le changement souhaité se produise, en s'aidant des éléments de preuve scientifique liés aux interventions à haut impact et en s'appuyant sur l'observance des normes et standards internationaux et sur le respect des engagements nationaux et internationaux du pays dans le domaine de la SRMNIA-N.
- Identification des principales hypothèses qui sous-tendent la théorie du changement, et des principaux risques susceptibles de l'affecter. Les hypothèses envisagées ont été surtout celles qui concernent le lien de cause à effet : Qu'est-ce qui conduit à quoi, et comment ? Au moyen de quel(s) mécanisme(s) ? Comment les solutions envisagées contribuent au changement de haut niveau souhaité en matière de développement.
- Analyse des risques ayant permis de ressortir, en particulier, les risques environnementaux et politiques associés à des événements de grande envergure dans le pays, comme les élections, aux changements de postes de décision et de responsabilité au sein du gouvernement en général, et du MSANP en particulier, aux catastrophes naturelles (cyclones, sécheresse, etc.), aux risques liés aux épidémies (peste par exemple) qui peuvent imposer d'autres orientations, aux changements dans les politiques nationales ou à de fortes fluctuations des prix des matières premières.

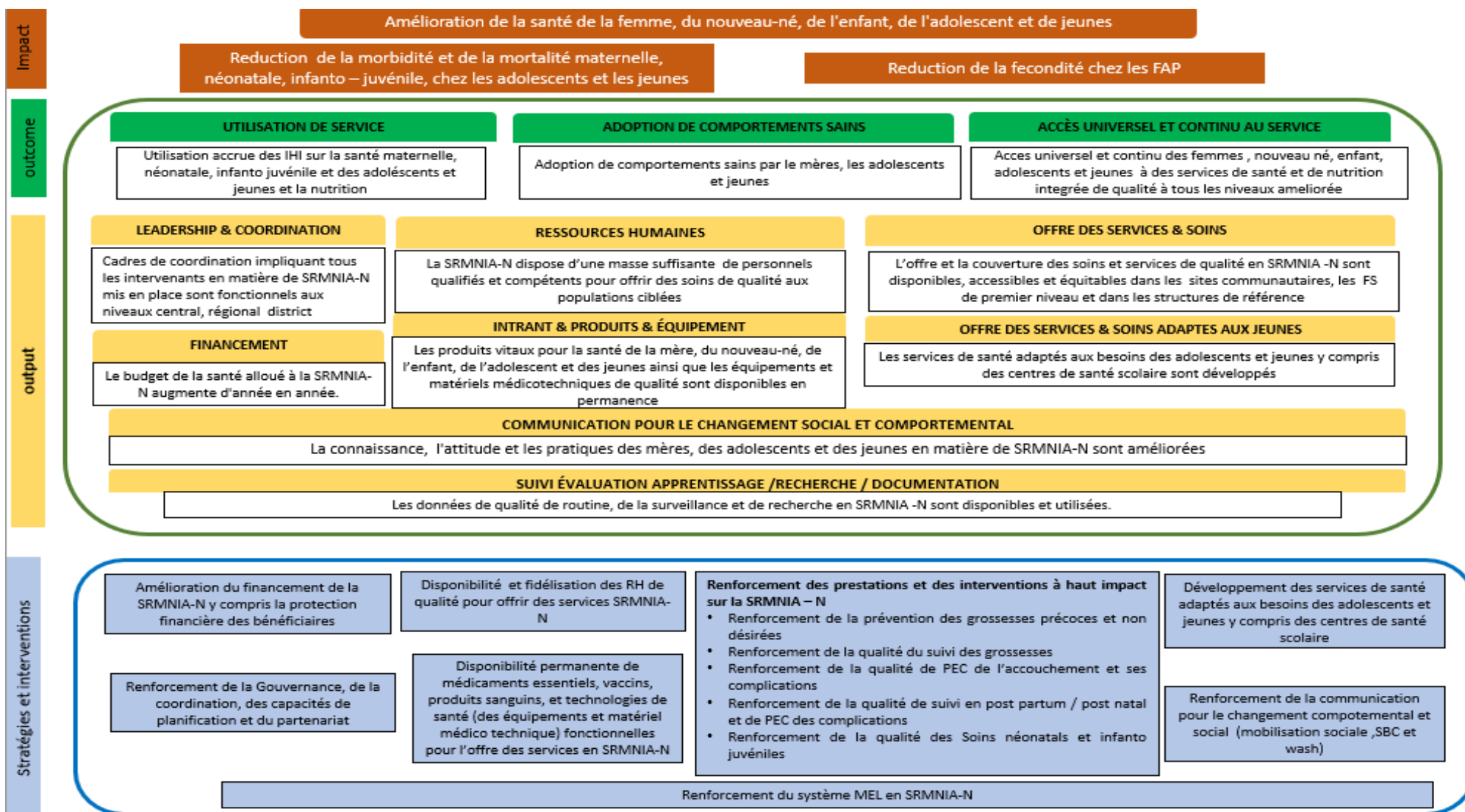
Pour en faciliter l'appréhension, il est schématiquement présenté ci-dessous, et successivement la théorie du changement avec les interventions correctives des causes des goulots, la levée des goulots sous-forme d'effets et l'amélioration escomptée de l'état de santé sous forme d'impact et le cadre des principaux résultats sous-forme de produits, d'effets intermédiaires, de résultats d'effets et d'impacts.

³⁰ Rapport CNS 2019-2021

4.1. Théorie de changement de la SRMNIA-N à Madagascar

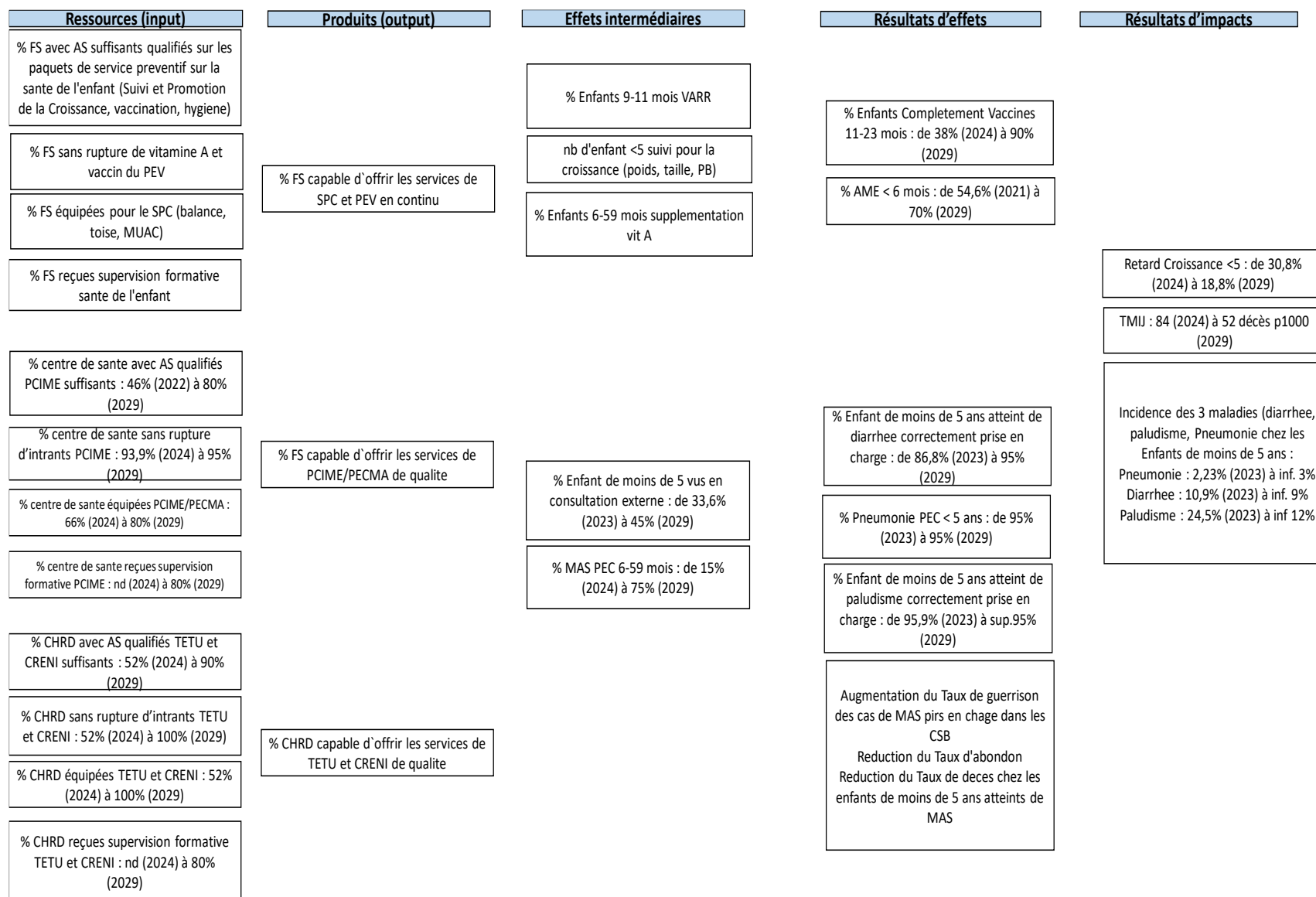


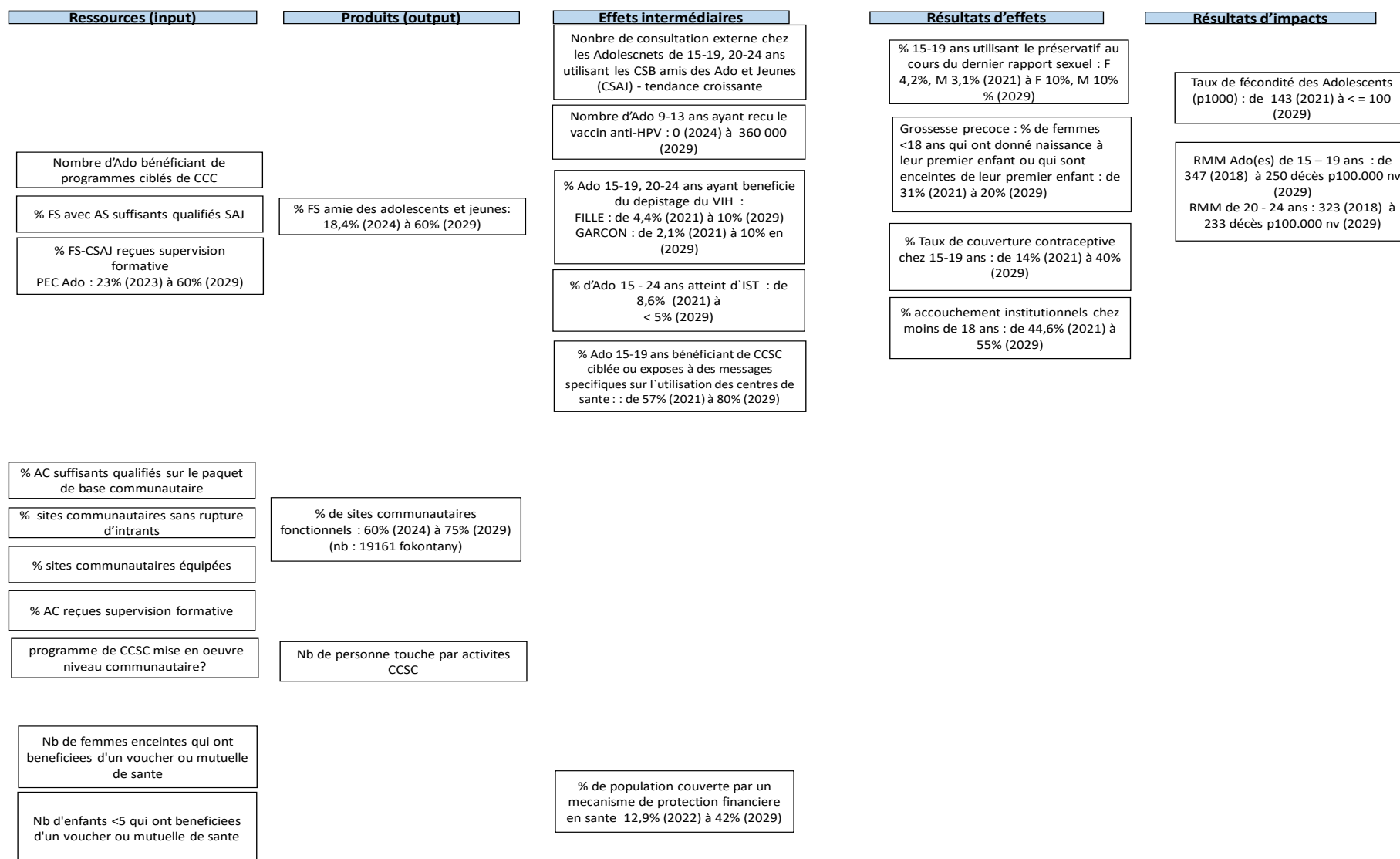
4.2. Cadre de résultats de la TDC de la SRMNIA-N à Madagascar



4.2. Cadre de résultats de la TDC de la SRMNIA-N à Madagascar

Ressources (input)	Produits (output)	Effets intermédiaires	Résultats d'effets	Résultats d'impacts
% FS avec AS suffisants qualifiés SONU : 6% (2024) à 60% (2029)	% FS capable d'offrir les SONU : 6% (2024) à 60% (2029)	% CPN1 (disaggregated by age)		
% FS sans rupture d'intrants SONU : 6% (2024) à 60% (2029)		% CPN4 : de 59,9% (2021) à 80% (2029)		
% FS équipées SONU : 6% (2024) à 60% (2029)		% FE ayant reçu FAF en CPN1		
% FS reçues supervision formative SONU : 11% (2024) à 60% (2029)		Taux de couverture FE Td2 et plus	% Accouchements assistés : de 46% (2021) à 80% (2029) (EDS)	Mortalité Maternelle: de 408 (2018) à 295 décès p100.000 nv (2029)
% FS avec AS suffisants qualifiés SMN+N integrer	% FS capable d'offrir SMN+N de qualite	Taux de couverture FE SP3	% Accouchements institutionnels : de 38,6% à 50% (DHIS2)	Prévalence anémie chez FE : de 17,8% (2024) à 5,1% (2029)
		Percentage of women with severe pre-eclampsia/eclampsia who receive the initial dose of MgSO4 (loading dose) in health facility.	Taux d'opération césarienne : 2% (2021) à 5% (2029)	
		Percentage of women who gave birth in a facility who received a prophylactic uterotonic immediately after birth for prevention of postpartum hemorrhage.	LBW	Mortalité Neonatale : 24 (2024) à 15 décès p1000 (2029)
		% FEA vues en consultation post natale dans les 48 heures et 7-14j: de 55% (2021) à 75% (2029)		
% FS sans rupture d'intrants SMN+N integrer	% FS capable d'offrir les services de PFI de qualite	% NN vues en consultation post natale dans les 48 heures et 7-14j:		
% FS équipées SMN+N integrer				
% FS reçues supervision formative SMN+N integrer				
% FS avec AS suffisants qualifiés PFI	% FS capable d'offrir les services de PFI de qualite	Nombre d'utilisatrices regulieres de methode de contraception moderne : de 3.295.800 (2024) à 5.100.000 (2029)	% Contraception moderne chez 15-49 ans : de 43% (2021) à 60% (2029)	Indice Synthetique de Fecondite : de 4,3 (2018) à 3,0 (2029)
% FS sans rupture d'intrants PFI				
% FS équipées PFI				





V- Priorités stratégiques du DI SRMNIA-N 2025-2029

5.1. Vision

En conformité avec le Plan national de développement, la Politique nationale de santé, le PDSS 2020-2024 et la FDR ARMMN, la vision de ce Dossier d'investissement (DI) est énoncée comme suit :

« Chaque femme, chaque Nouveau-né, chaque enfant et chaque adolescent jouissent de leur droit à la santé et au bien-être, se développe et participe pleinement à l'édification de la Nation prospère et pérenne ».

5.2 Principes directeurs

Les mêmes principes directeurs du Cadre d'investissement 2020-2024 seront reconduits afin de guider la mise en œuvre du présent DI pour la SRMNIA-N à Madagascar :

- **Le continuum de soins**

Le continuum de soins est une approche bien organisée de la réadaptation qui couvre tous ceux, dont les femmes, Nouveau-nés, enfants et adolescents pourraient avoir besoin pour garantir leur droit à la santé durant tout le cycle de vie et à tous les niveaux de la prestation des soins.

- **L'intégration des soins et la complémentarité des programmes**

Les services SRMNIA-N soient fournis de manière intégrée, notamment dès le point d'entrée dans le système de santé afin d'améliorer l'accès aux services et de réduire les occasions manquées.

Le DI s'appuie sur les programmes existants du MSANP, déjà mis en œuvre sur le terrain, ayant fait leurs preuves, en tenant compte des avantages comparatifs des différentes parties prenantes dans la participation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

- **L'approche basée sur les données probantes**

Les interventions proposées dans le DI SRMNIA-N sont basées sur l'utilisation de l'outil EQUIST partant d'une analyse situationnelle approfondie et participative.

- **La transparence et la redevabilité**

Il s'agira également, dans la mise en œuvre du DI de promouvoir le sens de la responsabilité, de la redevabilité et de la transparence, afin de garantir la durabilité des actions.

- **L'équité et la responsabilité**

Le principe est de mettre à échelle un paquet d'interventions à haut impact et avec un bon rapport coût-efficacité, en portant une attention particulière aux adolescents et jeunes, aux

enfants et aux mères les plus vulnérables, ainsi qu'aux autres groupes dans le besoin, dont les populations vivant dans les zones reculées et celles des quartiers pauvres des grandes villes.

- **L'approche multisectorielle** pour que la santé des femmes, des adolescents, des jeunes et des enfants soit le résultat commun de la mise en œuvre des politiques publiques et des plans de développement de tous les secteurs du Gouvernement.
- **L'alignement et la convergence**

Les programmes et projets appuyés par les PTF devraient être alignés sur le développement de la CSU à Madagascar. Si le présent DI pour la SRMNIA-N ainsi que les autres programmes ou projets de santé doivent apporter les soins de qualité à la population, la CSU (avec ses composantes de mise en commun du financement et de partage des risques) assure le mécanisme de protection financière pour la population.

.3. Stratégies et interventions prioritaires

Les interventions prioritaires retenues dans le Dossier d'investissement pour la période 2025-2029 sont :

- La prévention de la sexualité et des grossesses précoces et non désirées ;
- Le suivi adapté et de qualité des grossesses ;
- Les soins de qualité du couple mère-nouveau-né durant l'accouchement, en post partum/postnatal et la prise en charge des complications :
 - La PEC adaptée et de qualité de l'accouchement et de ses complications ;
 - Le suivi de qualité du post partum / post natal et la PEC de ses complications ;
 - Les soins néonataux de qualité ;
- Les soins infanto-juvéniles de qualité ;
- Le développement de paquet complet de services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes y compris des centres de santé scolaire.

Afin d'assurer un accès universel et une utilisation optimale de ces prestations prioritaires, et tenant compte des orientations de la théorie du changement et de son cadre de résultats, il s'agira de mettre en œuvre les actions prioritaires organisées ci-dessous en huit axes stratégiques conformes aux stratégies développées à l'entrée de la théorie du changement.

Cadres de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNIA mis en place sont fonctionnels aux niveaux central, régional et district

PRIORITE 1.

Renforcement de la Gouvernance, de la coordination, des capacités de planification et du partenariat

Action 1.1

Mise en place des organes de coordination de la SRMNIA à tous les niveaux pour le suivi de la mise en œuvre du PS SRMNIA

Action 1.2

Mise en place d'une plateforme de concertation et de collaboration entre les structures du MSP impliquées dans la SRMNIA (PNLS, PEV, PNLP, nutrition.....) et les entités sectorielles (Justice, Population, Jeunesse; Éducation...)

Action 1.3

Appui à l'élaboration des plans de mise en œuvre en prenant en compte des priorités stratégiques

Action 1.4

Organisation du partenariat autour de la SRMNIA, y compris public/privé/communautaire

Action 1.5

Élaboration, actualisation et finalisation des documents stratégiques, techniques et normatifs en SRMNIA

Le budget de la sante alloué a la SRMNIA augmente d`année en année

PRIORITE 2

Amélioration et pérennisation du financement de la SRMNIA

Action 2.1

Mise en œuvre d'un plan de plaidoyer et mobilisation des ressources financières (domestique et extérieure)

Action 2.2

Promotion des initiatives innovantes de financement pérenne de la SRMNIA

Action 2.3

Promotion des modèles de protection financière des mères, des nouveaux nés, des enfants et des ménages les plus vulnérables et enclaves

Les données de qualité de routine, de la surveillance et de recherche en SRMNIA sont disponibles

PRIORITE 3

Renforcement du système MEL en SRMNIA

Action 3.1

Renforcement des capacités à l'utilisation des outils de collecte des données

Action 3.2

Mise en place d'une base des données en SRMNIA intégrant les données sanitaires collectées à tous les niveaux

Action 3.3

Renforcement de la surveillance épidémiologique et des événements

Action 3.4

Développement de la recherche

Action 3.5

Organisation des évaluations périodiques, annuelles et finales des plans

La SRMNIA dispose d'une masse critique de personnels qualifiés et compétents pour offrir des soins de qualité aux populations ciblées

PRIORITE 4

Disponibilité des RH de qualité pour offrir des services SRMNIA

action 4.1

Plaidoyer pour la formation, le recrutement, l'affectation / redéploiement et la fidélisation au poste des RHS avec des compétences en SRMNIA

action 4.2

Renforcement des capacités des RHS en SRMNIA à tous les niveaux

action 4.3

Élaboration et mise en œuvre des plans de formation et de supervision formative pour le personnel de santé systématique et régulière

Les produits vitaux pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes ainsi que les équipements et matériels medicotechniques sont disponibles

PRIORITE 5

Disponibilité permanente de médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins, et technologies de santé (des équipements et matériel médico technique) fonctionnelles pour l'offre des services en SRMNIA

action 5.1

Renforcement des capacités du personnel des FS dans la gestion des médicaments, produits et intrants SRMNIA

action 5.2

Approvisionnement régulier en médicaments et produits vitaux

action 5.3

Rehabilitation des infrastructures SONU

action 5.4

Renforcement du plateau technique des FS pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA

action 5.5

instauration de la maintenance préventive et curative du matériel

L'offre et la couverture des soins et services de qualité en SRMNIA -N sont disponibles, accessibles et équitables dans les sites communautaires, les FS de premier niveau et dans les structures de référence

PRIORITE 6

Renforcement des prestations et des interventions à haut impact sur la SRMNIA

6.1 : Renforcement de la prévention de la sexualité et des grossesses précoces et non désirées, particulièrement auprès des adolescentes et des jeunes

action 6.1.1

Intégration de la PF dans les PMA les centres de santé scolaire et des jeunes

action 6.1.2

Disponibilité des technologies contraceptives et intrants.

action 6.1.3

Renforcement de la communication sur la PF, les IST/VIH/SIDA surtout en milieu scolaire

action 6.1.4

Renforcement de la PF du Post Partum dans les centres de santé faisant des accouchements

6.2 : Renforcement de la qualité du suivi des grossesses

action 6.2.1

Dissémination du document des normes et procédures en SRMNIA

action 6.2.2

Promotion des comportements sains dont la nutrition, la prévention du syndrome de l'alcoolisation fœtale (SAF), la vaccination, la TPIg, la prévention de IST/VIH, la PFPP

action 6.2.3

Prise en charge des complications de la grossesse dont les soins post-abortum en T1; les maladies hypertensives et les hémorragies de T2; la prématurité; les hémorragies en particulier les ruptures utérines en T3

action 6.2.3

Renforcement de la vaccination, la prévention de l'anémie, la nutrition (FAF, MMS), la TPIg,

6.3: Renforcement des soins du couple mère – nouveau-né de qualité durant l'accouchement, en postpartum/ post-natal et prise en charge des complications

action 6.3.1

Extension et fonctionnalisation des centres et du réseau SONU notamment dans les Régions prioritaires

action 6.3.2

Dotation centres SONUB et SONUC en médicaments, poches de sang, équipement et intrants nécessaires pour la gestion des périodes d'accouchement et du post-partum

action 6.3.3

Renforcement des capacités des AS dans la PEC des urgences et complications obstétricales ainsi que celle des complications liées aux avortements

action 6.3.5

Renforcement des mécanismes de supervision formative à tous les niveaux

action 6.3.6

Renforcement du système de référence et contre référence pour les urgences chirurgicales, obstétricales et pédiatriques

action 6.3.7

Surveillance du travail et de l'accouchement : GGTA

L'offre et la couverture des soins et services de qualité en SRMNIA -N sont disponibles, accessibles et équitables dans les sites communautaires, les FS de premier niveau et dans les structures de référence

PRIORITE 6

Renforcement des prestations et des interventions à haut impact sur la SRMNIA

. 6.3: Renforcement des soins du couple mère – nouveau-né de qualité durant l'accouchement, en postpartum/ post-natal et prise en charge des complications (suite)

Action 6.3.8

Assurance des soins essentiels de la mère et du nouveau - né

Action 6.3.9

Assurance de la PEC des urgences et complications incluant les troubles mentaux chez la mère

Action 6.3.10

Assurance de la PEC des urgences et complications chez les nouveaux nés : prématurité et FPN; les malformations ; les infections et septicémies; le tétanos néonatal

Action 6.3.11

Développement des unités de Néonatalogie dans les maternités de CHRR et CHRD

6.4: Renforcement de la qualité des Soins infanto juvéniles

Action 6.4.1

Amélioration du plateau technique des FS pour l'offre des SIJ (équipement, matériel, et consommables)

Action 6.4.2

Développement des activités de PCIME clinique incluant l'infection VIH pédiatrique dans toutes les CSB et les établissements de soins offrant de services et soins infanto juvéniles

Action 6.4.3

Développement des activités de PCIME au niveau communautaire

Action 6.4.4

Renforcement du PEV : couverture et rattrapage vaccinale, PEV pratique, réduction des zéro doses

Action 6.4.5

Extension des Centres de PEC de malnutrition (CRENA – CRENI) et des activités communautaires de dépistage de la malnutrition

Action 6.4.6

Renforcement des compétences des ACs et des communautés sur la promotion des pratiques clés dans les familles: Hygiène – Défécation propre – nutrition

Action 6.4.7

Développement des activités de prévention et prise en charge du paludisme chez les moins de 15 ans : TPI infantile – SMC (seasonal malaria chimioprophylaxy)- Community Case Management

L'offre et la couverture des soins et services de qualité en SRMNIA -N sont disponibles, accessibles et équitables dans les sites communautaires, les FS de premier niveau et dans les structures de référence

PRIORITE 7

Développement de paquet complet de services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes y compris des centres de santé scolaire

Action 7.1

Développement des modules de formation des prestataires pour l'offre des services adaptés aux besoins des adolescents et jeunes

Action 7.2

Renforcement des capacités des prestataires en santé et droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes

Action 7.3

Promotion des interventions SAJ adaptées en tenant compte des vulnérabilités :
lutte contre la toxicomanie –
lutte contre la grossesse précoce – sante mentale –
lutte contre la VBG – PF pour les adolescents et jeunes scolarisés et non scolarisés

Action 7.4

Renforcement de la qualité des Soins et de Services pour les adolescents et jeunes:
vaccin anti VPH; Tetanos -
soins VBG – PF

L'utilisation des services SRMNIA est améliorée

PRIORITE 8

Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale (SBC)

National

Action 8.1a

Promotion des interventions adaptées en tenant compte des vulnérabilités : lutte contre la toxicomanie – lutte contre la grossesse précoce – sante mentale

action 8.1b

élaboration / adaptation/ mise a jour de plan de communication pour SRMNIA –N

action 8.1c

Développement des messages, de scripts , de vidéo en SRMNIA - N

action 8.1d

Mise en œuvre du Plan de communication a tous les niveaux

Formation Sanitaire

Action 8.2a

Renforcement des capacités des prestataires pour offrir de conseils adaptes pour les femmes enceintes, celles qui s'occupant des enfants, les adolescents et les jeunes

action 8.2b

Renforcement des capacités des prestataires a offrir des services et de soins de qualite humanisés et respectant les droits des patients

action 8.2c

Promouvoir les comportements sains en SRMNIA –N

Communautaire

Action 8.3a

Renforcement des capacités des relais communautaires et des Acs pour la reconnaissance des signes de danger (lors de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum et chez les moins de (ans) en vue de l'orientation des femmes et des moins de 5 ans vers les structures de soins

Action 8.3c

Mobilisation de la communauté pour le don du sang

Action 8.3b

Organisation des VAD pour la relance des femmes enceintes irrégulières et perdues de vue aux SPN, les parturientes aux SPON, et les mères des enfants malnutris à l'éducation et récupération nutritionnelle , a la vaccination , a la déclaration des naissances et de deces

Action 8.3d

Mobilisation et renforcement des capacités de la communauté (APART), leur implication dans la SRMNIA, le plaidoyer pour l'amélioration du statut de la femme et les droits de l'enfant.

5.4. Groupes cibles et régions prioritaires

Au vu des disparités entre les situations sanitaires régionales, et dans une vision de renforcement futur de l'équité de la SRMNIA-N conformément aux orientations stratégiques du PDSS et de la FDR/ARMMN, il s'est avéré nécessaire de dégager les groupes prioritaires et les régions ayant un retard important par rapport à la situation nationale.

Pour un continuum efficace des services, le DI SRMNIA-N devra cibler, en priorité :

- La femme en âge de procréer (15-49 ans),
- La femme enceinte et femme allaitante
- Le nouveau-né
- Le nourrisson
- L'Enfant de moins de 5 ans
- Les Adolescents et jeunes
- Les ménages les plus vulnérables et/ou les plus exclus de l'accès aux prestations essentielles de SRMNIA-N.

Neuf indicateurs³¹ – dont quatre d'impact, trois d'effet et deux indicateurs socio-économiques – ont servi de base à cette analyse (voir la grille d'analyse en annexe) qui a permis de ressortir les huit régions ayant les indicateurs les plus en retard par rapport à la moyenne nationale. Il s'agit des sept³² premières régions dont le score est « rouge » dans la grille (en annexe) : Anosy, Atsimo Andrefana, Atsimo Atsinanana, Ihorombe, Melaky, Menabe et Vatovavy Fitovinany³³.

³¹ (1) Incidence de la pauvreté, (2) Taux de non scolarisation des femmes, (3) RMM, (4) TMNN, (5) TMIN, (6) RC, (7) Taux de CON4, (8) Taux d'accouchement dans un établissement de santé et (9) % de prise en charge des enfants avec diarrhée.

³² L'EDS 2021 ne sépare pas Vatovavy et Fitovinany qui étaient considérées une seule région : Vatovavy Fitovinany.

³³ L'analyse régionale ci-dessous n'a pas pu se faire de manière séparée sur les deux régions Vatovavy et Fitovinany car l'EDS 2021 les considère comme une seule région sans possibilité de données séparées pour chacune, ce qui amène à continuer à parler de sept régions malgré qu'elles seront effectivement huit

VI- Scénarii du DI SRMNIA-N 2025-2029

6.1. Développement des scénarii

Deux scénarii ont été développés tenant compte du niveau de mise à échelle des interventions avec les mêmes niveaux de couvertures cibles dans les deux scénarii.

- **Le scénario national** vise à couvrir l'ensemble du pays dans le but d'atteindre les couvertures optimales sans effort particulier visant à corriger les disparités régionales développées dans le chapitre précédent d'analyse de situation.
- **Le scénario ciblé** vise à couvrir les huit régions considérées les plus en retard en matière d'évolution des indicateurs de pauvreté, de mortalité et de morbidité (voir grille de priorisation en annexe) en continuant les efforts déjà en cours dans les autres régions.

6.2. Comparaison des résultats d'impacts et des budgets entre les deux scénarii

L'évolution du nombre de vies sauvées constitue un important indicateur de comparaison vu son impact direct sur les niveaux de mortalité, et indirect exprimant l'évolution de la morbidité causale.

Tableau 1 : Estimation du nombre de vies sauvées en fonction du budget investi, scénario national, 2025-2029

Scénario National	2025	2026	2027	2028	2029	Total / Moyenne 2025-2029
Coût Total (en milliard de MGA)	500,8	553,2	591,2	632,1	660,6	2 938
Coût Total (en millions d'USD)	112,5	124,2	132,8	141,9	148,3	660
Nombre total de vies sauvées	2 853	6 203	8 727	10 343	11 177	39 303
Coût par vie sauvée (en milliers d'USD)	39,4	20,0	15,2	13,7	13,3	16,8
Nombre de vies sauvées pour 1 million d'USD	25	50	66	73	75	60

Sur la période 2025-2029, si l'action est menée sur l'ensemble du Pays, le budget annuel évoluerait de 500,8 milliards de MGA (112,5 millions d'USD) en 2025 à 660,6 milliards (148,3 millions d'USD) en 2029.

Ce budget, rapporté au nombre attendu de vies sauvées, permet d'estimer une évolution du coût d'une vie sauvée de 39 416 USD en 2025 à 13 271 USD en 2029, avec un coût moyen sur la période 2025-2029 d'environ 16 785 USD ; ce qui permettrait, sur la période 2025-2029, de sauver 60 vies materno-infanto-juvéniles pour chaque million d'USD investi dans la mise en œuvre du DI sur l'ensemble du territoire.

Tableau 2 : Estimation du nombre de vies sauvées en fonction du budget investi, scénario ciblé sur les huit régions prioritaires, 2025-2029

Scénario ciblé sur les 8 régions prioritaires	2025	2026	2027	2028	2029	Total / Moyenne 2025-2029
Coût Total (en milliard de MGA)	126,8	140,1	149,7	160,1	167,3	744,0
Coût Total (en millions d'USD)	28,5	31,5	33,6	35,9	37,6	167,1
Nombre total de vies sauvées	2 667	4 586	5 749	6 238	6 044	25 284
Coût par vie sauvée (en milliers d'USD)	10,7	6,9	5,8	5,8	6,2	6,6
Nombre de vies sauvées pour 1 million d'USD	94	146	171	174	161	151

Sur la période 2025-2029, si l'action est ciblée sur les huit régions prioritaires, le budget annuel évoluerait de 126,8 milliards de MGA (28,5 millions d'USD) en 2025 à 167,3 milliards (37,6 millions d'USD) en 2029.

Ce budget, rapporté au nombre attendu de vies sauvées, permet d'estimer une évolution du coût d'une vie sauvée de 10 700 USD en 2025 à 6 200 en 2029, avec un coût moyen sur la période 2025-2029 d'environ 6 600 USD ; ce qui permettrait, sur la période 2025-2029, de sauver 151 vies materno-infanto-juvéniles pour chaque million d'USD investi dans la mise en œuvre du DI ciblé sur les huit régions prioritaires.

6.3. Choix du scénario

Tableau 3 : Comparaison des impacts et des coûts entre le scénario national et le scénario ciblé sur les huit régions prioritaires, 2025-2029

Comparaison des scénarii	2025	2026	2027	2028	2029	Total / Moyenne 2025-2029
Scénario national - coût par vie sauvée (en milliers d'USD)	39,4	20,0	15,2	13,7	13,3	16,8
Scénario ciblé 8 Régions - coût par vie sauvée (en milliers d'USD)	10,7	6,9	5,8	5,8	6,2	6,6
Scénario national - Nombre de vies sauvées pour 1 million d'USD	25	50	66	73	75	60
Scénario ciblé 8 Régions - Nombre de vies sauvées pour 1 million d'USD	94	146	171	174	161	151

Le coût d'une vie sauvée en cas de ciblage sur les régions prioritaires est 2,5 à 3 fois moins coûteux que dans le cas où l'action est généralisée sur le Pays. Dans le même sens, l'investissement d'un million d'USD ciblé sur la SRMNIA-N dans les huit régions permet de sauver 151 vies materno-

infanto-juvéniles, alors que la généralisation de l'action n'en permet de sauver que 60 pour chaque million d'USD investi.

Au vu de cette comparaison, il est retenu que le DI SRMNIA-N pour la période 2025-2029 sera focalisé sur les huit régions jugées prioritaires à savoir : Anosy, Atsimo Andrefana, Atsimo Atsinanana, Ihorombe, Melaky, Menabe, Vatovavy et Fitovinany.

NB : Nous avons conclu que le scénario ciblé est plus adapté mais il faut retenir le budget minimum pour les autres régions.

VII- Impacts attendus du DI SRMNIA-N 2025-2029, scénario ciblé

7.1. Impacts sur la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile

Tenant compte de la situation actuelle des indicateurs d'impact et d'effet en matière de SRMNIA-N le développement des applications OHT au niveau des huit régions a permis d'estimer le nombre de vies qui seront annuellement sauvées avec une réduction sensible des niveaux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

7.1.1. Evolution du nombre de vies materno-infanto-juvéniles sauvées dans les huit régions et durant la période 2025-2029

Tableau 4 : Prévisions de vies materno-infanto-juvénile sauvées grâce au scénario ciblé de 2025 à 2029

	2025	2026	2027	2028	2029	Total 25-29
Vies maternelles additionnelles sauvées	160	258	302	308	286	1 314
Vies néonatales additionnelles sauvées	527	865	1 043	1 098	1 048	4 581
Vies infanto-juvéniles additionnelles sauvées	1 980	3 463	4 404	4 832	4 710	19 389
Total de vies sauvées	2 667	4 586	5 749	6 238	6 044	25 284

Le nombre annuel de vies maternelles sauvées évoluerait de 160 en 2025 à 286 en 2029, ce qui représente une augmentation de 78,8%. Cette croissance est largement plus importante pour les vies sauvées néonatales qui ont quasiment doublées, et infanto-juvéniles avec une augmentation de 138% entre 2025 et 2029.

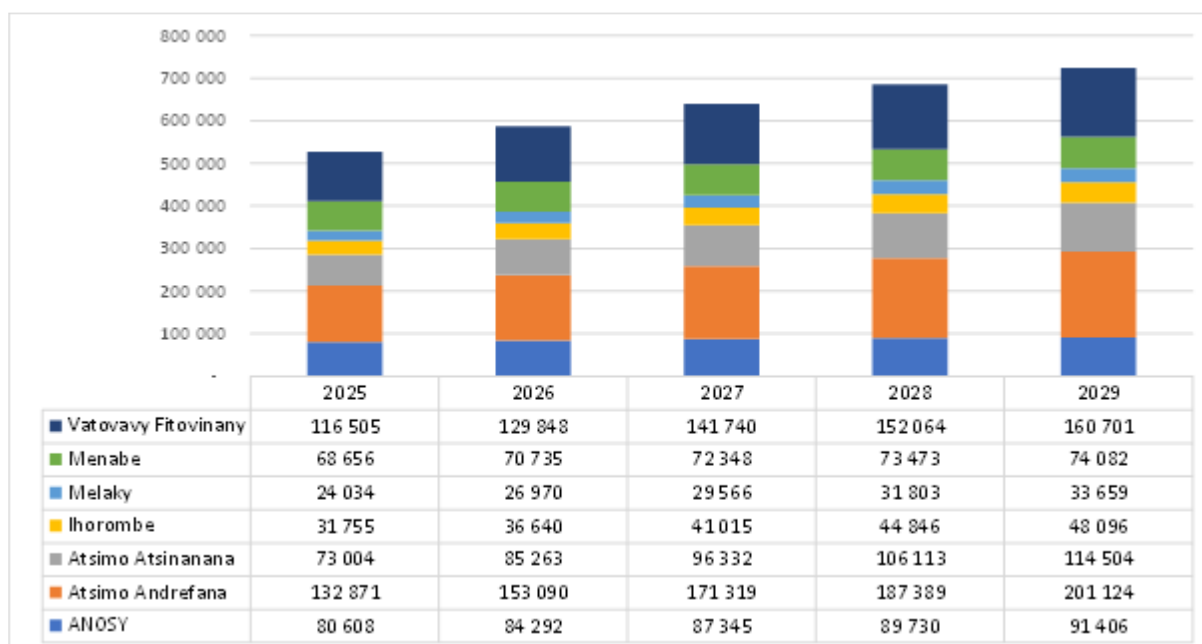


Figure 27 : Evolution du nombre d'utilisatrices de PF dans les huit régions cibles

Le nombre d'utilisatrices des méthodes modernes de planification familiale connaîtrait une augmentation régulière sur les cinq années avec une augmentation globale de 37,2% entre 2025 et 2029.

7.1.3. Evolution des indicateurs de la santé infanto-juvénile dans les huit régions et durant la période 2025-2029

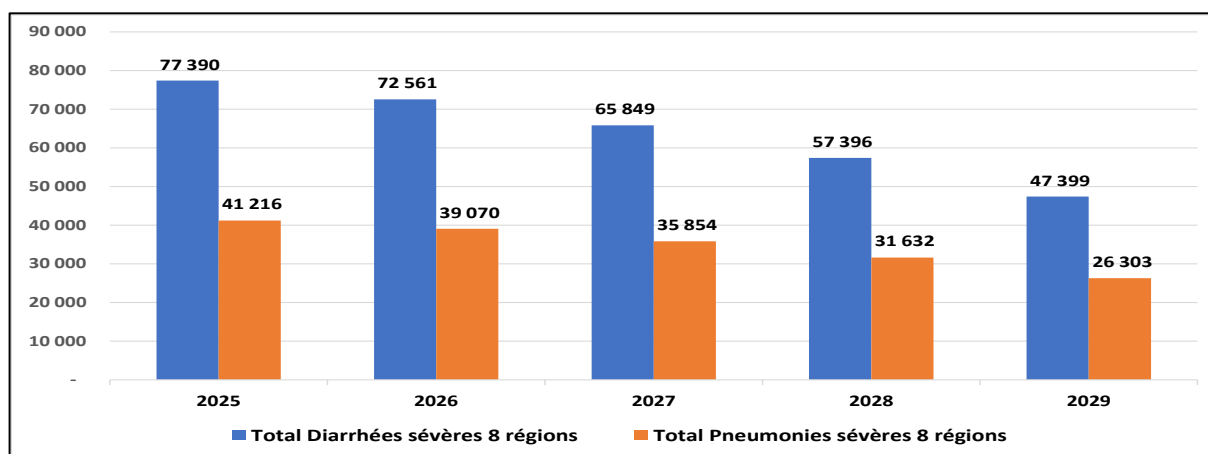


Figure 28 : Evolution du nombre de cas de diarrhées et d'IRA dans les huit régions cibles durant la période 2025-2029

La réduction de la mortalité infanto-juvénile serait possible grâce à la prise en charge de ses causes, mais aussi et surtout par la réduction du nombre de cas sévères de diarrhées et d’IRA qui connaîtraient des réductions respectives de 38,8% et de 36,2% entre 2025 et 2029.

7.2. Impacts sur la nutrition des mères et des enfants

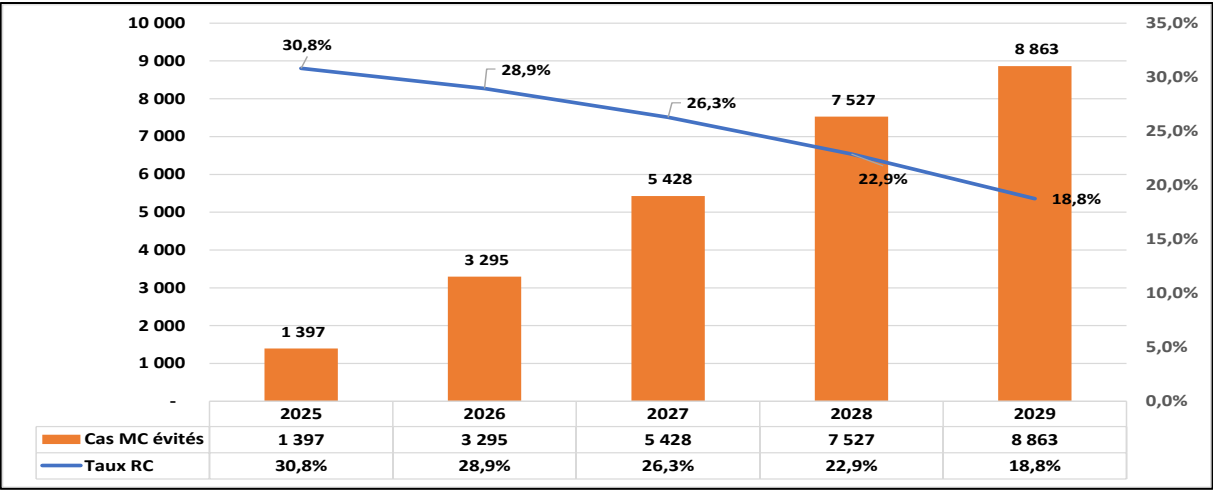


Figure 29 : Evolution du taux de malnutrition chronique et du nombre évité de cas de retard de croissance chez les moins de 5 ans de 2025-2029

L’effort qui sera mené en matière de lutte contre les différentes formes de malnutrition permettrait une réduction sensible du taux de malnutrition chronique qui passera de 30,8% en moyenne en 2025 à 19% en 2029 dans les huit régions, soit un nombre cumulé de cas de malnutrition évités 26.510 durant la période 2025-2029.

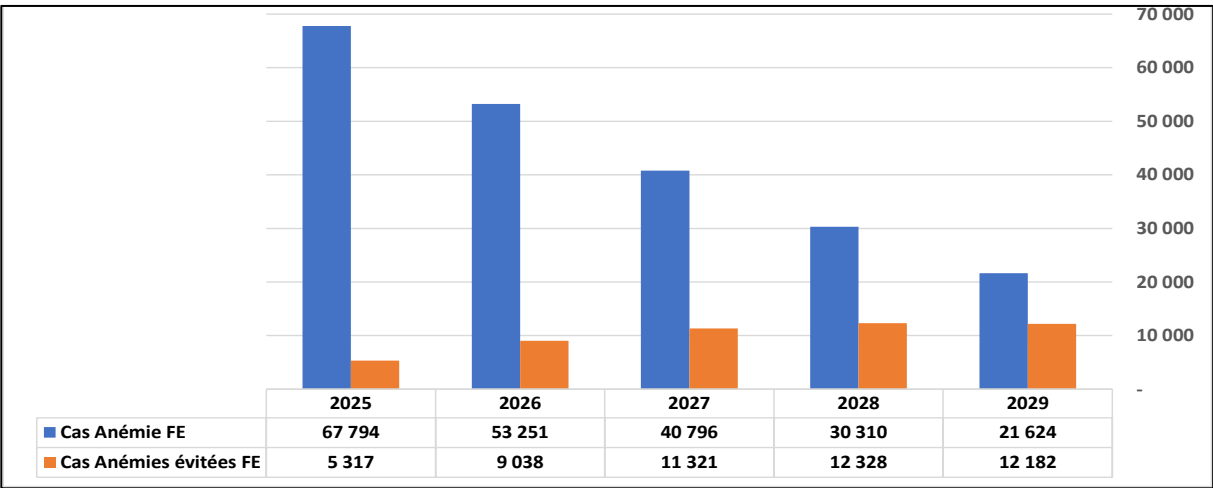


Figure 30 : Evolution du nombre de cas d'anémies et de cas évités d'anémie chez les femmes enceintes des huit régions entre 2025 et 2029

Les actions de CCSC et de suppléments prévues dans le présent scénario de financement permettraient une réduction de 200% des cas d'anémies chez les femmes enceintes vivant dans les huit régions (d'environ 68.000 cas à moins de 22.000 cas) avec un nombre cumulé de 49.186 cas évités d'anémies chez les femmes enceintes durant la période 2025-2029.

NB : En l'absence de possibilité d'exploitation de l'application développée sur EQUIST, il n'a pas été possible de dégager les impacts des efforts qui seront menés dans le cadre de l'amélioration de la santé des adolescents.

7.3. Evolution des couvertures attendues des principales IHI durant la période 2025-2029

Pour obtenir les résultats d'impact estimés ci-dessus, il est prévu que les couvertures effectives en interventions à haut impact sur la SRMNIA-N évoluent conformément au tableau suivant.

Tableau 5 : Evolution des couvertures moyennes (en %) dans les huit régions prioritaires de 2025 à 2029

Domaine	Indicateur	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Planification familiale										
	Taux de prévalence des contraceptifs	42,7	41,5	39,7	46,7	50,8	54,8	58,9	62,9	67,0
Soins prénatals et PEC des complications de la grossesse										
	CPN4	58,78	59,73		59,9	63,9	67,9	72,0	76,0	80,0
	Prise en charge des cas post-avortement				15,0	30,0	45,0	60,0	75,0	90,0
	Antibiotiques pour RPM				15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	Reseau SONU				33%					100%
Accouchement assisté dans un établissement de santé										
	PEC du travail et de l'accouchement	38,5	38,5		38,5	46,8	55,1	63,4	71,7	80,0
	MgSO4 pour l'éclampsie				20,0	31,0	42,0	53,0	64,0	75,0
	Méthode mère kangourou				5,0	19,0	33,0	47,0	61,0	75,0
	Réanimation néonatale				15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0

Domaine	Indicateur	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Soins post-accouchement										
	PEC de l'hémorragie post-partum				25,0	36,0	47,0	58,0	69,0	80,0
	Prise en charge des cas septicémie maternelle				15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	Septicémie néonatale - antibiotiques injectables				15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
IST et santé reproductive										
	PEC de la syphilis chez femmes enceintes				19,0	23,2	27,4	31,6	35,8	40,0
Prévention et PEC des maladies de l'enfant										
	Lavage des mains avec du savon				30,0	40,0	50,0	60,0	70,0	80,0
	Évacuation hygiénique des selles des enfants				38,1	45,1	52,1	59,1	66,0	73,0
	Administration du SRO en cas de diarrhée				30,8	39,6	48,5	57,3	66,2	75,0
	Traitement de la pneumonie chez les < 5 ans				54,0	58,2	62,4	66,6	70,8	75,0
	Traitement du paludisme chez les < 5 ans				44,6	50,7	56,8	62,8	68,9	75,0
Vaccination des enfants des moins d'un an										
	Vaccin contre le rotavirus				53,0	60,4	67,8	75,2	82,6	90,0
	Vaccin contre le pneumocoque				38,0	48,4	58,8	69,2	79,6	90,0

Domaine	Indicateur	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
	Vaccin contre la rougeole				38,0	48,4	58,8	69,2	79,6	90,0
	Vaccin pentavalent	67,0	68,0	70,0	53,0	60,4	67,8	75,2	82,6	90,0
Prévention du paludisme chez la femme enceinte										
	Femmes enceintes dormant sous une MII				54,9	58,9	62,9	67,0	71,0	75,0
	TPI pour femmes enceintes				31,0	38,0	45,0	52,0	59,0	66,0
Prévention et PEC du VIH/Sida										
	Utilisation du préservatif				31,0	34,8	38,6	42,4	46,2	50,0
	PTME				12,4	25,9	39,4	53,0	66,5	80,0
Prévention et PEC des malnutritions										
	Supplémentation quotidienne des femmes enceintes en acide folique et fer				26,0	30,2	34,4	38,6	42,8	47,0
	« Taux » d'AME chez moins de 6 mois				54,6	55,8	57,0	58,1	59,3	60,4
	Conseils sur l'alimentation complémentaire				66,0	70,8	75,6	80,4	85,2	90,0
	Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (enfants)				15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
Santé des adolescents et des jeunes										
	Vaccin contre le VPH				0,0	16,0	32,0	48,0	64,0	80,0
	Contraceptifs pour les personnes non en				14,0	15,2	16,4	17,6	18,8	20,0

Domaine	Indicateur	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
	union ou âgées de moins de 15 ans									

Afin d’atteindre ces couvertures, les interventions à haut impact (IHI) seront mises à échelle pour la plupart d’entre elles – déjà mises en œuvre mais de manière incomplètes – ou introduites pour celles ne connaissant pas encore de mise en œuvre malgré leur mention dans la politique de santé. Ci-dessous sont passées en revue certaines approches qui seront développées en complément à celles visant la levée des goulots d’étranglement et présentées dans le sous-chapitre suivant.

7.3.1. Pour les IHI de santé maternelle et néonatale

- La poursuite du renforcement et de la mise à échelle des interventions de planification familiale dans le cadre du Programme national permettra de maintenir, voire de renforcer l’élan d’évolution des dernières années en matière de couverture des besoins contraceptifs des FAR.
- Le renforcement des capacités des FS des différents niveaux (depuis le CSB jusqu’au CUH) permettra d’assurer, par niveau, une prise en charge efficace des grossesses à risque, en particulier les GEU et les grossesses associées à des pathologies létales ou handicapantes ; le suivi prénatal renforcé – grâce aux mesures spécifiques – permettra une détection plus précoce de ces risques associés à la grossesse et leur transfert en fonction du besoin dans le cadre d’un système de référence et de contre-référence redynamisé et renforcé.
- De même, le renforcement des capacités des FS des différents niveaux (depuis le CSB jusqu’au CHU) permettra aussi d’assurer, par niveau, une prise en charge efficace de l’accouchement et du post-partum immédiat afin de réduire les décès secondaires (i) aux dystocies sous toutes ses formes, (ii) aux hémorragies liées à un placenta previae, à un hématome rétro-placentaire ou à un défaut de délivrance, et (iii) aux crises de pré-éclampsie ou d’éclampsie qui sont les principales causes de mortalité maternelle, mais aussi néonatales. Outre l’approche de levée des goulots d’étranglement développée dans le sous-chapitre suivant, il s’agira en particulier de mettre à échelle les approches innovantes qui ont fait la différence au niveau de certaines régions ayant les ratio de mortalité largement inférieurs à la moyenne nationale.
- Par ailleurs, l’administration quasi-systématique de corticostéroïdes lors de menaces de travail avant terme et d’antibiotiques lors de rupture prématurée des membranes permettent la prévention d’accouchements prématurés et d’infections maternelle et néonatale responsables, à la fois, de décès maternels et néonataux. Il faut aussi noter le renforcement des capacités techniques de prise en charge des cas de septicémie, maternelle ou néonatale, et l’administration en post-partum de la chlorhexidine participant ainsi à cette amélioration de la santé maternelle et néonatale pour une réduction renforcée des décès dans ce couple mère-enfant.

- Enfin, la généralisation de l'offre de transfusion sanguine dans toutes les structures hospitalières de référence (au district, dans la région et au niveau national) permettra de sauver les femmes sévèrement anémiées soumises ou non à des causes d'aggravation de cet état d'anémie conduisant souvent au décès de la mère.

7.3.2. IHI de santé et de nutrition infanto-juvénile

Concernant la santé infanto-juvénile, la priorité sera accordée aux interventions de prévention et de soins de santé primaires ayant un meilleur rapport coût/efficacité. Ainsi :

- Un effort particulier, en étroite collaboration avec les acteurs gouvernementaux et les PTF engagés, sera mené pour une amélioration conséquente de l'accès à une eau potable, à une hygiène de qualité et à une évacuation sécurisée des selles. Cet effort comprendra un programme ciblé de CCSC visant aussi une généralisation du lavage des mains aux moments critiques.
- La prévention de l'infection du nouveau-né par sa mère porteuse de VIH bénéficiera de l'effort de renforcement du suivi prénatal (voir plus haut) et du renforcement des capacités techniques des agents de santé à tous les niveaux en matière de counselling et d'administration d'ARV à la mère et au nouveau-né.
- La promotion d'un allaitement maternel efficace et adapté, commençant depuis la première heure de vie du nouveau-né, verra l'implication active des communautés, de la société civile, des moyens nationaux de communication et des FS à différents niveaux. Cette promotion une systématisation de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, puis une complémentation progressive et adaptée aux besoins et un allaitement maternel prolongé jusqu'à 24 mois. L'environnement juridique sera revu pour être plus protecteur de cette promotion de l'allaitement au sein contre la pression publicitaire de l'alimentation artificielle au biberon.
- La lutte contre les maladies évitables par la vaccination, y compris la diarrhée (par le « rotavirus ») et l'IRA (par le « pneumocoque »), se fera par un renforcement effectif de la couverture vaccinale grâce au développement d'activités de vaccination adaptées au besoin et au contexte avec une priorité particulière aux districts connaissant un retard important par rapport à la moyenne nationale.
- La prise en charge des quatre principales causes de décès infanto-juvénile (diarrhée, IRA, paludisme et rougeole) sera améliorée grâce aux efforts de levée des goulots avec un accent particulier sur l'utilisation et la qualité de cette prise en charge, en particulier au niveau familial et communautaire puis au niveau des CSB pour une prise en charge précoce et adaptée, y compris l'introduction du zinc et de la vitamine dans le traitement respectif des cas de diarrhée et de rougeole.
- La lutte contre les différentes formes de malnutrition nécessitera la systématisation de la supplémentation du fer et de l'acide folique, de la vitamine et d'autres micronutriments au

profit des femmes et des enfants dans le besoin, en complémentarité avec la mise en œuvre du plan multisectoriel de nutrition impliquant plusieurs entités gouvernementales, de la société civile, du privé et des PTF. La mise en œuvre de ce plan permettra, du côté du secteur de la santé, d'assurer une détection et une prise en charge précoces et efficaces des cas de malnutrition aigue selon le protocole national révisé ; de manière multisectorielle, elle permettra d'améliorer l'accès à une alimentation diversifiée et enrichie.

7.3.3. IHI de santé des adolescents et des jeunes

L'élaboration/révision de la stratégie nationale de santé des adolescents permettra d'orienter l'action pour une amélioration de la santé sexuelle des adolescents à travers des actions de mobilisation sociale pour le changement de comportement et de mise à échelle des structures sanitaires amies des adolescents et des jeunes offrant des services spécifiques adaptés aux besoins particuliers de cette frange fragile de la population

7.4. Modalités d'amélioration de la mise en œuvre des IHI durant la période 2025-2029

Cette évolution, parfois très ambitieuse pourra être possible grâce à la levée des goulots d'étranglement dégagés par niveau lors de l'analyse de situation et repris de manière synthétique dans la préparation de la théorie de changement comme causes des insuffisances constatées. Quatre axes d'orientation résument les innovations attendues pour atteindre ces résultats :

- **La disponibilité suffisante des ressources humaines qualifiées** (i) en santé maternelle et néonatale dans les maternités (des CSB et des CHRD) mises à échelles dans le cadre d'un programme d'amélioration d'accès géographique aux structures périphériques et intermédiaires de santé, (ii) en santé infanto-juvénile, plus particulièrement en vaccination, en PCIME (surtout l'IRA, le paludisme et la diarrhée), en nutrition et en PTME dans les CSB et les CHRD mis à échelle, (iii) en santé des adolescents dans le cadre de structures de santé amies des adolescents et des jeunes, et mises à échelles dans le cadre de la stratégie nationale de santé des adolescents. Les capacités des écoles de formation seront évaluées en vue de mettre en œuvre un programme de renforcement leur permettant de répondre quantitativement et qualitativement à la demande de formation de base du secteur dont les priorités seront intégrées aux curricula. Un programme structuré de formation continue sera mis en œuvre en complémentarité avec la supervision formative renforcée (voir plus loin) afin de garantir une amélioration continue de la qualité des services préventifs et curatifs offerts.
- **L'accès durable aux intrants essentiels de qualité au dernier km.** Les processus d'approvisionnement, de distribution et de gestion des stocks des médicaments, vaccins et consommables essentiels aux soins préventifs et curatifs de SRMNIA-N seront revus et améliorés dans le cadre d'un renforcement du dispositif organisationnel, logistique et financier piloté par la SALAMA. Le dispositif privé d'approvisionnement et de distribution des intrants

– à travers le réseau des pharmacies – sera mis à profit dans cet élan d’amélioration d’accès au dernier km, y compris à travers une révision de la tarification de ces produits en fonction de leur importance dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et dans l’amélioration de la santé des adolescents.

- **La dotation des structures périphériques (CSB) et intermédiaires (CHRD et CHRR) de santé en équipements essentiels** selon les normes nationales en matière d’infrastructures et d’équipements biomédicaux et logistiques indispensables à une offre de qualité des services SRMNIA-N en tête des quels on peut citer (i) les équipements de maternité, de réanimation de la mère et du nouveau-né, et de diagnostic des pathologies associées à la grossesse, (ii) les équipements de suivi nutritionnel et de prise en charge des maladies de l’enfant, et (iii) les équipements de transfusion sanguine et de transport médicalisé des femmes et des enfants nécessitant une évacuation sanitaire. Un accent particulier sera accordé au renforcement du processus de maintenance, préventive et curative, de tous ces équipements et à tous les niveaux dans le cadre d’une stratégie efficace, efficiente et durable de maintenance des équipements biomédicaux et logistiques de santé.
- **L’amélioration de l’accès financier des services** en mettant à échelle les mécanismes de couverture du risque maladie ; les coûts de cette extension ont été estimés dans le scénario retenu, et il s’agira de développer les mécanismes les plus appropriés afin (i) de réduire les coûts à recouvrir grâce à une révision et une harmonisation de la tarification des services et produits, et (ii) d’augmenter la frange de la population bénéficiant du système d’assurance santé sociale en offrant une subvention à ceux qui ne sont pas actuellement inscrits.
- **Le renforcement de la supervision formative par niveau** jugée indispensable pour (i) assurer une amélioration continue des capacités techniques des agents de santé à tous les niveaux, (ii) apprécier les goulots d’étranglement spécifiques, par structure ou par niveau, afin de développer des solutions adaptées et de proximité et (iii) pour remonter les informations manquantes et indispensables à la prise de décision. Cette supervision, qui sera intégrée pour l’ensemble des services SRMNIA-N, bénéficiera d’une attention politique particulière en assurant son financement pérenne et durable permettant à chaque niveau de mener la supervision du niveau « en dessous » conformément aux directives et outils de supervision qui seront revus pour l’occasion.
- **Le renforcement/développement de programmes ciblés de communication pour le changement social et comportemental (CCSC)** centrés sur la SRMNIA-N, et plus particulièrement orientés vers la santé des adolescents. Les acteurs communautaires et de la société civile, ainsi que les personnels de santé, publics et privés, seront formés et engagés dans ces programmes de CCSC structurés autour de plusieurs stratégies complémentaires de communication.

VIII- Budgétisation du DI SRMNIA-N 2025-2029

8.1. Besoins financiers du DI SRMNIA-N 2025-2029 en fonction du scénario

8.1.1. Comparaison entre les besoins financiers des deux scénarii (national et ciblé) durant la période 2025-2029

Tableau 6 : Comparaison entre les évolutions d'enveloppes budgétaires des deux scénarii (national et ciblé) de 2025 à 2029

Budget total nécessaire	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Coût Total du scénario national (en milliard de MGA)	500,8	553,2	591,2	632,1	660,6	2 938
Coût Total du scénario ciblé sur les 8 régions (en milliard de MGA)	126,8	140,1	149,7	160,1	167,3	744,0
Coût Total du scénario national (en millions d'USD)	112,5	124,2	132,8	141,9	148,3	660
Coût Total du scénario ciblé sur les 8 régions (en millions d'USD)	28,5	31,5	33,6	35,9	37,6	167,1
Coût du scénario national par tête d'habitant (en USD)	3,6	4,0	4,3	4,6	4,8	21,4
Coût du scénario ciblé sur les 8 régions par tête d'habitant (en USD)	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	5,4

Le scénario développé pour cibler les huit régions prioritaires coûterait quatre fois moins cher que le scénario couvrant tout le Pays sans gain proportionnel en termes d'impact sur la santé materno-infanto-juvénile et de coût.

Ainsi, le coût de mise en œuvre du scénario ciblé évoluerait de 126,8 milliards d'ariary en 2025 à 167,3 milliards en 2029, soit un coût cumulé sur cinq ans de 744 milliards d'ariary.

Le tableau en annexe 8 donne les détails de répartition régionale de ce budget.

8.1.2. Evolution des dépenses de SRMNIA-N durant la période 2022-2023

La cartographie des ressources a permis de donner une estimation des dépenses sur les deux années 2022-2023

Tableau 7 : Estimation des montants (en USD) dépensés en matière de santé durant la période 2022-2023 et en fonction de la composante SRMNIA-N

Composantes SRMNIA-N	Montant (USD)	%
Santé infanto-juvenile	98 086 913	83,06%
Nutrition	8 052 413	6,82%
Santé maternelle& néonatale	6 578 496	5,57%
Santé Adolescents	2 145 363	1,82%
Autre SRMNIA-N	3 232 933	2,74%
Total SRMNIA-N	118 096 118	26,1%
Autre Non SRMNIA-N	333 561 295	73,9%
Total	451 657 413	

Durant les deux années 2022-2023, plus de 118 millions de dollars US ont été dépensés en faveur d'activités de SRMNIA-N sur l'ensemble du territoire national. Ce montant représente plus du quart (26,1%) de l'ensemble des dépenses en faveur du secteur de la santé qui dépassent les 451 millions d'USD.

Plus des quatre cinquièmes (83,06%) des dépenses de SRMNIA-N ont bénéficié aux activités de santé infanto-juvénile au détriment des autres composantes, en particulier la nutrition, la santé maternelle et néonatale et la santé des adolescents qui n'ont représenté, respectivement, que 6,82%, 5,57% et 1,82%. Il s'agit d'un déséquilibre qu'il s'agira de corriger au cours de la période du DI 2025-2029.

8.1.2. Evolution des dépenses de SRMNIA-N durant la période 2022-2023

Tableau 8 : Estimation des montants (en USD) dépensés en matière de SRMNIA-N durant la période 2022-2023 et en fonction de la source de financement

	Etat	Ag. Bilat	Ag. Multilat	ONG	Total	ND
Santé maternelle& néonatale	2 819 253	1 461 907	2 118 389	-	6 399 549	178 947
Santé infanto-juvenile	7 234 503	3 817 472	65 754 516	208 142	77 014 633	21 072 280
Santé Adolescents	10 575	105 412	1 518 986	-	1 634 973	510 390
Nutrition	73 422	4 743 149	2 805 518	-	7 622 089	430 324
Autre SRMNIA-N	-	1 901 508	95 580	-	1 997 088	1 235 845
Total (USD)	10 137 753	12 029 448	72 292 989	208 142	94 668 332	23 427 786
%	10,7%	12,7%	76,4%	0,2%	100,0%	

Environ neuf dixièmes (87,1%) des financements en faveur de la SRMNIA-N et dont la source de financement est déterminée proviennent des appuis extérieurs à travers les agences multilatérales (76,4%) ou bilatérales (12,7%). Cette situation ne garantit pas la durabilité de ce financement et donc de ses acquis qui restent tributaires des efforts de mobilisation des ressources extérieures.

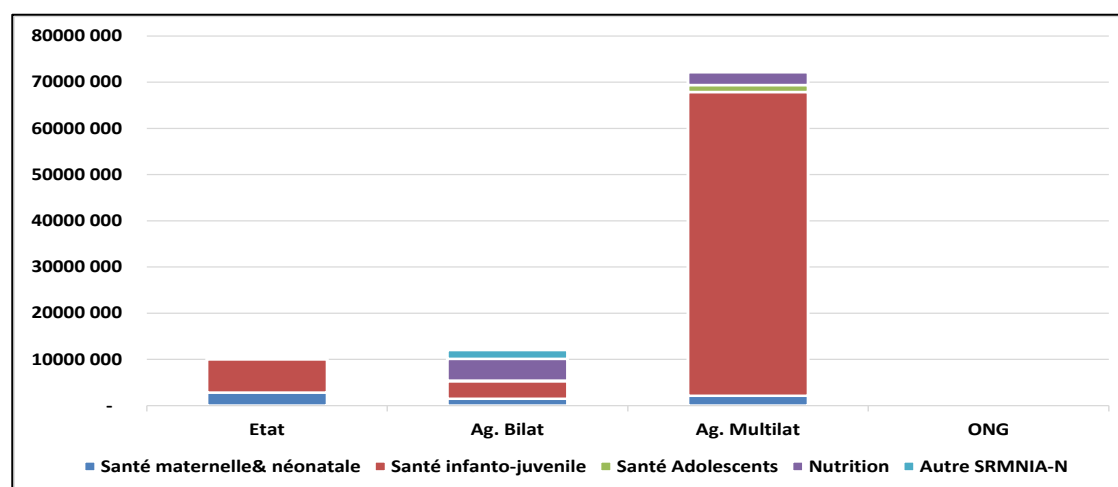


Figure 31 : Répartition des montants (en USD) dépensés en matière de SRMNIA-N durant la période 2022-2023 et en fonction de la source de financement

La quasi-totalité des financements provenant des agences multilatérales est orientée vers la santé infanto-juvénile expliquant ainsi le déséquilibre constaté ci-dessus.

8.2. Ressources potentiellement disponibles pour le DI SRMNIA-N 2025-2029

Tableau 9 : Estimation des montants (en USD) dépensés durant la période 2022-2023 et des ressources attendues de 2025 à 2029 en matière de santé et en fonction de la composante SRMNIA-N

	Exécution 2022-2023	%	Prévisions 2025-2029	%
Santé infanto-juvenile	98 086 913	83,06%	46 176 298	50,22%
Nutrition	8 052 413	6,82%	28 504 991	31,00%
Santé maternelle& néonatale	6 578 496	5,57%	7 278 766	7,92%
Santé Adolescents	2 145 363	1,82%	3 691 399	4,01%
Autre SRMNIA-N	3 232 933	2,74%	6 293 021	6,84%
Total SRMNIA-N	118 096 118	26,15%	91 944 475	16,99%
Autre Non SRMNIA-N	333 561 295	73,85%	449 106 440	83,01%
Total	451 657 413		541 050 916	

Globalement, la part allouée à la SRMNIA-N dans l'ensemble des ressources attendues pour la santé aurait baissé passant d'environ le quart (26,15%) des budgets exécutés à moins de 17% des ressources attendues durant la période 2025-2029.

Le déséquilibre constaté entre composantes s'est légèrement amélioré en faveur de la nutrition (de 6,82% à 31%), et beaucoup moins pour la santé maternelle et néonatale et pour la santé des adolescents ; un effort reste nécessaire.

Tableau 10 : Estimation des prévisions de mobilisation des ressources (en USD) en faveur de la SRMNIA-N durant la période 2025-2029 et en fonction de la source de financement

Composantes SRMNIA-N	Etat	Ag. Bilat	Ag. Multilat	ONG	Total	ND
Santé maternelle& néonatale	1 326 468	400 000	4 877 298	-	6 603 766	675 000
Santé infanto-juvenile	5 816 788	-	3 720 288	521 472	10 058 548	36 117 750
Santé Adolescents	12 539	55 196	3 542 938	80 726	3 691 399	-
Nutrition	24 475	169 010	26 784 459	1 287 046	28 264 991	240 000
Autre SRMNIA-N	-	749 021	164 000	-	913 021	5 380 000
Total	7 180 270	1 373 227	39 088 983	1 889 245	49 531 725	42 412 750
% des prévisions	14,5%	2,8%	78,9%	3,8%	100,0%	
% des exécutions 2022-2023	10,7%	12,7%	76,4%	0,2%	100,0%	

Les fonds multilatéraux restent largement dominants avec plus de 78% des prévisions de financement. Pour les agences bilatérales, la prévisibilité est moindre avec une baisse de 12,7% des financements exécutés à 2,8% des prévisions de financement.

La part des ressources domestiques a évolué de 10,7% en 2022-2023 à 14,5% en prévision 2025-2029.

8.3. Analyse des écarts financiers

Tableau 11 : Estimation des besoins financiers du DI (en USD) en faveur de la SRMNIA-N durant la période 2025-2029 au regard des prévisions de financement et estimation des gaps financiers annuels

Budget total du DI 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Scénario National	112 452 644	124 223 611	132 761 753	141 939 736	148 331 855	659 709 599
Scénario ciblé sur les 7 régions	28 478 533	31 459 519	33 621 796	35 946 112	37 564 911	167 070 871
Prévisions 2025-2029	73 749 240	55 335 705	6 941 148	5 443 993	-	141 470 086
Gap de financement - Scénario ciblé	45 270 707	23 876 186	- 26 680 649	- 30 502 120	- 37 564 911	- 25 600 786

La faible prévisibilité des financements extérieurs – part la plus importante du financement de la santé a impacté les résultats de cette analyse besoins-disponibilités-gaps. En effet, sur le court terme (2025 et 2026), le financement annoncé couvre largement les besoins du scénario ciblé, ce qui permettra de maintenir un effort dans les autres régions non prioritaires par rapport aux paquets déjà mis à l'échelle (ex : contraception, CPN, accouchement, CPoN, nutrition, vaccination, ...).

A partir de 2027 – moyen et long terme – la faiblesse des annonces de mobilisation est responsable d'un gap financier croissant atteignant 100% en 2029 où aucune annonce n'a été collectée lors du travail sur la cartographie des ressources.

IX- Mise en œuvre du DI SRMNIA-N 2025-2029

9.1. Processus de mise en œuvre du DI SRMNIA-N

Bien que le pilotage de la mise en œuvre du DI relève de la responsabilité du MSANP, il est important de souligner que les autres ministères, les ONG, le secteur privé, ainsi que les PTF ont un rôle important à jouer. Cette configuration institutionnelle implique des actions intentionnelles pour s'assurer que toutes les institutions participantes opèrent de manière à contribuer à une mise en œuvre adéquate et coordonnée du DI.

L'implication et l'appropriation des principales parties prenantes de la SRMNIA-N dans son processus d'élaboration et de validation facilitera la mise en œuvre du DI pour la SRMNIA-N de Madagascar. Concrètement, cette mise en œuvre aura nécessairement besoin :

- D'un plan opérationnel de mise en œuvre du DI 2025-2029 pour la SRMNIA-N qui définit les responsabilités en matière (i) de mobilisation des ressources, (ii) d'intégration des activités

SRMNIA-N dans les plans d’actions à différents niveaux et (iii) de suivi et évaluation de la mise en œuvre du DI 2025-2029.

- D’une mobilisation effective de ressources additionnelles conséquentes, nationales et extérieures, en faveur de la mise en œuvre du DI 2025-2029. Le secteur privé sera particulièrement sollicité afin de participer de manière durable au financement de l’offre et de la demande des services de SRMNIA-N.
- De l’obligation de respect des choix prioritaires retenus dans le DI pour toute nouvelle intervention en matière de SRMNIA-N, et du suivi du respect de ces choix stratégiques retenus dans le DI 2025-2029, en particulier les zones prioritaires ; les acteurs de la société civile et du secteur privé seront particulièrement mobilisés afin d’intégrer effectivement les priorités du DI dans leurs actions en matière de SRMNIA-N.
- Une prise en compte effective des priorités du DI par les différentes parties prenantes dans la mise en œuvre de leurs projets en lien avec la SRMNIA-N. Les établissements privés de santé et ceux gérés par les ONG seront appelés à respecter les protocoles de prévention et de prise en charge en matière de SRMNIA-N, à transmettre périodiquement les principales données de suivi du DI et à participer aux rencontres nationales et régionales d’évaluation pour son évaluation.

9.2. Parties prenantes et acteurs de mise en œuvre du DI SRMNIA-N

Rôles et responsabilités des acteurs clés

Le Ministère en charge de la Santé Publique (MSANP) : À travers ses points focaux, le MSANP assure la bonne mise en œuvre et le suivi des performances du DI 2025-2029 à tous les niveaux du système de santé. Ils assurent ainsi l’élaboration des documents cadres et la diffusion des politiques et des lois en matière de SRMNIA-N. En termes de renforcement des capacités, c’est le MSANP qui s’occupe d’harmoniser les curricula de formation et d’organiser la supervision formative par niveau de tous les acteurs. Tout plaidoyer auprès des hautes autorités et influenceurs clés sera pareillement structuré sous la conduite du MSANP.

D’autres parties prenantes contribuent à la réussite de la mise en œuvre du DI :

Le Ministère en charge des Finances publiques élabore et assure la mise en œuvre de la politique financière, fiscale et budgétaire de l’Etat incluant l’élaboration des projets de lois de finances, le contrôle et la synthèse de l’exécution des lois de finances. Il joue le rôle de mobilisation et de répartition des ressources financières. Il travaille en étroite collaboration avec le Ministère en charge de la Santé Publique dans tout le processus de gestion des finances publiques, notamment, le décaissement de fond, le suivi et le contrôle de l’utilisation des ressources mises à sa disposition par le Gouvernement et ses principaux bailleurs.

Le Ministère en charge de l'éducation et de l'enseignement à tous les niveaux contribue à l'amélioration de la sante des adolescents et des jeunes par la promotion de l'accès à l'éducation pour tous, la qualité de l'éducation, l'alphabétisation particulièrement des zones rurales, et la promotion de l'éducation civique et morale dans le but de former des citoyens compétents et responsables pour le développement du pays.

Le Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) : Par le biais de la Direction Générale de la Protection Sociale, le MPPSPF est chargé de la conception, de la mise en application, du pilotage et de l'évaluation des programmes et des stratégies de mise en œuvre de la politique nationale de la protection sociale relative au régime non contributif. Cette politique est axée sur la promotion des Droits humains fondamentaux, l'amélioration du bien-être de la population et de l'équité sociale, le renforcement de la cohésion sociale basée sur la solidarité nationale, ainsi que la lutte contre la pauvreté, la réduction de l'exclusion sociale, la lutte contre la vulnérabilité et pour l'amélioration des conditions de vie de la population.

Le Ministère de la Jeunesse et du Sport (MJS) : à travers la Direction de la protection de la jeunesse, le ministère contribue à favoriser l'environnement juridique, politique et stratégique en matière d'accès des jeunes aux services de santé de la reproduction. Il est un acteur clé dans la mise en œuvre des actions en faveur des adolescents et des jeunes, essentiellement en matière de sensibilisation, d'information et d'orientation, en se focalisant plus particulièrement sur les jeunes filles du milieu rural et celles appartenant aux ménages les plus pauvres.

La société civile : Les organisations de la société civile contribuent amplement à la santé publique et aux systèmes de santé en termes d'élaboration des politiques, de prestation des services et de gouvernance. On citera à cet égard l'apport d'éléments de preuve, la sensibilisation, la mobilisation de la population, la recherche de consensus, la prestation de services médicaux et de services liés aux déterminants sociaux de la santé, l'établissement de normes, l'autoréglementation et la promotion du partenariat social. Elle est la garante du principe de redevabilité envers la population. Leur collaboration avec les services techniques décentralisés a essentiellement trait à la coordination de la mise en œuvre et au suivi-évaluation des activités.

Le secteur privé : Le secteur privé de la santé reste limité à Madagascar et fournit des services ambulatoires et hospitaliers. Il est aussi impliqué dans le développement des infrastructures, ainsi que dans la production de médicaments et de technologies de la santé, et dans leur approvisionnement. Le recours au secteur privé de la santé est d'autant plus important que les dépenses publiques consacrées à la santé sont insuffisantes, et que le pays est souvent en proie à des situations d'urgence. Toutefois, jusqu'ici, le secteur privé de la santé ne fait pas partie de la planification du secteur de la santé menée par le gouvernement, et constitue donc une ressource

inexploitée dans le contexte de la SRMNIA-N. Faire participer le secteur privé au processus de planification à tous les niveaux du système de santé serait donc une initiative salubre.

Les PTF : Les partenaires techniques et financiers apportent des contributions financières pour la mise en œuvre du DI, et soutiennent le MSANP dans la mobilisation des ressources. Ils participent au renforcement des capacités des acteurs dans le domaine de la SRMNIA-N à tous les niveaux en matière de sécurisation des produits, d'offre de services, de mise en place de systèmes d'information, de formation initiale et continue, de recherche, de plaidoyer, d'équipements, et de dotations matérielles. Ils participent à l'approvisionnement en médicaments essentiels et font part de leur expertise technique dans l'élaboration des documents cadres.

9.3. Coordination, suivi et évaluation du DI SRMNIA-N

Dans la mesure où le DI est un document vivant et de référence pour toutes les parties prenantes dans le domaine de la SRMNIA-N, il est important qu'il y ait une coordination harmonisée entre les acteurs.

Au niveau national

Si le MSANP assure la direction du processus et la prise de décision, toutes les parties prenantes demeurent impliquées et ont un rôle à jouer. Le Comité National de Renforcement du Système de santé ou CRSS avec ses 7 sous-comités (leadership et gouvernance, ressources humaines, financement de la sante, système d'information, prestation de services, intrants/infrastructure/équipement médicaux, sante communautaire) et particulièrement le Sous-Comité Financement de la Sante sera la plateforme nationale pour le développement et la mise en œuvre de ce Dossier d'Investissement.

Le sous-comité « financement de la santé » avec le Groupe Technique de Travail (GTT) sur la SRMNIA-N assurent la coordination globale de toutes les activités entrant dans le cadre du DI de la SRMNIA-N. Les responsabilités et la composition de ce Sous-comité sont en annexe 1.

Au niveau déconcentré

Au niveau régional et sous la direction du directeur régional de la santé publique et du responsable en charge de la SRMNIA-N, un comité regroupant toutes les parties prenantes sera mis en place pour assurer la coordination et le suivi de la réalisation des activités devant être mises en œuvre dans la région.

Le même scénario est également à mettre en place au niveau de chaque district sanitaire sous la direction du médecin inspecteur et de son responsable en charge de la PF.

Ainsi, les comités de coordination et de suivi des districts transmettront, trimestriellement, aux comités régionaux, des rapports de suivi de la mise en œuvre des activités de districts en matière de SRMNIA-N. Ces rapports de district seront semestriellement synthétisés dans des rapports

régionaux de suivi qui seront transmis au sous-comité financement après leur validation lors des revues régionales, et présentés lors des revues semestrielles nationales.

Revue nationale

Tous les six mois, une revue nationale regroupera l'ensemble des parties prenantes afin de faire le point de la mise en œuvre du DI SRMNIA-N et de s'accorder sur les actions à mener au cours du semestre suivant. Dans le cadre de cette revue nationale, le point sera particulièrement fait autour des ressources mobilisées, engagées et exécutées en fonction du domaine d'action et en fonction de la source de financement.

A la fin de la revue nationale, un mémorandum d'action sera signé entre les parties prenantes pour les périodes restantes du DI.

Revue régionale

En préparation des revues nationales, les régions cibles organiseront chacune une revue régionale avec les parties prenantes de la région afin de valider le rapport semestriel régional de suivi présenté par le comité de coordination régionale et qui sera, par la suite, transmis au GTT au moins 15 jours avant la revue nationale. Le GTT développera ainsi un rapport synthétique national regroupant l'ensemble des rapports régionaux pour sa présentation à la revue nationale.

Revue à mi-parcours du DI SRMNIA-N

En mi-2027, sera engagé un processus de revue à mi-parcours (RMP) du DI SRMNIA-N permettant une révision éventuelle des orientations, des cibles et des prévisions budgétaires. Cette RMP sera techniquement menée par une entité indépendante du dispositif de pilotage, de mise en œuvre et de suivi et évaluation, en conformité avec les directives internationales en matière d'évaluation des programmes et des projets.

ANNEXES

Annexe 1 : Responsabilités et composition du sous-comité financement de la santé

Les responsabilités du Sous-comité sont :

- De servir d'organisme de décision pour l'ensemble du processus, des livrables et du suivi/évaluation.
- D'assurer le suivi périodique des performances dans le domaine de la SRMNIA-N, détecter les variations par rapport à la trajectoire prévue et émettre des orientations pour la corriger, au besoin.

Le Sous-comité « financement de la santé » est composé des membres suivants :

- Secrétaire Général du MSANP, qui en assure la présidence
- Les Points focaux responsables du suivi de l'élaboration et du DI
- Les Directeurs centraux du MSANP concernés par le DI
- Les représentant de l'Office National de Nutrition (ONN)
- Les PTF parties prenantes de la SRMNIA-N
- Les Représentants du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)
- Les représentant des OSC
- Les représentant du secteur privé.

En-dessous de ce sous-comité se trouve le GTT, qui est de type consultatif. Il est dirigé par les Points focaux du MSANP et composé de sous-groupes (Programmatique, Finances et Suivi-Evaluation). Chaque sous-groupe est composé de commissions techniques. Le GTT rend des comptes au sous-comité.

Le GTT est composé des points focaux, qui en assurent la présidence de manière collégiale, Les directeurs centraux du MSANP concernés par le CI : DSFa, DRH, DEPSI, CA-CSU, DAAF, DSSB, les représentant de l'ONN, les représentants du MEF, les représentants des OSC, les représentants du secteur privé (OSIE, secteur privé confessionnel, etc), les responsables de Programmes/Projets des PTF (OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, OIT, BM, AFD, Union européenne, PIVOT, GAVI, ONUSIDA, Fonds mondial, Principauté de Monaco).

Annexe 2 : Principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles des prestations communautaires

Goulot d'étranglement	Causes immédiates	Causes sous-jacentes	Causes structurelles
Insuffisance d'accès aux intrants communautaires	Rupture de stocks en intrants	AC n'a pas commandé	AC non formé en gestion des intrants ou non intéressé
			Pas de supervision réalisée par les CSB, EMAD
			Pas de système de motivation des AC et chef CSB
		AC a commandé mais commande non honorée par le CSB	Chef CSB ne maîtrise pas la gestion des intrants communautaires : chef CSB nouvellement affecté non formé
			CSB connaît lui-même une rupture en intrants
	Stocks disponibles mais non utilisables (avariés, périmés)	Problèmes d'estimation des besoins	Absence de circuit de rapportage des activités communautaires y compris RBC
Insuffisance d'utilisation des interventions communautaires	Disponibilité irrégulière des AC	Système de motivation des AC non satisfaisant	Non effectivité de la MEO du document cadre
	Couverture géographique en AC insuffisante	Insuffisance en nombre de AC qui travaille dans un FKT vu l'étendu des hameaux	Guide PAC non mis à l'échelle et les autorités locales et sanitaires non informées sur le guide PAC et du PNSC
			Sites communautaires non opérationnels
			Insuffisance du budget alloué aux interventions communautaires
			Zones d'intervention des PTF limitées et zones d'insécurité

	Couverture Insuffisante en activités communautaires de proximité	Cout élevé de cette stratégie	Insuffisance de mobilisation des ressources gouvernementale et non gouvernementale
	Activités de création de la demande (sensibilisation) inefficace	Outils de communication et contenu de sensibilisation non diversifiés et non adaptés aux cibles	Collaboration insuffisante entre les différentes parties prenantes de la santé communautaire
		Communication insuffisante sur les offres de services au niveau communautaire	Appui des PTF limité en activité communautaire
Insuffisance de qualité des prestations communautaires	Manque de compétences au niveau communautaire (AC)	Non objectivité dans le choix des futurs AC	Insuffisance de gouvernance au niveau communautaire
		AC non formés sur leur paquet d'activité	Insuffisance d'orientation des collectivités décentralisé sur le choix, les taches et responsabilité des AC
			Faible renforcement de compétence des personnels à responsabilité faible

		Insuffisance d'encadrement des AC	Manque en supervision formative
			Supervision sur site inefficace
			Supervision non ciblée et non intégrée
			Supervision non faite par les chefs CSB, EMAD
	Motivation insuffisante des AC	Insuffisance de la supervision des AC	Système de collaboration entre EMAD et PTF
			Faible culture de qualité
			Insuffisance des ressources, financières, temporelle, EMOI
			Chef CSB non formé (pas de financement, nouvellement affecté)
	Insuffisance de disponibilité des EMOI requis pour l'activité (équipement, mobilier, outils intrants)	Dotation (OG, intrants) en retard par rapport à la programmation de renforcement des capacités	Système de collaboration entre EMAD et PTF
			Chef CSB ne maîtrise pas la GIS communautaire
		Commande non honorée	Mouvement des AS

Annexe 3 : Principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles des prestations offertes en stratégies avancées

Goulot d'étranglement	Causes immédiates	Causes sous-jacentes	Causes structurelles
Insuffisance de disponibilité des ressources humaines qualifiées	Nombre de RHS insuffisant au vu des besoins des FS	Agent seul au poste qui ne peut pas assurer son poste et la stratégie avancée en même temps	Insuffisance des postes budgétaires
			Politique de développement des ressources humaines ne répondant pas aux besoins du secteur
	Mauvaise répartition des RH	Départs fréquents non remplacés	Absence de plan de carrière dans les centres de santé de base
		Insuffisance d'efficacité du système de gestion des RHS	Insuffisance de gouvernance du secteur de la santé
			Interventionnisme intempestif basé sur critères subjectifs
		Insuffisance ou absence de transfert de compétence entre AS	Insuffisance ou absence de supervision formative de l'EMAD
Insuffisance d'utilisation continue des prestations SRMNIA-N offertes en SA	Rupture de stock des intrants	Pas d'encadrement ni de renforcement de capacité pour les bénévoles (formation sur site)	Non institutionnalisation des stagiaires et bénévoles
		Stratégies avancées non planifiées ni ciblées	Manque de "routinization" des stratégies avancées
		Besoins des stratégies avancées non intégrés aux commandes	Activités des soins de proximité non rapporté au niveau des CSB
		Non-respect de la planification	Faible implication des APARTS dans l'élaboration et mise en œuvre de la planification

		Services limités lors du SA	
	Stratégies avancées non intégrées	L'incapacité des AS à planifier les activités des stratégies avancées et aussi leur suivi	Importance accordée aux SA insuffisante
Insuffisance de qualité des prestations SRMNIA-N offertes en stratégies avancées	Non-respect de protocole	AS non formés en SMN (AS recrutés ou affectés) et prestataires formés souvent non concernés	Importance accordée aux SA insuffisante
		Manque de supervision formative régulière	Supervision formative régulière non institutionnalisée et peu financée
	Mauvaise organisation / planification des stratégies avancée	Manque d'harmonisation des approches de SA et soins de proximité	Insuffisance de la gouvernance du secteur en particulier les volets coordination et « redevability »

Annexe 4 : Principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles des prestations offertes par les établissements de premier niveau

Goulot d'étranglement	Causes immédiates	Causes sous-jacentes	Causes structurelles
Insuffisance de disponibilités d'intrants essentiels (aliments thérapeutiques) au niveau des CSB	Rupture de stock des intrants	Erreur d'estimation des besoins	Faiblesse de la GAS dans tout le système de soins
		Commandes non honorées	Insuffisance ou absence de suivi par l'EMAD
			Insuffisance des capacités régionales ou nationales à répondre aux besoins des CSB
		Insuffisance de capacités en GAS des responsables des CSB	Faiblesse de la GAS dans tout le système de soins
Insuffisance de disponibilité du personnel qualifié nécessaire au niveau du CSB	Nombre de RHS insuffisant au vu des besoins des FS	Agent seul au poste qui ne peut pas assurer son poste et la stratégie avancée en même temps	Insuffisance des postes budgétaires
			Politique de développement des ressources humaines ne répondant pas aux besoins du secteur
		Départs fréquents non remplacés	Absence de plan de carrière dans les centres de santé de base
	Mauvaise répartition des RH	Insuffisance d'efficacité du système de gestion des RHS	Insuffisance de gouvernance du secteur de la santé
			Interventionnisme intempestif basé sur critères subjectifs
	AS non formés en SMN (recrutés ou affectés)	Insuffisance ou absence de transfert de compétence entre AS	Insuffisance ou absence de supervision formative de l'EMAD

	Insuffisance compétences des stagiaires/bénévoles	Pas d'encadrement ni de renforcement de capacité pour les bénévoles (formation sur site)	Non institutionnalisation des stagiaires et bénévoles
Insuffisance d'accès géographique des mères aux CSB	Eloignement inéquitable des CSB à plus de 10 km des populations	Insuffisance et inéquité dans la construction et l'équipement des structures de santé	Absence d'une carte sanitaire consensuelle et contraignante
			Insuffisance de financement en faveur de la construction et l'équipement des structures de santé
		Présence de barrières géographiques (montagne, cour d'eau, ...)	Insuffisance des moyens de transport
Insuffisance d'utilisation initiale et continue des prestations SRMNIA-N offertes au niveau du CSB	Rupture de stock des intrants	Stratégies avancées non planifiées ni ciblées	Manque de "routinization" des stratégies avancées
		Besoins des stratégies avancées non intégrés aux commandes	Activités des soins de proximité non rapporté au niveau des CSB
		Non-respect de la planification Services limités lors du SA	Faible implication des APARTS dans l'élaboration et mise en œuvre de la planification
	Prestations pour femmes et pour enfants non intégrées	L'incapacité des AS à organiser efficacement les prestations SRMNIA-N	Insuffisance de gouvernance dans la gestion des structures de santé
Insuffisance de la qualité des prestations	Non-respect des protocoles	AS non formés en SRMNIA-N et prestataires formés souvent non concernés	Importance accordée aux SA insuffisante

SRMNIA-N offertes au niveau du CSB		Insuffisance de supervision formative régulière	Supervision formative régulière non institutionnalisée et peu financée
	Mauvaise organisation des prestations	Manque d'intégration des prestations SRMNIA-N	Insuffisance de la gouvernance du secteur en particulier les volets coordination et « redevability »

Annexe 5 : Principales causes immédiates, sous-jacentes et structurelles des prestations offertes par les établissements de référence

Goulot d'étranglement	Causes immédiates	Causes sous-jacentes	Causes structurelles
Insuffisance de disponibilité des intrants de chirurgie au sein des hôpitaux	Insuffisance d'approvisionnement en intrants de chirurgie	Méconnaissance des procédures d'approvisionnement (Circuit programme et circuit SALAMA)	Insuffisance d'intérêt et de financement de la gestion des approvisionnements et des stocks
		Pas de système mis en place pour la mise à jour dans la quantification et la gestion de stock	
	Commandes non honorées	Responsable non formé en gestion des intrants	
		Manque de suivi d'utilisation des intrants	
Insuffisance de disponibilité du personnel qualifié nécessaire pour une offre adéquate des prestations SRMNIA-N au niveau du CSB	Insuffisance des spécialistes/ des Agents de santé dans la prise en charge selon les normes et protocoles incluant les urgences dans des zones non appuyées	Les centres de formations ne sortent pas un nombre adéquat de spécialistes (Gynécologues-Obstétriciens- Pédiatres)	Non mise en œuvre d'un Plan harmonisé de développement des ressources humaines en totale cohérence avec la carte sanitaire
		Insuffisance de recrutement des AS qualifiés	Politique de développement des ressources humaines ne répondant pas aux besoins du secteur
		Réticences des spécialistes à travailler dans les CHRD éloignés, reculés	Pas de système institutionnalisé de renforcement/mise à jour des compétence
			Insuffisance de supervision formative

		Insuffisance de motivation des spécialistes et AS qualifiés travaillant dans les zones difficiles	Absence de primes de performance généralisées
		Stratégies de délégation de tâches non développée au niveau national	Stratégies de délégation de tâches non formellement institutionnalisées
	AS non formés en SONUB, Changement de localité des AS formé	Les formation au niveau des Districts n'incluent pas les AS des hôpitaux qui ne trouvent pas l'intérêt de participer à ces formations	Insuffisance de programme de formation continue structuré et bénéficiant aux différents programmes de santé et aux différents types de personnel
Insuffisance de couverture des districts en hôpitaux offrant la césarienne	Pas de bloc opératoire fonctionnel dans certains districts	Manque de ressources humaines ayant les compétences et motivées	Voir ci-dessus
		Manque d'intrants essentiels	Voir ci-dessus
		Manque d'équipements fonctionnels	Insuffisance d'acquisition des équipements nécessaires à la chirurgie
			Pas de systèmes de maintenance de proximité clairs et d'amortissement
		Manque de financement pour le fonctionnement	Insuffisance de financement pour la mise en œuvre du Projet d'Etablissement hospitalier (PEH)

	Un seul CHD par district (hôpitaux privés peu nombreux)	Imposé par le manque de personnes qualifiées qui restent concentrés dans les grandes villes	Politique de développement des ressources humaines ne répondant pas aux besoins du secteur
Insuffisance d'accès financier des femmes enceintes à la césarienne	Coûts élevés des césariennes	Rupture en kits OC	Absence d'une politique de tarification stratégique visant à améliorer l'accès financier des interventions les plus prioritaires
	Manque d'autonomisation des femmes : prise de décision	Considérations socio-culturelles	Insuffisance de couverture par les système de couverture du risque maladie (assurance maladie, mutuelle de santé)
Insuffisance d'acceptabilité socio-culturelle des interventions obstétricales	Fausses considérations en lien avec l'accouchement et/ou la césarienne	Insuffisance d'information, d'éducation et de communication bénéficiant aux femmes enceintes	Les programmes de promotion de la santé ne bénéficient pas de suffisamment de ressources financières
		Manque de dialogue communautaire pour faire connaître les attributions des matrones et renforcer la complémentarité entre AS et matrones	Insuffisance de mise à échelle effective de la santé communautaire
Insuffisance de couverture en CPN4 et en en accouchement assisté	Retard de la CPN1 : recours aux matrones lors d'accouchement	Communication pour le changement de comportement insuffisante et peu ciblée, et les canaux utilisés pour les atteindre ne sont pas appropriés	Les programmes de promotion de la santé ne bénéficient pas de suffisamment de ressources financières
	Femmes rassurées si la CPN1 est normale alors elles ne reviennent pas aux centres de santé		

	Inaccessibilité géographique : La plupart des femmes enceintes habitent à plus de 5km des CSB	Case de santé inexistante pour les femmes qui vont accoucher	
		Insuffisance de l'intégration des soins lors des stratégies avancées et des soins de proximité	
Insuffisance d'utilisation de la césarienne dans les grossesses à risque	Méconnaissance de l'importance de la césarienne	Insuffisance d'une bonne communication de l'AS pour persuader la femme pour l'opération césarienne	Le système de Référence et Contre référence non maîtrisé et peu efficace
	Inaccessibilité financière	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus
		Décision de la famille et non du couple	

Annexe 6 : Grille de priorisation des huit régions prioritaires pour la SRMNIA-N

INDICATEURS	Anosy	Atsimo Andrefana	Atsimo Atsinanana	Ihorombe	Melaky	Menabe	Vatovavy Fitovinany	Amoron'i Mania	Androy	Betsiboka	Alaotra Mangoro	Analamang a	Analanjiraf o	Atsinanana	Boeny	Bongolava	Diana	Haute Matsiatra	Itasy	Sava	Sofia	Vakinankar atra
Mortalite maternelle	566	642	503	626	791	797	928	439	243	405	366	215	336	471	290	249	229	578	159	308	339	200
Mortalite Neonatale	12	16	19	10	22	38	47	39	14	29	27	24	31	23	18	39	12	29	24	10	20	31
Mortalite Infanto-juvenile	77	89	74	46	84	76	119	81	54	83	60	51	78	72	60	84	35	68	51	42	72	71
Retard de croissance	46,8	26,7	48,5	32,6	22,3	34,9	45,7	49,1	45,3	29,6	44,9	48,3	36,2	37,6	28,8	37,6	21,7	49,2	51,6	31	28,1	51,9
Accouchement institutionnel	36,7	26	20,6	14,9	21,3	21,7	37,8	39,1	24,3	26,9	40	68,8	37,5	36,6	37,9	35,9	56,6	32,8	51,8	41,2	32,7	42,8
Prise en charge correcte de la diarree chez les moins de 5ans	2,4	0	2,3	0	2,5	6,7	3,2	4,5	5,5	4,4	0	4,3	9,5	6,2	13,6	2,1	14,4	11,9	11,2	7,1	9,6	13,7
CPN 4+	48,3	57,8	56,1	47,8	47,9	39	73	60,1	57,2	44,2	54,1	74,2	65,3	63	60,4	51,1	75,6	71,3	61,8	52,3	46,1	56
Incidence de la pauvrete multidimensionnelle	82,6	86,3	82,8	77,2	71,5	73	83,5	75,6	91,7	73,8	68	44,3	60,8	69,7	65,6	77	60,4	79,4	69,1	63,4	65	75,1
Femmes sans niveau d'instruction	51,4	30,5	40,6	41,6	33,8	35,5	17,9	8,6	47,4	27,3	9,8	2,2	11,3	11,1	17,7	8,7	12,1	5,8	6,9	12,5	12,1	6,4
SCORE	6	6	6	5	5	5	5	3	3	4	1	2	1	0	0	2	0	2	1	0	1	2

Annexe 7 : Tableau détaillé du budget du scénario ciblé

Tableau A7a : Budget du DI – SRMNIA -N 2025 -2029

DI	BUDGET DI 2022-2024			BUDGET DI 2025-2029					TOTAL
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Total DI 22-29
Coût de mise en œuvre des programmes	70 109 890	62 417 582	65 054 945	54 036 555	65 518 150	76 435 440	89 049 591	100 839 749	583 461 903
<i>Santé Maternelle et Néonatale</i>	15 604 396	16 923 077	18 461 538	10 807 311	13 922 607	17 197 974	21 149 278	25 209 937	139 276 118
<i>Santé Enfant hors vaccination et nutrition</i>	3 516 484	3 736 264	3 736 264	8 105 483	10 155 313	12 229 670	14 693 182	17 142 757	73 315 418
<i>Vaccination</i>	21 538 462	22 637 363	23 736 264	8 105 483	9 827 723	11 465 316	13 357 439	15 125 962	125 794 011
<i>Lutte contre paludisme</i>	16 483 516	5 714 286	7 032 967	3 782 559	3 931 089	3 821 772	3 561 984	3 025 192	47 353 365
<i>Lutte contre VIH/SIDA</i>	-	-	-	1 621 097	1 965 545	2 293 063	2 671 488	3 025 192	11 576 385
<i>Nutrition</i>	8 791 209	9 450 549	9 890 110	8 105 483	9 008 746	9 554 430	10 018 079	10 083 975	74 902 581
<i>WASH</i>	219 780	-	-	2 701 828	3 275 908	3 821 772	4 452 480	5 041 987	19 513 754
<i>Promotion de la santé</i>	219 780	219 780	219 780	2 701 828	2 784 521	2 675 240	2 448 864	2 016 795	13 286 589
<i>Santé des Adolescents</i>	3 736 264	3 736 264	1 978 022	8 105 483	10 646 699	13 376 202	16 696 798	20 167 950	78 443 682
Coût de renforcement du système de santé	18 461 538	25 934 066	32 747 253	81 054 832	80 077 739	76 435 440	72 858 756	67 226 499	454 796 124
<i>Développement RHS</i>	5 714 286	6 153 846	8 571 429	16 210 966	17 617 103	18 344 506	18 943 277	18 823 420	110 378 832
<i>Constructions et équipement</i>	219 780	219 780	219 780	24 316 450	22 021 378	19 108 860	16 393 220	13 445 300	95 944 549
<i>Logistique</i>	879 121	659 341	659 341	8 105 483	8 007 774	7 643 544	7 285 876	6 722 650	39 963 129
<i>Système information sanitaire</i>	-	-	-	12 158 225	11 411 078	10 318 784	9 289 491	8 067 180	51 244 758
<i>Gouvernance</i>	8 791 209	16 043 956	20 659 341	4 052 742	4 003 887	3 821 772	3 642 938	3 361 325	64 377 169
<i>Financement</i>	2 857 143	2 857 143	2 637 363	16 210 966	17 016 520	17 197 974	17 303 955	16 806 625	92 887 688
Coût du paquet additionnel pour les 8 régions	19 485 714	19 437 363	21 516 484	28 478 533	31 459 519	33 621 796	35 946 112	37 564 911	227 510 432
Coût du paquet de base pour tout le Pays	69 085 714	68 914 286	76 285 714	106 612 855	114 136 371	119 249 084	125 962 235	130 501 337	810 747 595
Budget total DI : Paquet Complet pour les 8 Régions et de base pour le reste du Pays (en USD)	88 571 429	88 351 648	97 802 198	135 091 387	145 595 890	152 870 881	161 908 347	168 066 248	1 038 258 027
CARTO pondéré par Pop cible et activité des strcutures et RHS SRMNIA	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Total ressources carto
Financement de mise en œuvre des programmes	49 494 838	65 175 091	164 703 254	54 996 480	31 327 859	14 972 747	12 175 619		392 845 888
<i>Santé Maternelle et Néonatale / SR-PF</i>	1 444 459	5 473 354	4 458 589	3 387 061	2 841 107	2 598 197	2 441 069		22 643 836,22
<i>Vaccination</i>	28 381 888	31 095 150	57 345 942	16 837 596	8 915 457	9 739 550	9 734 550		162 050 133
<i>Lutte contre paludisme</i>	12 278 017	14 637 352	43 874 434	7 275 806	2 492 585	-	-		80 558 195
<i>Lutte contre VIH/SIDA</i>	3 101 790	3 165 037	6 624 265	5 768 982	6 142 955	-	-		24 803 029
<i>Nutrition</i>	4 242 991	10 754 032	52 173 279	21 627 838	10 868 988	2 635 000			102 302 128,5
<i>WASH</i>	45 693	50 166	226 745	99 196	66 767				488 566,9633
<i>Autres dépenses de santé</i>	173 830 318	158 150 065	58 621 903	168 328 679	191 997 300	208 352 413	211 149 542,1	-	1 170 430 219
Financement de renforcement du système de santé (SRMNIA)	74 130 811	85 256 926	143 371 419	134 770 708	104 697 067	5 314 519	2 054 072	-	549 595 522
<i>Développement RHS</i>	39 366 407	42 563 018	54 221 319	73 988 230	73 315 672	553 790	-		284 008 435
<i>Constructions et équipement</i>	18 386 552	20 837 161	50 127 314	22 263 169	8 385 398	1 173 075	92 694		121 265 364
<i>Système information sanitaire</i>	3 796 884	3 931 783	12 350 049	9 929 505	3 063 510	256 592	277 392		33 605 714
<i>Gouvernance</i>	6 567 591	11 323 027	16 690 846	17 701 850	11 468 114	2 060 063	1 683 986		67 495 476
<i>Financement</i>	6 013 377	6 601 938	9 981 890	10 887 955	8 464 373	1 271 000			43 220 533
<i>Autres dépenses par pilier / RSS non SRMNIA</i>	149 194 344	138 068 230	79 953 739	88 554 450	118 628 092	218 010 641	221 271 089	-	1 013 680 584
Budget total "SRMNIA" de la carto	123 625 648	150 432 018	308 074 672	189 767 188	136 024 926	20 287 267	14 229 691		942 441 410
Budget total Carto	223 325 155	223 325 156	223 325 157	223 325 158	223 325 159	223 325 160	223 325 161		1 563 276 107
Dépenses projets SRMNIA (10,5%)	12 362 565	15 043 202	30 807 467	18 976 719	13 602 493	2 028 727	1 422 969		94 244 141
Dépenses SRMNIA niveau central (28%)	31 153 663	37 908 868	77 634 817	47 821 331	34 278 281	5 112 391	3 585 882		237 495 235
Ressources disponibles prestations de soins SRMNIA	80 109 420	97 479 947	199 632 388	122 969 138	88 144 152	13 146 149	9 220 840		610 702 034
% de couverture des besoins de financement	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Programmes : Rapport besoin DI / dispo Carto	142	96	39	98	209	510	731	#DIV/0!	
RSS : Rapport besoin DI / dispo Carto	25	30	23	60	76	1 438	3 547	#DIV/0!	
% Besoins financement DI / Financements SRMNIA Carto	56	46	25	56	84	588	885	#DIV/0!	86
% DI-Plan SRMNIA / ressources cartographiées	40	40	44	60	65	68	72	#DIV/0!	66
% DI-Plan SRMNIA / ressources cartographiées "disponibles" hors dépenses niveau central et frais de mise en œuvre des projets)	111	91	49	110	165	1 163	1 756	#DIV/0!	170

Tableau A7b : Tableau détaillé du budget du scenario ciblé

Budget par région	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Coût Total ANOSY en MGA	15 875 132 784	17 536 860 278	18 742 204 545	20 037 876 074	20 940 262 501	93 132 336 183
Coût Total ANOSY en USD	3 564 698	3 937 832	4 208 487	4 499 425	4 702 052	20 912 494
Coût Total Atsimo Andrefana en MGA	35 181 257 525	38 863 851 157	41 535 043 117	44 406 411 460	46 406 211 381	206 392 774 640
Coût Total Atsimo Andrefana en USD	7 899 811	8 726 722	9 326 528	9 971 282	10 420 329	46 344 672
Coût Total Atsimo Atsinanana en MGA	20 059 345 201	22 159 054 595	23 682 091 729	25 319 263 702	26 459 492 328	117 679 247 556
Coût Total Atsimo Atsinanana en USD	4 504 246	4 975 727	5 317 719	5 685 339	5 941 373	26 424 404
Coût Total Ihorombe en MGA	8 491 600 185	9 380 457 348	10 025 195 363	10 718 249 383	11 200 935 409	49 816 437 689
Coût Total Ihorombe en USD	1 906 755	2 106 344	2 251 118	2 406 740	2 515 125	11 186 082
Coût Total Menabe en MGA	13 022 873 512	14 386 041 132	15 374 823 156	16 437 703 490	17 177 959 616	76 399 400 907
Coût Total Menabe en USD	2 924 234	3 230 328	3 452 355	3 691 021	3 857 242	17 155 180
Coût Total Melaky en MGA	6 152 848 101	6 796 896 689	7 264 061 297	7 766 234 741	8 115 979 634	36 096 020 461
Coût Total Melaky en USD	1 381 597	1 526 216	1 631 116	1 743 877	1 822 411	8 105 217
Coût Total Vatovavy Fitovinany en MGA	28 044 107 537	30 979 620 908	33 108 913 601	35 397 773 302	36 991 877 890	164 522 293 238
Coût Total Vatovavy Fitovinany en USD	6 297 192	6 956 350	7 434 474	7 948 428	8 306 378	36 942 823
Coût Total pour les huit en MGA	126 827 164 845	140 102 782 108	149 732 332 809	160 083 512 150	167 292 718 759	744 038 510 672
Coût Total pour les huit en USD	28 478 533	31 459 519	33 621 796	35 946 112	37 564 911	167 070 871

**Annexe 8 : Cadre de performance : Evolution des couvertures des différentes IHI
sur la période 2025-2029**

Domaine	Indicateur	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Santé de la Reproduction de la Mère et du Nouveau-né							
	Taux de prévalence des contraceptifs	46,7	50,8	54,8	58,9	62,9	67,0
	Prise en charge des cas post-avortement	15,0	30,0	45,0	60,0	75,0	90,0
	Prise en charge de cas de grossesse extra-utérine	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
Soins prénatals							
	Td 2 chez femmes enceintes	54,0	58,3	62,7	67,0	71,3	75,7
	CPN4	59,9	63,9	67,9	72,0	76,0	80,0
PEC des complications de grossesse							
	Prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse	20,0	31,0	42,0	53,0	64,0	75,0
	Gestion des prééclampsie (sulfate de magnésium)	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	PEC des autres complications de la grossesse	55,0	60,0	65,0	70,0	75,0	80,0
	Corticostéroïdes pour travail avant terme	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
	Antibiotiques pour RPM	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
Accouchement assisté dans un établissement de santé							
	PEC du travail et de l'accouchement	38,5	46,8	55,1	63,4	71,7	80,0
	Prise en charge de la dystocie	19,6	30,6	41,7	52,8	63,9	75,0
	Déclenchement du travail pour les grossesses de 41+ semaines	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	Retrait manuel du placenta	22,0	33,6	45,2	56,8	68,4	80,0
	Utéro toniques pour l'hémorragie du postpartum	20,0	34,0	48,0	62,0	76,0	90,0
	PEC des complications de l'accouchement	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	MgSO4 pour l'éclampsie	20,0	31,0	42,0	53,0	64,0	75,0

Domaine	Indicateur	2024	2025	2026	2027	2028	2029
	Antibiotiques pour infections maternelles	15,0	26,0	37,0	48,0	59,0	70,0
	Méthode mère kangourou	5,0	19,0	33,0	47,0	61,0	75,0
	Réanimation néonatale	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	Traitement des infections locales (nouveau-né)	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	Conseil pour l'alimentation et soutien pour nourrissons de faible poids de naissance	15,0	22,0	29,0	36,0	43,0	50,0
	Transfusion sanguine	22,0	35,6	49,2	62,8	76,4	90,0
	Environnement de naissance propre (à domicile)	28,6	34,9	41,2	47,4	53,7	60,0
Soins post-accouchement							
	PEC de l'hémorragie post-partum	25,0	36,0	47,0	58,0	69,0	80,0
	Administration de la Chlorhexidine	20,0	31,0	42,0	53,0	64,0	75,0
	Prise en charge des cas septicémie maternelle	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	Septicémie néonatale - Soins de soutien intégraux	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	Septicémie néonatale - antibiotiques injectables	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
IST et santé reproductive							
	PEC de la syphilis	50,0	52,0	54,0	56,0	58,0	60,0
	PEC de la syphilis chez femmes enceintes	19,0	23,2	27,4	31,6	35,8	40,0
	PEC de la gonorrhée	50,0	52,0	54,0	56,0	58,0	60,0
	PEC de la chlamydia	50,0	52,0	54,0	56,0	58,0	60,0
	PEC de la trichomonase	50,0	52,0	54,0	56,0	58,0	60,0
Santé de l'enfant							
	Lavage des mains avec du savon	30,0	40,0	50,0	60,0	70,0	80,0
	Évacuation hygiénique des selles des enfants	38,1	45,1	52,1	59,1	66,0	73,0
Diarrhée							
	Administration du SRO en cas de diarrhée	30,8	39,6	48,5	57,3	66,2	75,0

Domaine	Indicateur	2024	2025	2026	2027	2028	2029
	Zinc dans la PEC de la diarrhée	30,8	39,6	48,5	57,3	66,2	75,0
	Antibiotiques pour traitement de la dysenterie	25,0	35,0	45,0	55,0	65,0	75,0
	Traitement de la diarrhée grave	25,0	35,0	45,0	55,0	65,0	75,0
Pneumonie							
	Traitement de la pneumonie chez les < 5 ans	54,0	58,2	62,4	66,6	70,8	75,0
	Traitement de la pneumonie grave chez les < 5 ans	25,0	35,0	45,0	55,0	65,0	75,0
Paludisme							
	Traitement du paludisme chez les < 5 ans	44,6	50,7	56,8	62,8	68,9	75,0
	Traitement du paludisme grave chez les < 5 ans	25,0	35,0	45,0	55,0	65,0	75,0
Rougeole							
	Vitamine A pour traitement de la rougeole chez les < 5 ans	19,0	30,2	41,4	52,6	63,8	75,0
	Traitement de la rougeole grave chez les < 5 ans	19,0	30,2	41,4	52,6	63,8	75,0
Vaccination							
	Vaccin contre le rotavirus	53,0	60,4	67,8	75,2	82,6	90,0
	Vaccin contre la rougeole	38,0	48,4	58,8	69,2	79,6	90,0
	Vaccin pentavalent	53,0	60,4	67,8	75,2	82,6	90,0
	Vaccin contre la polio	48,0	56,4	64,8	73,2	81,6	90,0
	Vaccin BCG	67,0	71,6	76,2	80,8	85,4	90,0
	Vaccin contre le pneumocoque	38,0	48,4	58,8	69,2	79,6	90,0
Prévention du paludisme chez la femme enceint							
	Femmes enceintes dormant sous une MII	54,9	58,9	62,9	67,0	71,0	75,0
	TPI pour femmes enceintes	31,0	38,0	45,0	52,0	59,0	66,0
VIH/Sida							
	Préservatifs	31,0	34,8	38,6	42,4	46,2	50,0

Domaine	Indicateur	2024	2025	2026	2027	2028	2029
	PTME	12,4	25,9	39,4	53,0	66,5	80,0
	Prophylaxie post-exposition	5,0	14,0	23,0	32,0	41,0	50,0
Nutrition							
	Supplémentation intermittente en acide folique et fer (là où l'anémie est un problème de santé publique)	0,0	6,0	12,0	18,0	24,0	30,0
	Supplémentation quotidienne des femmes enceintes en acide folique et fer	26,0	30,2	34,4	38,6	42,8	47,0
	FAF quotidien chez les femmes anémiques en post-partum	26,0	38,8	51,6	64,4	77,2	90,0
	Conseil en allaitement et soutien	54,0	58,2	62,4	66,6	70,8	75,0
	Conseils sur l'alimentation complémentaire	66,0	70,8	75,6	80,4	85,2	90,0
	Renforcement à domicile des aliments avec des poudres enrichies en micronutriments multiples (enfants de 6-23 mois)	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	Supplémentation en vitamine A pour nourrissons et enfants 6-59 mois	29,0	39,2	49,4	59,6	69,8	80,0
	Prise en charge de la malnutrition sévère (enfants)	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
	Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (enfants)	15,0	27,0	39,0	51,0	63,0	75,0
Santé des adolescents et des jeunes							
	Vaccin contre le VPH	0,0	16,0	32,0	48,0	64,0	80,0
	Soins pour blessures dues à la violence conjugale : agression physique	3,0	6,4	9,8	13,2	16,6	20,0
	Soins aux victimes de violence conjugale : agression sexuelle	3,0	6,4	9,8	13,2	16,6	20,0
	Contraceptifs pour les personnes non en union ou âgées de moins de 15 ans	14,0	15,2	16,4	17,6	18,8	20,0

Annexe 9 : Glossaire d'économie de la santé

Concepts	Définition / Explication
Approche sectorielle élargie	Mécanisme de collecte de ressources, pour soutenir la politique de santé et le programme des dépenses, qui est mis en œuvre et géré par le gouvernement dans le cadre d'une approche commune dans le secteur de la santé : ses objectifs sont d'améliorer la coordination et l'efficacité de l'aide au développement et d'inciter les gouvernements bénéficiaires à assurer le leadership dans la formulation de la stratégie et la mise en œuvre de la politique.
Appui budgétaire général	Appui financier des bailleurs de fonds qui est entièrement accordé au ministère des finances du pays plutôt qu'au ministère de la santé : la décision finale sur la répartition de ces fonds entre le secteur de la santé et les autres secteurs revient au ministère des finances.
Appui budgétaire ciblé	Appui financier des bailleurs de fonds qui est accordé au ministère des finances du pays pour être entièrement transféré – selon les procédures nationales et en monnaie locale – au Ministère sectoriel (ex : santé)
Assurance maladie obligatoire	La loi contraint certains groupes de population ou toute la population à s'affilier à un régime d'assurance maladie. Ces régimes d'assurance font des subventions croisées en fonction des revenus et des risques (voir ci-dessous) et sont fondés sur le principe de la solidarité sociale. Selon ce principe, les individus cotisent à l'assurance en fonction de leur capacité à payer (ou de leurs revenus) et bénéficient d'une couverture adaptée à leurs besoins de santé.
Assurance maladie volontaire	Assurance maladie à laquelle un individu ou un groupe choisit de s'affilier même si la loi ne l'y contraint pas
Assurance maladie volontaire complémentaire	Assurance maladie volontaire qui couvre le coût des services qui ne sont pas payés par les recettes fiscales ou qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie obligatoire et qui n'offre qu'un paquet défini et limité de services de santé.
Assurance sociale de santé	Assurance maladie obligatoire à laquelle seuls certains groupes ont l'obligation d'adhérer ou qui n'accorde de bénéfices qu'à ceux qui cotisent. Elle est assurée par l'intermédiaire d'un système national géré dans une large mesure de façon publique.

Concepts	Définition / Explication
Assurance maladie volontaire privée	Un paiement à l'avance des primes par les employeurs qui achètent une couverture pour les employés ou par des individus qui paient pour les services fournis par les sociétés à but lucratif ou non lucratif sur une base volontaire.
Cotisation à base communautaire	La cotisation à l'assurance maladie est calculée en fonction des demandes de remboursement des assurés de toute la communauté ou de tout le régime d'assurance, ou en fonction du coût moyen estimé du recours aux soins de santé pour l'ensemble du groupe assuré plutôt que pour un individu.
Cadre des dépenses à moyen terme	Système de budget roulant sur trois ans qui crée un environnement prévisible pour la planification sur le moyen terme et donne au secteur de la santé des indications préalables sur les allocations qui seront probablement faites au cours des années suivantes. Il permet ainsi de développer et de mettre en œuvre des politiques en fonction des ressources disponibles.
Co-paiement	Paiement direct partiel fixe défini dans la police d'assurance et payé par l'assuré chaque fois qu'il bénéficie d'un service médical, et qui vient s'ajouter au montant payé par l'assurance : son objectif est de faire prendre en charge une partie des coûts par les membres de l'assurance afin d'éviter l'utilisation excessive des services de santé
Déficit budgétaire	Les dépenses du gouvernement sont supérieures aux recettes qu'il génère à partir des impôts.
Cotisation proportionnelle	Mécanisme de financement dans lequel tout le monde reverse le même pourcentage de son revenu au régime d'assurance maladie, quel que soit son revenu.
Cotisation progressive	Mécanisme de financement dans lequel les groupes à faibles revenus versent un pourcentage de leur revenu inférieur au pourcentage versé par les groupes à revenus élevés.
Couverture universelle	Système de santé qui offre à tous les citoyens des soins de santé adéquats sans tenir compte de leur emploi ou d'autres facteurs.
Dépense de santé	Dépense qui inclut les paiements directs des ménages, y compris les gratifications et les paiements en nature faits aux professionnels de la santé et aux fournisseurs de produits pharmaceutiques, les appareils thérapeutiques, et d'autres biens et services dont le but est

Concepts	Définition / Explication
	de contribuer au rétablissement ou à l'amélioration de l'état de santé des individus ou des groupes de population.
Evènement catastrophique	Maladie aiguë ou chronique qui nécessite des dépenses de santé imprévues si élevées qu'elles peuvent appauvrir un ménage.
Dépenses catastrophiques	Dépenses si élevées qu'elles contraignent les ménages à réduire leurs dépenses en autres biens de base (par exemple en alimentation ou en eau), à vendre des biens ou à s'endetter lourdement, risquant ainsi l'appauvrissement.
Efficience allocative	Ressources allouées de préférence aux services de santé qui traitent les aspects de la maladie pour lesquels des interventions efficaces existent et qui sont les plus fréquents dans la communauté concernée. Parmi les services choisis, la priorité est donnée aux interventions les plus coût-efficaces, c'est-à-dire aux interventions qui présentent le plus faible coût par unité de santé
Efficience technique	Mesure du nombre maximum de services de santé pouvant être fournis avec un budget donné ou mesure du coût minimum requis pour assurer le fonctionnement de chaque service de santé sans que sa qualité ne soit altérée.
Espace budgétaire ou espace fiscal	Marge de manœuvre budgétaire qui permet au gouvernement d'affecter des ressources à la poursuite d'un objectif jugé important sans mettre en péril la viabilité de sa position financière. On peut améliorer l'espace fiscal à travers plusieurs techniques de mobilisation des fonds ainsi que la réduction des dépenses, l'amélioration de l'efficience ou l'emprunt.
Financement par prépaiement	Paiements réalisés par les individus via l'impôt ou la cotisation au régime d'assurance maladie avant qu'ils n'utilisent les services de santé : les cotisations prépayées sont mises en commun
Fonds de mise en commun des ressources des bailleurs pour la santé	Fonds dans lequel un certain nombre de bailleurs mettent en commun l'essentiel ou la totalité de leurs financements afin d'apporter leur appui à un ensemble de services de santé du secteur public plutôt que d'entretenir des fonds individuels séparés, chacun affecté à un projet de santé choisi par le bailleur.

Concepts	Définition / Explication
Formule basée sur les besoins	Formule utilisée pour répartir les allocations de ressources pour la santé entre différentes zones géographiques: elle est constituée d'indicateurs relatifs aux besoins de santé de chaque zone, tels que la taille de la population, sa composition par âge et par sexe et sa charge de morbidité relative.
Incitation négative	Incitation qui peut entraîner un comportement contraire aux objectifs de la politique de santé publique : par exemple, l'offre gratuite de services de santé peut encourager les bénéficiaires de la gratuité à consommer des soins médicaux sans égard pour leurs coûts, créant ainsi une situation de hasard moral .
Indigent	Personne très pauvre ou personne qui n'a pas de revenus apparents ou adéquats et qui ne reçoit aucune aide de quelque origine que ce soit.
Largeur et étendue de la couverture	Largeur de la couverture : part de la population totale qui est couverte par l'assurance maladie. Étendue de la couverture : composition du paquet de services offerts par l'assurance maladie. Plus ce paquet est complet, plus la couverture est étendue.
Paiement direct des ménages (out-of-pocket payment)	Paiement direct effectué par un patient individuel à un prestataire de santé qui est différent des paiements réalisés par un régime d'assurance maladie ou à partir des ressources publiques.
Mise en commun des risques	Partage des risques entre groupes de population ou dans la population totale pour que les dépenses de santé imprévues ne soient pas seulement à la charge d'un individu ou d'un ménage et pour protéger les individus et les ménages contre les dépenses catastrophiques.
Mobilisation des ressources internes	Mobilisation et allocation davantage de fonds provenant du pays par rapport aux sources externes telles que les dons et les prêts des partenaires au développement.
Participation financière des usagers	Honoraires versés sur le lieu et au moment de l'utilisation d'un service dans une structure de santé publique et qui fait l'objet d'un paiement direct des ménages.

Concepts	Définition / Explication
Paie ment à l'avance	Un paiement pour les soins de santé avant qu'une maladie ne survienne à travers les impôts et les primes.
Panier commun	Les ressources du gouvernement et des bailleurs de fonds sont mises en commun dans un « panier » unique. Ce panier sert à produire dans le secteur public les services de santé inscrits dans le plan stratégique qui a été approuvé par tous les contributeurs du panier.
Régime de prépaiement à base communautaire ou fonds de santé communautaire	Régime d'assurance auquel les membres d'une communauté locale, souvent rurale mais également périurbaine, payent une petite cotisation. En retour, le régime d'assurance paie les honoraires demandés par les services de santé locaux.
Secteur formel	Secteur officiel de l'économie, régulé par des institutions sociales, reconnu par le gouvernement et enregistré dans les statistiques officielles.
Secteur informel	Secteur non-officiel de l'économie dans lequel le revenu et les moyens employés pour le gagner ne sont pas régulés. Dans le secteur informel, les relations de travail, lorsqu'elles existent, sont plus liées à l'emploi temporaire, à la parenté ou aux relations personnelles et sociales qu'à des arrangements contractuels offrant des garanties formelles
Sélection adverse	Une personne avec un risque élevé de maladie et de grands besoins en soins de santé récurrents sera plus encline à souscrire à un régime d'assurance maladie qu'une personne avec un faible risque de maladie et des besoins moindres en soins de santé récurrents.
Subventions croisées en fonction des revenus	Les riches participent plus au financement des soins de santé que les pauvres mais tous ont un même accès aux services de santé.
Subventions croisées en	Ceux qui ont le plus besoin de soins de santé (c'est-à-dire les individus qui présentent le plus de risques) peuvent utiliser davantage les services de santé que ceux qui sont en

Concepts	Définition / Explication
fonction des risques	bonne santé (c'est-à-dire ceux qui présentent peu de risques), quelle que soit la cotisation de chaque groupe.
Financement de la santé	Le processus de gestion des fonds du secteur sanitaire en vue de maximiser l'efficacité, l'équité, la durabilité et la reddition de compte.
Paquet de prestations	Un ensemble défini de services et de produits qui peut correspondre à un niveau de soins (ex. services de soins de santé primaires, secondaires ou tertiaires). Les prestations couvertes constituent un facteur déterminant pour le coût total du régime et son acceptabilité par le public
Financement innovant	Gamme de mécanismes non traditionnels pour mobiliser des fonds tels que les impôts, la création des fonds, les partenariats publics privés et les transactions marchandes.

Annexe 10 : Liste des formations sanitaires de base au niveau des 8 régions prioritaires

Récapitulation

Région : 8

District sanitaire : 36

CSB : 839 dont CSB1 : 272 et

CSB 2 : 567

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ANOSY	AMBOASARY SUD	MAHALY	CSB1 AMBOANGY
ANOSY	AMBOASARY SUD	EBELO	CSB1 AMBOETSY
ANOSY	AMBOASARY SUD	TRANOMARO	CSB1 AMBOHIMANDROSO
ANOSY	AMBOASARY SUD	SAMPONA	CSB1 ANATOLILY
ANOSY	AMBOASARY SUD	MAROMBY	CSB1 ANDRANONDAMBO
ANOSY	AMBOASARY SUD	ANDREFANDRANO	CSB1 ANDREFANDRANO
ANOSY	AMBOASARY SUD	AMBOASARY	CSB1 ANDREFANDRANO
ANOSY	AMBOASARY SUD	IFOTAKA	CSB1 ANJAMAHAVELO
ANOSY	AMBOASARY SUD	TRANOMARO	CSB1 ANKAZOABO
ANOSY	AMBOASARY SUD	TSIVORY	CSB1 ANKILITELO
ANOSY	AMBOASARY SUD	BEHARA	CSB1 ANKIRIKIRIKA
ANOSY	AMBOASARY SUD	TANANDAVA SUD	CSB1 ANTISOVELA VILLE
ANOSY	AMBOASARY SUD	BABARIA	CSB1 BABARIA
ANOSY	AMBOASARY SUD	BEHARA	CSB1 BEFAITSY
ANOSY	AMBOASARY SUD	IFOTAKA	CSB1 BEKIRIA
ANOSY	AMBOASARY SUD	BERANO-VILLE	CSB1 BERANO-VILLE
ANOSY	AMBOASARY SUD	ESIRA	CSB1 LAPIRY
ANOSY	AMBOASARY SUD	MAROMBY	CSB1 TANANDAVA NORD
ANOSY	AMBOASARY SUD	TRANOMARO	CSB1 TSILAMAHA
ANOSY	AMBOASARY SUD	AMBOASARY SUD	CSB2 AMBOASARY SUD
ANOSY	AMBOASARY SUD	AMBOASARY SUD	CSB2 ANDREFANDRANO

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ANOSY	AMBOASARY SUD	BEHARA	CSB2 BEHARA
ANOSY	AMBOASARY SUD	EBELO	CSB2 EBELO
ANOSY	AMBOASARY SUD	ELONTY	CSB2 ELONTY
ANOSY	AMBOASARY SUD	ESIRA	CSB2 ESIRA
ANOSY	AMBOASARY SUD	IFOTAKA	CSB2 IFOTAKA
ANOSY	AMBOASARY SUD	MAHABO	CSB2 MAHABO
ANOSY	AMBOASARY SUD	MAHALY	CSB2 MAHALY
ANOSY	AMBOASARY SUD	MANEVY	CSB2 MANEVY
ANOSY	AMBOASARY SUD	BERANO VILLE	CSB2 MANITSEVO
ANOSY	AMBOASARY SUD	MAROMBY	CSB2 MAROMBY
ANOSY	AMBOASARY SUD	MAROTSIRAKA	CSB2 MAROTSIRAKA
ANOSY	AMBOASARY SUD	RANOBE	CSB2 RANOBE
ANOSY	AMBOASARY SUD	SAMPONA	CSB2 SAMPONA
ANOSY	AMBOASARY SUD	TANANDAVA-SUD	CSB2 TANANDAVA-SUD
ANOSY	AMBOASARY SUD	TOMBOARIVO	CSB2 TOMBOARIVO
ANOSY	AMBOASARY SUD	TRANOMARO	CSB2 TRANOMARO
ANOSY	AMBOASARY SUD	TSIVORY	CSB2 TSIVORY
ANOSY	BETROKA	TSARAITSO	C.S ANDREA
ANOSY	BETROKA	MAHABO	C.S MANEVY
ANOSY	BETROKA	ANDRANOMIFORITRA	CSB1 ANDRANOMIFORITRA
ANOSY	BETROKA	KELIVAHO	CSB1 IRITSOKA
ANOSY	BETROKA	BENATO TOBY	CSB1 IVOHITSOA
ANOSY	BETROKA	AMBATOMIVARY	CSB2 AMBATOMIVARY
ANOSY	BETROKA	BETROKA	CSB2 AMBATOMIVARY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ANOSY	BETROKA	ANALAMARY	CSB2 ANALAMARY
ANOSY	BETROKA	ANAVIAVY	CSB2 ANAVIAVY
ANOSY	BETROKA	ANAVIAVY	CSB2 ANAVIAVY/AMBALASOA
ANOSY	BETROKA	BETROKA	CSB2 ANDRIANDAMPY
ANOSY	BETROKA	BEAPOMBO I	CSB2 BEAPOMBO I
ANOSY	BETROKA	BEAPOMBO II	CSB2 BEAPOMBO II
ANOSY	BETROKA	BENATO TOBY	CSB2 BENATO TOBY
ANOSY	BETROKA	NANARENA/BESAKOA	CSB2 BENATO TOBY
ANOSY	BETROKA	BETROKA	CSB2 BETROKA
ANOSY	BETROKA	BEAPOMBO I	CSB2 EAPOMBO I
ANOSY	BETROKA	IABOROTRA	CSB2 IABOROTSY
ANOSY	BETROKA	IANABINDA	CSB2 IANABINDA
ANOSY	BETROKA	IANAKAFY	CSB2 IANAKAFY
ANOSY	BETROKA	ISOANALA	CSB2 ISOANALA
ANOSY	BETROKA	IVAHONA	CSB2 IVAHONA
ANOSY	BETROKA	JANGANY	CSB2 JANGANY
ANOSY	BETROKA	KELIVAHO	CSB2 KELIVAHO
ANOSY	BETROKA	MAHABO	CSB2 MAHABO
ANOSY	BETROKA	MAHASOA EST	CSB2 MAHASOA EST
ANOSY	BETROKA	MANANDROTSY	CSB2 MANANOVY
ANOSY	BETROKA	NANARENA/BESAKOA	CSB2 NANARENA/BESAKOA
ANOSY	BETROKA	BENATO/TOBY	CSB2 NANARENA/BESAKOA
ANOSY	BETROKA	NANINORA	CSB2 NANINORA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ANOSY	BETROKA	SAKAMAHILY OUEST	CSB2 SAKAMAHILY OUEST
ANOSY	BETROKA	SAKAMILY//OUEST	CSB2 SAKAMILY//OUEST
ANOSY	BETROKA	TSARAITSO	CSB2 TSARAITSO
ANOSY	TOLAGNARO	TOLAGNARO	CSB1 AMBINANIBE
ANOSY	TOLAGNARO	RANOPIISO	CSB1 AMPIKAZO
ANOSY	TOLAGNARO	ANKARAMENA	CSB1 ANALANDRAVY
ANOSY	TOLAGNARO	ANDRANOBORY	CSB1 ANDEMBY
ANOSY	TOLAGNARO	ANDEMBY	CSB1 ANDEMBY
ANOSY	TOLAGNARO	SOVARY	CSB1 ANDRIAMBE
ANOSY	TOLAGNARO	ANALAPATSY	CSB1 ANKILIMITRAHA
ANOSY	TOLAGNARO	ANKARIERA	CSB1 BERONGO
ANOSY	TOLAGNARO	FENOEVO EFITA	CSB1 BESEVA
ANOSY	TOLAGNARO	TOLAGNARO	CSB1 ITAPERAS
ANOSY	TOLAGNARO	MAHATALAKY	CSB1 IVOLOBE
ANOSY	TOLAGNARO	IFARANTSA	CSB1 IVORONA
ANOSY	TOLAGNARO	MAHATALAKY	CSB1 MAHATALAKY
ANOSY	TOLAGNARO	MANAMBATO	CSB1 MANAMBATO
ANOSY	TOLAGNARO	MANAMBARO	CSB1 NOSIBE
ANOSY	TOLAGNARO	TOLAGNARO	CSB1 RANOFOLO
ANOSY	TOLAGNARO	MAHATALAKY	CSB1 SAINTE LUCE
ANOSY	TOLAGNARO	MAHATALAKY	CSB1 TSANORIHA
ANOSY	TOLAGNARO	AMBATOABO	CSB2 AMBATOABO
ANOSY	TOLAGNARO	AMPASIMENA	CSB2 AMPASIMENA
ANOSY	TOLAGNARO	AMPASY NAHAMPOANA	CSB2 AMPASY NAHAMPOANA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ANOSY	TOLAGNARO	ANALAMARY	CSB2 ANALAMARY
ANOSY	TOLAGNARO	ANALAPATSY	CSB2 ANALAPATSY
ANOSY	TOLAGNARO	ANDRANOBOREY	CSB2 ANDRANOBOREY
ANOSY	TOLAGNARO	ANKARAMENA	CSB2 ANKARAMENA
ANOSY	TOLAGNARO	ANKARIERA	CSB2 ANKARIERA
ANOSY	TOLAGNARO	ANKILIVALO	CSB2 ANKILIVALO
ANOSY	TOLAGNARO	TOLAGNARO	CSB2 BAZARIBE
ANOSY	TOLAGNARO	BEVOAY	CSB2 BEVOAY
ANOSY	TOLAGNARO	ANOSY	CSB2 EMAGNOBO
ANOSY	TOLAGNARO	ENAKARA HAUT	CSB2 ENAKARA HAUT
ANOSY	TOLAGNARO	ENANILIHA	CSB2 ENANILIHA
ANOSY	TOLAGNARO	FENOEVO EFITA	CSB2 FENOEVO EFITA
ANOSY	TOLAGNARO	IABOAKOHO	CSB2 IABOAKOHO
ANOSY	TOLAGNARO	IFARANTSA	CSB2 IFARANTSA
ANOSY	TOLAGNARO	IHAZOAMBO	CSB2 IHAZOAMBO
ANOSY	TOLAGNARO	MAHATALAKY	CSB2 MAHATALAKY
ANOSY	TOLAGNARO	MANAMBARO	CSB2 MANAMBARO
ANOSY	TOLAGNARO	MANANTENINA	CSB2 MANANTENINA
ANOSY	TOLAGNARO	MANDISO	CSB2 MANDISO
ANOSY	TOLAGNARO	MANDROMONDROMOTRA	CSB2 MANDROMONDROMOTRA
ANOSY	TOLAGNARO	RANOMAFANA	CSB2 RANOMAFANA
ANOSY	TOLAGNARO	RANOPIRO	CSB2 RANOPIRO
ANOSY	TOLAGNARO	SARISAMBO	CSB2 SARISAMBO
ANOSY	TOLAGNARO	SOANIERANA	CSB2 SOANIERANA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ANOSY	TOLAGNARO	SOAVARY	CSB2 SOAVARY
ANOSY	TOLAGNARO	TOLAGNARO	CSB2 TANANDAVA
ANOSY	TOLAGNARO	AMPASIMENA	CSN AMPASIMENA
ANOSY	TOLAGNARO	TOLAGNARO	SMI BAZARIBE
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ITAMPOLO	CSB1 AMPITANAKE
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	AMBAHITA	CSB1 BEAMALO
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ANKILIABO	CSB1 BEHAVANDRA
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	MANIRY	CSB1 BESALY
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ANDROKA	CSB1 KILIBORY
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	EJEDA	CSB1 MANAKARAVAVY
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ITAMPOLO	CSB1 NISOA
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ANKILIZATO	CSB1 SAKAMASAY
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	FOTADREVO	CSB1 TANANTSOA
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	AGNAVOA	CSB2 AGNAVOHA
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	AMBOROMPOTSY	CSB2 AMBOROMPOTSY
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	AMPANIHY	CSB2 AMPANIHY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ANAVOHA	CSB2 ANAVOHA
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ANDROKA	CSB2 ANDROKA
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ANKILIMIVORY	CSB2 ANKILIMIVORY
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ANKILIZATO	CSB2 ANKILIZATO
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ANTALY	CSB2 ANTALY
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	BEAHITSE	CSB2 BEAHITSE
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	BELAFIKE HAUT	CSB2 BELAFIKE HAUT
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	BEROY	CSB2 BEROY SUD
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	EJEDA	CSB2 EJEDA
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	FOTADREVO	CSB2 FOTADREVO
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	GOGOGOGO	CSB2 GOGOGOGO
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ITAMPOLO	CSB2 ITAMPOLO
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	MANIRY	CSB2 MANIRY
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	VOHITANY	CSB2 VOHITANY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	AMBATOLAHY	CSB1 AMBATOLAHY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	TANDRANO	CSB1 ANDRANOMANITSY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ANKERIKE	CSB1 ANKERIKY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ANKILIVALOKELY	CSB1 ANKILIVALOBE
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	BERENTY	CSB1 IABORANO
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	IANKILIMARO	CSB1 IANKILIMARO
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	BERENTY	CSB1 IANKILIMARO
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	TANDRANO	CSB1 KELIVONDRAKY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	BERENTY	CSB1 SAHANORY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	BERENTY	CSB1 TSITAKADAHY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ANKAZOABO	CSB2 ANDRANOMAFANA
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	TANDRANO	CSB2 ANDRANOMANITSY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ANKAZOABO	CSB2 ANKAZOABO
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ANKILIVALOKELY	CSB2 ANKILIVALOKELY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	BERENTY	CSB2 BERENTY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	FOTIVOLO	CSB2 FOTIVOLO
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ILEMBY	CSB2 ILEMBY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	TANDRANO	CSB2 TANDRANO
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	AMBOHITSY	CSB1 AMBOHITSY
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	BENENITRA	CSB1 AMBOHITSY
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	AMBALAVATO	CSB1 ANGODOGODO
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	BENENITRA	CSB1 ANKILIVALO II
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	BEFAMATA	CSB1 BEFAMATA
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	BOHAKY	CSB1 BOHAKY HAUT
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	ANNEXE AMBOHITSY	CSB1 FKT AMBONDROMBE
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	EHARA ANNEXE	CSB1 FKT ANALAMENA
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	BENONOKA	CSB1 LIOLAVA
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	BENONOKA	CSB1 VATANALIALY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	AMBALAVATO	CSB2 AMBALAVATO
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	ANKILIMARY	CSB2 ANKILIMARY
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	BEMARIVO	CSB2 BEMARIVO
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	BENENITRA	CSB2 BENENITRA
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	BENONOKA	CSB2 BENONOKA
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	EHARA	CSB2 EHARA
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	IANAPERANA	CSB2 IANAPERANA
ATSIMO ANDREFANA	BEROROKA	BEROROKA	CSB1 AMBAHOBE
ATSIMO ANDREFANA	BEROROKA	MARERANO	CSB1 AMBONDROMBE
ATSIMO ANDREFANA	BEROROKA	TANAMARY	CSB1 ANDRANOMENA
ATSIMO ANDREFANA	BEROROKA	MARERANO	CSB1 ANTANIMBARIBE
ATSIMO ANDREFANA	BEROROKA	MARERANO	CSB1 BEMARIVO
ATSIMO ANDREFANA	BEROROKA	BEHISATSY	CSB1 BETENY HARAGNILA
ATSIMO ANDREFANA	BEROROKA	BEMAVO	CSB1 IPINGO

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	BEMAVO	CSB1 MAROMIANDRA SUD
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	BEROROHA	CSB1 TANAMBAO
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	BEMAVO	CSB1 TANDRANO
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	BEROROHA	CSB1 TSIVOKO
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	BEHISATSY	CSB2 BEHISATSY
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	BEMAVO	CSB2 BEMAVO
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	MAROFOTY	CSB2 BEROROHA
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	FANJAKANA	CSB2 FANJAKANA
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	MANDRONARIVO	CSB2 MANDRONARIVO
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	MARERANO	CSB2 MARERANO
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	SAKENA	CSB2 SAKENA
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	TANAMARY	CSB2 TANAMARY
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	TANANDAVA	CSB2 TANANDAVA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BEANTAKE	CSB1 AMPASINDAVA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	SAKAMASAY	CSB1 BEANIKE
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	TAMEANTSOA	CSB1 BEMOKY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BEAVOHA	CSB1 BESELY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	SAKAMASAY	CSB1 BETAIMBALA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	SALOBÉ	CSB1 MANASOA FANJAHIRA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BELAMOTY	CSB1 MARIVOKASARA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	AMBATRY	CSB2 AMBATRY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	ANDRANOMANGATSIKA	CSB2 ANDRANOMANGATSIKA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	ANKAZOMANGA-OUEST	CSB2 ANKAZOMANGA- OUEST
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	ANKILIVALO	CSB2 ANKILIVALO
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	ANTOHABATO	CSB2 ANTOHABATO
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BEANTAKE	CSB2 BEANTAKE
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BEAVOHA	CSB2 BEAVOHA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BELAMOTY	CSB2 BELAMOTY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BETIOKY SUD	CSB2 BETIOKY SUD
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BEZAHA	CSB2 BEZAHA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	FENOANDALA	CSB2 FENOANDALA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	LAZARIVO	CSB2 LAZARIVO
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	MANALOBÉ	CSB2 MANALOBÉ
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	MAROARIVO	CSB2 MAROARIVO
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	MAROSAVOA BAS	CSB2 MAROSAVOA BAS
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	MASIABOAY	CSB2 MASIABOAY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	MONTIFENO	CSB2 MONTIFENO
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	SAKAMASAY	CSB2 SAKAMASAY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	SALOBÉ	CSB2 SALOBÉ
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	SAVAZY II	CSB2 SAVAZY II
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	SOAMANONGA	CSB2 SOAMANONGA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	SOASERANA	CSB2 SOASERANA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	TAMEANTSOA	CSB2 TAMEANTSOA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	TANAMBAO BEFAMONTY	CSB2 TANAMBAO BEFAMONTY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	TONGOBOURY	CSB2 TONGOBOURY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	VATOLATSAKA	CSB2 VATOLATSAKA
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	AMBAHIKILY	CSB1 AMBALAMOA
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BEFANDEFA	CSB1 AMBATOMILO
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	ANTONGO	CSB1 AMBOHIBE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	AMBOHIBE	CSB1 AMBOHIBE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BEFANDRIANA SUD	CSB1 AMPILOKELY
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BEFANDEFA	CSB1 BEFANDEFA
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BEFANDRIANA SUD	CSB1 BEKIMPAY
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BEFANDEFA	CSB1 BELAVENOKE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	MOROMBE	CSB1 MAMONO
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	MOROMBE	CSB1 MANGOLOVOLO

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	MANOY	CSB1 MANOY
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BEFANDEFA	CSB1 TAMPOLOVE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BASIBASY	CSB1 VOREHE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	VOREHE	CSB1 VOREHE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	AMBAHIKILY	CSB2 AMBAHIKILY
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BEFANDEFA	CSB2 ANDAVADOAKE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	ANKANTSAKANTSA SUD	CSB2 ANKANTSAKANTSA SUD
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	ANKATSAKANTSA SUD	CSB2 ANKATSAKANTSA SUD
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	ANTANIMIEVA	CSB2 ANTANIMIEVA
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	ANTONGO	CSB2 ANTONGO
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BASIBASY	CSB2 BASIBASY
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	BEFANDRIANA SUD	CSB2 BEFANDRIANA SUD
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	MOROMBE	CSB2 MOROMBE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	ANKANTSAKANTSA SUD	CSB2 NOSY AMBOSITRA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	TANANDAVA	CSB2 TANANDAVA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	ANALAMARY	CSB1 ANDOBA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	ANKILIBE LAMATIH	CSB1 ANDOBA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	ANALAMARY	CSB1 ANDOBA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MIARY LAMATIH	CSB1 ANKILIBE LAMATIH
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MAHABOBOKA	CSB1 ANKILITELO
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MAROMIANDRA	CSB1 BEMANGA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MAROMIANDRA	CSB1 MAROMIANDRA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	AMBORONABO	CSB2 AMBORONABO
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	ANDRANOLAVA	CSB2 ANDRANOLAVA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	BEREKETA	CSB2 BEREKETA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MAHABOBOKA	CSB2 MAHABOBOKA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MIARY LAMATIH	CSB2 MIARY LAMATIH
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MIARY TAHEZA	CSB2 MIARY TAHEZA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MIHAVATSY	CSB2 MIHAVATSY
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MIKOBOKA	CSB2 MIKOBOKA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	MIKOBOKA	CSB2 MITSINJO
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	SAKARAH	CSB2 SAKARAH
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	VINETA	CSB2 VINETA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	COMMUNE URBAINE DE TOLIARA	CSB1 MITSIMBINA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	COMMUNE URBAINE DE TOLIARA	CSB2 BESAKOA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	COMMUNE URBAINE DE TOLIARA	CSB2 BETANIA- CENTRE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	COMMUNE URBAINE DE TOLIARA	CSB2 MAHAVATSE II
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	COMMUNE URBAINE DE TOLIARA	CSB2 SANFILY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	COMMUNE URBAINE DE TOLIARA	CSB2 TANAMBAO
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	COMMUNE URBAINE DE TOLIARA	CSB2 TSIMENATSE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	AMBATOMILO	CSB1 AMBATOMILO
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MANOMBO	CSB1 ANDREVO-BAS

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	SAINT AUGUSTIN	CSB1 ANKILIBE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	BEHELOKE	CSB1 ANKILIMIVONY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ANKILIMALINIK	CSB1 BENETSE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	BEHELOKE	CSB1 BERAHY HAUT
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ANALAMISAMPY	CSB1 BETSIOKY- SOMOTSE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	BELALANDA	CSB1 IFATY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	AMBOHIMAHAVELONA	CSB1 MAHALEOTSE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	SAINT AUGUSTIN	CSB1 MANOROKA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MAROFOTY	CSB1 MAROFOTY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MILENAKA	CSB1 MILENAKA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	SAINT AUGUSTIN	CSB1 SARODRANO
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	TSIFOTA	CSB1 TSANDAMBA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	TSIANISIHA	CSB1 TSIAFANOKA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	TSIFOTA	CSB1 TSIFOTA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MANOMBO SUD	CSB1 TSIHAKY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	TSIANISIHA	CSB2 AMBOHIMAHAVELONA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	AMBOLOFOTY	CSB2 AMBOLOFOTY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ANAKAO	CSB2 ANAKAO
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ANALAMISAMPY	CSB2 ANALAMISAMPY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ANDRANOHINALY	CSB2 ANDRANOHINALY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ANDRANOVOVORY	CSB2 ANDRANOVOVORY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MILENAKA	CSB2 ANKARA OBATO
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ANKILILOAKA	CSB2 ANKILILOAKA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ANKILIMALINIKA	CSB2 ANKILIMALINIKA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MANOROFIFY	CSB2 ANTANIMENA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ATSEVA	CSB2 ATSEVA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	BEHELOKA	CSB2 BEHELOKE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	BEHOMPY	CSB2 BEHOMPY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	BELALANDA	CSB2 BELALANDA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	BETSINJAKA	CSB2 BETSINJAKA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	EFOETSE	CSB2 EFOETSE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	BELALANDA	CSB2 MANGILY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MANOMBO SUD	CSB2 MANOMBO-SUD
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MANOROFIFY	CSB2 MANOROFIFY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MAROFOTY	CSB2 MAROFOTY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MAROMIANDRA	CSB2 MAROMIANDRA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MIARY	CSB2 MIARY
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MILENAKA	CSB2 MILENAKA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	MITSinJO BETANIMENA	CSB2 MITSinJO BETANIMENA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	SAINT AUGUSTIN	CSB2 SAINT AUGUSTIN
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	SOAHAZO	CSB2 SOAHAZO
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	SOALARA-SUD	CSB2 SOALARA-SUD

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	TSIANISIHA	CSB2 TSIANISIHA
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	ANTANINARENINA	CSB2 ANTANINARENINA
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	ANTOKOBORITELO	CSB2 ANTOKOBORITELO
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	ANTONDABE	CSB2 ANTONDABE
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	BEFOTAKA ATSIMO	CSB2 BEFOTAKA ATSIMO
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	BEFOTAKA ATSIMO	CSB2 BEFOTAKA SUD
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	BEHARENA	CSB2 BEHARENA
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	BEKOFafa SUD	CSB2 BEKOFafa SUD
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	INOSY	CSB2 INOSY
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	MAROVITSIKA	CSB2 MAROVITSIKA
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA ATSIMO	RANOTSARA SUD	CSB2 RANOTSARA SUD
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	AMBALAVATO NORD	CSB1 AMBALATRAKA
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	MAROVANDRIKA	CSB1 ETSINGILO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	MAROVANDRIKA	CSB1 FIRIFIRY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	AMBOHIGOGO	CSB1 LOHATRAMAMBO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	ETROTROKA	CSB1 SARINOSY
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	AMBALATANY	CSB2 AMBALATANY
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	AMBALAVATO NORD	CSB2 AMBALAVATO NORD
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	AMBOHIGOGO	CSB2 AMBOHIGOGO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	AMBOHIMANDROSO	CSB2 AMBOHIMANDROSO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	AMPOROFORO	CSB2 AMPOROFORO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	ANKARANA	CSB2 ANKARANA
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	ANOSIVELO	CSB2 ANOSIVELO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	ANOSY TSARARAFANA	CSB2 ANOSY TSARARAFANA
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	ANTSERANAMBE	CSB2 ANTSERANAMBE
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	EFATSY	CSB2 EFATSY
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	ETROTROKA	CSB2 ETROTROKA
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	EVATO	CSB2 EVATO

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	FENOARIVO	CSB2 FENOARIVO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	IABOHAZO	CSB2 IABOHAZO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	IABORANO NAMOHORA	CSB2 IABORANO NAMOHORA
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	IHOROMBE	CSB2 IHOROMBE
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	IVANDRIKA	CSB2 IVANDRIKA
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	MAHABO MANANIVO	CSB2 MAHABO MANANIVO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	MAHAFASA	CSB2 MAHAFASA
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	MAHAVELO	CSB2 MAHAVELO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	MAHERIRATY	CSB2 MAHERIRATY
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	MANAMBOTRA SUD	CSB2 MANAMBOTRA SUD
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	MAROVANDRIKA	CSB2 MAROVANDRIKA
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	SAHAMADIO	CSB2 SAHAMADIO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	IVANDRIKA	CSB2 TANGAINONY
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	TOVONA	CSB2 TOVONA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	VOHILAVA	CSB2 VOHILAVA
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	VOHILENGO	CSB2 VOHILENGO
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	VOHIMASY	CSB2 VOHIMASY
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	VOHITROMBY	CSB2 VOHITROMBY
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	FARAFANGANA	CSBU FARAFANGANA
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	ANDRANOLALINA	CSB1 AMPATRANILA
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	MIDONGY	CSB1 BEKOFafa
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	SOAKIBANY	CSB1 ELE
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	MIDONGY	CSB1 MAROANGATY
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	ANDRANOLALINA	CSB2 ANDRANOLALINA
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	ANKAZOVELO	CSB2 ANKAZOVELO
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	BEKOFafa	CSB2 BEKOFafa
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	BEVAHO	CSB2 BEVAHO
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	LAVARATY	CSB2 LAVARATY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	MIDONGY	CSB2 MIDONGY DU SUD
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	NOSIFENO	CSB2 NOSIFENO
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	SOABIKANY	CSB2 SOABIKANY
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY DU SUD	ZARA	CSB2 ZARA MALIORANO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	BEVATA	CSB1 AMBALAVATO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	AMPARIHY EST	CSB1 ANDEMOBE
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	VOHIPAHO	CSB1 ANKAREFO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	VANGAINDRANO	CSB1 BETOAFO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	AMPASIMALEMY	CSB1 IABOMARY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	TSIATELY	CSB1 MAHALANY T
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	AMBONGO	CSB1 MAHAMANY A
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	VOHIPAHO	CSB1 MAHAZOARIVO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	LOHAFARY	CSB1 MANAMBARIVO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	MATANGA	CSB1 MANDRITSARA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	ISAHARA	CSB1 MANETY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	ISAHARA	CSB1 MAROSALALA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	RANOMENA	CSB1 MATAVAY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	AMPATAKA	CSB1 NOSIAMBO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	VOHIMALAZA	CSB1 NOSOA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	LOPARY	CSB1 SOATSIRANA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	FENOAMBANY	CSB1 SOMISIKY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	AMBATOLAVA	CSB2 AMBATOLAVA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	AMBONGO	CSB2 AMBONGO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	AMPARIHY EST	CSB2 AMPARIHY EST
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	AMPASIMALEMY	CSB2 AMPASIMALEMY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	VANGAINDRANO	CSB2 AMPASY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	AMPITAFI	CSB2 AMPITAFI
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	ANILOBE	CSB2 ANILOBE

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	BEKARAOKY	CSB2 BEKARAOKY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	BEMAHA	CSB2 BEMAHA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	BEVATA	CSB2 BEVATA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	FENOAMBANY	CSB2 FENOAMBANY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	IARA	CSB2 IARA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	ISAHARA	CSB2 ISAHARA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	ISANDRAVINANY	CSB2 ISANDRAVINANY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	KARIMBARY	CSB2 KARIMBARY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	LOHAFARY	CSB2 LOHAFARY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	LOPARY	CSB2 LOPARY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	MAHABE	CSB2 MAHABE
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	MANAMBONDRO	CSB2 MANAMBONDRO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	MAROKIBO	CSB2 MAROKIBO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	MAROVATO II	CSB2 MAROVATO II

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	MATANGA	CSB2 MATANGA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	NOSIBE MASIANAKA	CSB2 NOSIBE MASIANAKA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	RANOMENA	CSB2 RANOMENA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	SAHAVOANGY	CSB2 SAHAVOANGY
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	SOAMANOVA	CSB2 SOAMANOVA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	SOATSIRANA	CSB2 SOATSIRANA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	TSIANOFANA	CSB2 TSIANOFANA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	VATANATO	CSB2 VATANATO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	VOHIMALAZA	CSB2 VOHIMALAZA
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	VOHIPAHO	CSB2 VOHIPAHO
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	VOHITRAMBO	CSB2 VOHITRAMBO
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	AMBOHIMANA	CSB1 FENOMBY
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	AMBODIRANO	CSB2 AMBALABE
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	AMBOHIMANA	CSB2 AMBOHIMANA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	ANANDRAVY	CSB2 ANANDRAVY
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	ANDAKANA	CSB2 ANDAKANA
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	ANDOHARANO	CSB2 ANDOHARANO
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	ANTOKONALA	CSB2 ANTOKONALA
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	IAMONTA	CSB2 IAMONTA
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	IVATO	CSB2 IVATO
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	KARIANGA	CSB2 KARIANGA
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	MAHATSINJO	CSB2 MAHATSINJO
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	MAHAVELO	CSB2 MAHAVELO
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	MAHAZOARIVO	CSB2 MAHAZOARIVO
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	MANAMBIDALA	CSB2 MANAMBIDALA
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	MANATO	CSB2 MANATO
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	VOHIBOREKA	CSB2 MAROANGIRA
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	MOROTEZA	CSB2 MOROTEZA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	VOHIBOREKA	CSB2 VOHIBOREKA
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	VOHIMARY	CSB2 VOHIMARY
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	VONDROZO	CSB2 VONDROZO
FITOVINANY	IKONGO	MAROMIANDRA	CSB1 AMBODIARA SAKA VAZOHO
FITOVINANY	IKONGO	TOLONGOINA	CSB1 AMBALAKIZITINA
FITOVINANY	IKONGO	IKONGO	CSB1 AMBODIARA DIHY
FITOVINANY	IKONGO	MAROMIANDRA	CSB1 AMBODIARA SAKA VAZOHO
FITOVINANY	IKONGO	TOLONGOINA	CSB1 AMBODIRORANGA
FITOVINANY	IKONGO	IFANIREA	CSB1 AMBOHIMALAZA
FITOVINANY	IKONGO	AMBOHIMALAZA	CSB1 AMBOHIMALAZA
FITOVINANY	IKONGO	IFANIREA	CSB1 ANALAMARY
FITOVINANY	IKONGO	AMBOLOMADINIKA	CSB1 ANTARANJAH
FITOVINANY	IKONGO	ANTOETRA	CSB1 FALIARIVO
FITOVINANY	IKONGO	ANTODINGA	CSB1 MAMOLOFOLY
FITOVINANY	IKONGO	IKONGO	CSB1 NANARENA
FITOVINANY	IKONGO	ANTODINGA	CSB1 TSARAKIANJA
FITOVINANY	IKONGO	VOLARIVO	CSB1 VOLARIVO
FITOVINANY	IKONGO	AMBATOFOTSY	CSB2 AMBATOFOTSY
FITOVINANY	IKONGO	AMBINANITROMBY	CSB2 AMBINANITROMBY
FITOVINANY	IKONGO	AMBOHIMISAFY	CSB2 AMBOHIMISAFY
FITOVINANY	IKONGO	AMBOLOMADINIKA	CSB2 AMBOLOMADINIKA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
FITOVINANY	IKONGO	ANDEFAMPONY	CSB2 ANDEFAMPONY
FITOVINANY	IKONGO	ANKARIMBELO	CSB2 ANKARIMBELO
FITOVINANY	IKONGO	ANTODINGA	CSB2 ANTODINGA
FITOVINANY	IKONGO	BELEMOKA	CSB2 BELEMOKA
FITOVINANY	IKONGO	IFANIREA	CSB2 IFANIREA
FITOVINANY	IKONGO	IKALAFOTSY	CSB2 IKALAFOTSY
FITOVINANY	IKONGO	IKONGO	CSB2 IKONGO
FITOVINANY	IKONGO	MANAMPATRANA	CSB2 MANAMPATRANA
FITOVINANY	IKONGO	MAROMIANDRA	CSB2 MAROMIANDRA
FITOVINANY	IKONGO	SAHALANONANA	CSB2 SAHALANONANA
FITOVINANY	IKONGO	TANAKAMBANA	CSB2 TANAKAMBANA
FITOVINANY	IKONGO	TOLONGOINA	CSB2 TOLONGOINA
FITOVINANY	IKONGO	BELEMOKA	CSB2 TSIFENONKATAKA
FITOVINANY	MANAKARA	SAHASINAKA	CSB1 AMBODIBONARA
FITOVINANY	MANAKARA	AMBOANJO	CSB1 IFAHO
FITOVINANY	MANAKARA	AMBILA	CSB1 LOHARANO
FITOVINANY	MANAKARA	MANAKARA	CSB1 MANAKARA BE
FITOVINANY	MANAKARA	SAHASINAKA	CSB1 VATOLAMBO
FITOVINANY	MANAKARA	AMBAHATRAZO	CSB2 AMBAHATRAZO
FITOVINANY	MANAKARA	AMBAHIVE	CSB2 AMBAHIVE
FITOVINANY	MANAKARA	AMBALAROKA	CSB2 AMBALAROKA
FITOVINANY	MANAKARA	AMBALAVERO	CSB2 AMBALAVERO
FITOVINANY	MANAKARA	AMBANDRIKA	CSB2 AMBANDRIKA
FITOVINANY	MANAKARA	AMBILA	CSB2 AMBILA
FITOVINANY	MANAKARA	AMBOANJO	CSB2 AMBOANJO

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
FITOVINANY	MANAKARA	AMBODINATO	CSB2 AMBODINATO
FITOVINANY	MANAKARA	AMBORONDRA	CSB2 AMBORONDRA
FITOVINANY	MANAKARA	AMBOTAKA	CSB2 AMBOTAKA
FITOVINANY	MANAKARA	AMPASIMBORAKA	CSB2 AMPASIMBORAKA SUD
FITOVINANY	MANAKARA	AMPASIMPOTSY	CSB2 AMPASIMPOTSY
FITOVINANY	MANAKARA	ANALAVORY	CSB2 ANALAVORY
FITOVINANY	MANAKARA	ANKARAMALAZA	CSB2 ANKARAMALAZA
FITOVINANY	MANAKARA	ANOROMBATO	CSB2 ANOROMBATO
FITOVINANY	MANAKARA	ANOSIALA	CSB2 ANOSIALA
FITOVINANY	MANAKARA	ANTEZA	CSB2 ANTEZA
FITOVINANY	MANAKARA	BEKATRA	CSB2 BEKATRA
FITOVINANY	MANAKARA	FENOMBY	CSB2 FENOMBY
FITOVINANY	MANAKARA	MANAKARA	CSB2 FILADELFIA
FITOVINANY	MANAKARA	KIANJANOMBY	CSB2 KIANJANOMBY
FITOVINANY	MANAKARA	LOKOMBY	CSB2 LOKOMBY
FITOVINANY	MANAKARA	MAHABAKO	CSB2 MAHABAKO CENTRE
FITOVINANY	MANAKARA	MAHAMAIBE	CSB2 MAHAMAIBE
FITOVINANY	MANAKARA	MAHAMAIBE	CSB2 MAHAMAIBE
FITOVINANY	MANAKARA	MANGATSIOTRA	CSB2 MANGATSIOTRA
FITOVINANY	MANAKARA	MANJARIVO	CSB2 MANJARIVO
FITOVINANY	MANAKARA	MAROFARIHY	CSB2 MAROFARIHY
FITOVINANY	MANAKARA	MAVORANO	CSB2 MAVORANO
FITOVINANY	MANAKARA	MITANTY	CSB2 MITANTY
FITOVINANY	MANAKARA	MIZILO GARA	CSB2 MIZILO GARA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
FITOVINANY	MANAKARA	NIHAONANA	CSB2 NIHAONANA
FITOVINANY	MANAKARA	ONILAHY	CSB2 ONILAHY
FITOVINANY	MANAKARA	MANAKARA	CSB2 OSIEM MANAKARA
FITOVINANY	MANAKARA	SAHANAMBOHITRA	CSB2 SAHANAMBOHITRA
FITOVINANY	MANAKARA	SAHAREFO	CSB2 SAHAREFO
FITOVINANY	MANAKARA	SAHASINAKA	CSB2 SAHASINAKA
FITOVINANY	MANAKARA	SAKOANA	CSB2 SAKOANA
FITOVINANY	MANAKARA	MANAKARA	CSB2 TANAKIDY
FITOVINANY	MANAKARA	TATAHO	CSB2 TATAHO
FITOVINANY	MANAKARA	VATANA	CSB2 VATANA
FITOVINANY	MANAKARA	VINANINTELO	CSB2 VINANINTELO
FITOVINANY	MANAKARA	VOHILAVA	CSB2 VOHILAVA
FITOVINANY	MANAKARA	VOHIMANITRA	CSB2 VOHIMANITRA
FITOVINANY	MANAKARA	VOHIMASINA NORD	CSB2 VOHIMASINA NORD
FITOVINANY	MANAKARA	VOHIMASINA SUD	CSB2 VOHIMASINA SUD
FITOVINANY	MANAKARA	VOHIMASY	CSB2 VOHIMASY
FITOVINANY	MANAKARA	MANAKARA	CSS MANGARIVOTRA
FITOVINANY	VOHIPENO	AMBOAFANDRA	CSB1 AMBOAFANDRA
FITOVINANY	VOHIPENO	AMBODIMANGA	CSB1 AMBODIMANGA
FITOVINANY	VOHIPENO	AMBOHITSARA II	CSB1 AMBOHITSARAI
FITOVINANY	VOHIPENO	HAVOAVO	CSB1 HAVOAVO
FITOVINANY	VOHIPENO	MANATOTSIKORA	CSB1 MANATOTSIKORA
FITOVINANY	VOHIPENO	VATOLAPANA	CSB1 VATOLAPANA
FITOVINANY	VOHIPENO	AMBOROBÉ	CSB2 AMBOROBÉ
FITOVINANY	VOHIPENO	ANDEMAKA	CSB2 ANDEMAKA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
FITOVINANY	VOHIPENO	ANKARIMBARY	CSB2 ANKARIMBARY
FITOVINANY	VOHIPENO	ANOLOKA	CSB2 ANOLOKA
FITOVINANY	VOHIPENO	ANTANANABO	CSB2 ANTANANABO
FITOVINANY	VOHIPENO	IFATSY	CSB2 IFATSY
FITOVINANY	VOHIPENO	ILAKATRA	CSB2 ILAKATRA
FITOVINANY	VOHIPENO	IVATO	CSB2 IVATO
FITOVINANY	VOHIPENO	LANIVO	CSB2 LANIVO
FITOVINANY	VOHIPENO	MAHABO	CSB2 MAHABO
FITOVINANY	VOHIPENO	MAHASOABE	CSB2 MAHASOABE
FITOVINANY	VOHIPENO	NATO	CSB2 NATO
FITOVINANY	VOHIPENO	ONJATSY	CSB2 ONJATSY
FITOVINANY	VOHIPENO	SAHALAVA	CSB2 SAHALAVA
FITOVINANY	VOHIPENO	SAVANA	CSB2 SAVANA
FITOVINANY	VOHIPENO	TAMBOHOLAVA	CSB2 TAMBOHOLAVA
FITOVINANY	VOHIPENO	VOHILANY	CSB2 VOHILANY
FITOVINANY	VOHIPENO	VOHINDAVA	CSB2 VOHINDAVA
FITOVINANY	VOHIPENO	VOHITRINDRY	CSB2 VOHITRINDRY
IHOROMBE	IAKORA	BEGOGO	CSB1 AMPANGORIANA
IHOROMBE	IAKORA	IAKORA	CSB1 ANARABE
IHOROMBE	IAKORA	ANDRANOMBAO	CSB1 ANDRANOMBAO
IHOROMBE	IAKORA	RANOTSARA NORD	CSB1 BEKATRA
IHOROMBE	IAKORA	BEGOGO	CSB1 KIREMBA
IHOROMBE	IAKORA	VOLAMBITA	CSB1 VOLAMBITA
IHOROMBE	IAKORA	IAKORA	CSB2 IAKORA
IHOROMBE	IAKORA	RANOTSARA NORD	CSB2 RANOTSARA NORD

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
IHOROMBE	IHOSY	TOLOHOMIADY	CSB1 TOLOHOMIADY
IHOROMBE	IHOSY	AMBATOLAHY	CSB2 AMBATOLAHY
IHOROMBE	IHOSY	AMBIA	CSB2 AMBIA
IHOROMBE	IHOSY	ANALALIRY	CSB2 ANALALIRY
IHOROMBE	IHOSY	ANALAVOKA	CSB2 ANALAVOKA
IHOROMBE	IHOSY	ANDIOLAVA	CSB2 ANDIOLAVA
IHOROMBE	IHOSY	ANDOHAN'ILAKAKA	CSB2 ANDOHAN'ILAKAKA
IHOROMBE	IHOSY	ANKILY	CSB2 ANKILY
IHOROMBE	IHOSY	IHOSY	CSB2 IHOSY
IHOROMBE	IHOSY	ILAKAKA	CSB2 ILAKAKA
IHOROMBE	IHOSY	ILOTO	CSB2 ILOTO MENAMATY
IHOROMBE	IHOSY	IRINA	CSB2 IRINA
IHOROMBE	IHOSY	MAHASOA	CSB2 MAHASOA
IHOROMBE	IHOSY	RANOHIRA	CSB2 RANOHIRA
IHOROMBE	IHOSY	SAHAMBANO	CSB2 SAHAMBANO
IHOROMBE	IHOSY	SAKALALINA	CSB2 SAKALALINA
IHOROMBE	IHOSY	SATROKALA	CSB2 SATROKALA
IHOROMBE	IHOSY	SOAMATASY	CSB2 SOAMATASY
IHOROMBE	IHOSY	TRITRIVA	CSB2 TRITRIVA
IHOROMBE	IHOSY	ZAZAFOTSY	CSB2 ZAZAFOTSY
IHOROMBE	IVOHIBE	ANTARAMENA	CSB1 ANTANANDAVA
IHOROMBE	IVOHIBE	ANTARAMENA	CSB1 RANOMENA/BEKININY
IHOROMBE	IVOHIBE	ANTAMBOHOBE	CSB2 ANTAMBOHOBE
IHOROMBE	IVOHIBE	IVOHIBE	CSB2 IVOHIBE

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
IHOROMBE	IVOHIBE	IVONGO	CSB2 IVONGO
IHOROMBE	IVOHIBE	KOTIPA	CSB2 KOTIPA
IHOROMBE	IVOHIBE	MAROPAIIKA	CSB2 MAROPAIIKA
MELAKY	AMBATOMAINTY	AMBARINANAHARY	CSB1 AMBARINANAHARY
MELAKY	AMBATOMAINTY	ANTSIRASIRA	CSB1 ANTSIRASIRA
MELAKY	AMBATOMAINTY	BEKARARA	CSB1 BEKARARA
MELAKY	AMBATOMAINTY	MAKARAINGO	CSB1 MAKARAINGO
MELAKY	AMBATOMAINTY	AMBATOMAINTY	CSB2 AMBATOMAINTY
MELAKY	AMBATOMAINTY	BEMARIVO	CSB2 BEMARIVO
MELAKY	Ambatomainty	Makaraingo	CSB2 Makaraingo
MELAKY	AMBATOMAINTY	MAROTSIALEHA	CSB2 MAROTSIALEHA
MELAKY	AMBATOMAINTY	SARODRANO	CSB2 SARODRANO
MELAKY	ANTSALOVA	AMBERENY	CSB1 AMBERENY
MELAKY	Antsalova	Begara	CSB1 Begara
MELAKY	ANTSALOVA	TRANGAHY	CSB1 BEJANGO
MELAKY	Antsalova	Bemonto	CSB1 Bemonto
MELAKY	ANTSALOVA	MOKOTIBE	CSB1 MOKOTIBE
MELAKY	Antsalova	Soatana	CSB1 Soatana
MELAKY	ANTSALOVA	ANTSALOVA	CSB2 ANTSALOVA
MELAKY	ANTSALOVA	BEKOPAKA	CSB2 BEKOPAKA
MELAKY	ANTSALOVA	MASOARIVO	CSB2 MASOARIVO
MELAKY	ANTSALOVA	SOAHANY	CSB2 SOAHANY
MELAKY	ANTSALOVA	TRANGAHY	CSB2 TRANGAHY
MELAKY	ANTSALOVA	TSIANDRO	CSB2 TSIANDRO
MELAKY	BESALAMPY	Soanenga	CSB1 Ankilimonga

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
MELAKY	Besalampy	Ambolodia Sud	CSB2 Ambolodia Sud
MELAKY	Besalampy	Ampako	CSB2 Ampako
MELAKY	BESALAMPY	ANKASAKASA	CSB2 ANKASAKASA
MELAKY	Besalampy	Ankilimonga	CSB2 Ankilimonga
MELAKY	BESALAMPY	BEKODOKA	CSB2 BEKODOKA
MELAKY	Besalampy	Besalampy	CSB2 Besalampy
MELAKY	BESALAMPY	MAHABE	CSB2 MAHABE
MELAKY	Besalampy	MAROVOAY	CSB2 MAROVOAY SUD
MELAKY	BESALAMPY	SOANENGA	CSB2 SOANENGA
MELAKY	MAINTIRANO	BEMOKOTRA	CSB1 BEMOKOTRA
MELAKY	MAINTIRANO	NAMOASY	CSB1 NAMOASY
MELAKY	MAINTIRANO	ANDRANOVAO	CSB2 ANDRANOVAO
MELAKY	MAINTIRANO	ANDREA	CSB2 ANDREA
MELAKY	MAINTIRANO	ANKISATRA	CSB2 ANKISATRA
MELAKY	MAINTIRANO	ANTSAIDOKA BEBAO	CSB2 ANTSAIDOKA BEBAO
MELAKY	MAINTIRANO	ANTSONDRODAVA	CSB2 ANTSONDRODAVA
MELAKY	MAINTIRANO	BEBABOKY SUD	CSB2 BEBABOKY SUD
MELAKY	MAINTIRANO	BELITSAKY	CSB2 BELITSAKY
MELAKY	MAINTIRANO	BEMOKOTRA	CSB2 BEMOKOTRA
MELAKY	MAINTIRANO	BEREVO RANOBE	CSB2 BEREVO RANOBE
MELAKY	MAINTIRANO	BETANATANANA	CSB2 BETANATANANA
MELAKY	MAINTIRANO	MAFAIJIJO	CSB2 MAFIJIJO
MELAKY	MAINTIRANO	MAINTIRANO	CSB2 MAINTIRANO
MELAKY	MAINTIRANO	MAROHAZO	CSB2 MAROHAZO

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
MELAKY	MAINTIRANO	MAROMAVO	CSB2 MAROMAVO
MELAKY	MAINTIRANO	TAMBOHORANO	CSB2 TAMBOHORANO
MELAKY	MAINTIRANO	VEROMANGA	CSB2 VEROMANGA
MELAKY	Morafenobe	AMBAHIVAHY	CSB1 AMBAHIVAHY
MELAKY	Morafenobe	BERAVINA	CSB1 AMBODIVATO
MELAKY	Morafenobe	AMBOHIBE	CSB1 AMBOHIBE
MELAKY	MORAFENOBE	ANTRANOKOAKY	CSB1 ANTRANOKOAKY
MELAKY	Morafenobe	ANTSINGILOTOKA	CSB1 ANTSINGILOTOKA
MELAKY	MORAFENOBE	BEBOKOY	CSB1 BEBOKOY
MELAKY	Morafenobe	BELALITRA	CSB1 BELALITRA
MELAKY	Morafenobe	BESAHONA	CSB1 BESAHONA
MELAKY	MORAFENOBE	ORIMBATO	CSB1 ORIMBATO
MELAKY	Morafenobe	ANDRAMY	CSB2 ANDRAMY
MELAKY	MORAFENOBE	BERAVINA	CSB2 BERAVINA
MELAKY	Morafenobe	MORAFENOBE	CSB2 MORAFENOBE
MENABE	BELO/TSIRIBIHINA	AMBIKY	CSB1 AMBIKY
MENABE	BELO/TSIRIBIHINA	ANTSAKOAMALINIKY	CSB1 ANTSAKOAMALINIKY
MENABE	BELO/TSIRIBIHINA	DELTA	CSB1 DELTA
MENABE	BELO/TSIRIBIHINA	TSIMAFANA	CSB1 TSIANALOKA
MENABE	BELO/TSIRIBIHINA	ABOALIMENA	CSB2 ABOALIMENA
MENABE	BELO/TSIRIBIHINA	AMSOARIVO	CSB2 AMSOARIVO
MENABE	BELO/TSIRIBIHINA	ANDIMAKA	CSB2 ANDIMAKA
MENABE	BELO/TSIRIBIHINA	ANKALALOBE	CSB2 ANKALALOBE
MENABE	BELO/TSIRIBIHINA	ANKIRONDRON	CSB2 ANKIRONDRON

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
MENABE	BELO/Tsiribihina	ANTSIRARAKA	CSB2 ANTSIRARAKA
MENABE	BELO/Tsiribihina	ANTSOHA	CSB2 ANTSOHA
MENABE	BELO/Tsiribihina	BEGIDRO	CSB2 BEGIDRO
MENABE	BELO/Tsiribihina	BELO/Tsiribihina	CSB2 BELO/Tsiribihina
MENABE	BELO/Tsiribihina	BEREVO	CSB2 BEREVO
MENABE	BELO/Tsiribihina	BEROBOKA NORD	CSB2 BEROBOKA NORD
MENABE	BELO/Tsiribihina	SERINAM	CSB2 SERINAM
MENABE	BELO/Tsiribihina	TSARAOTANA	CSB2 TSARAOTANA
MENABE	BELO/Tsiribihina	TSIMAFANA	CSB2 TSIMAFANA
MENABE	MAHABO	ANKILIZATO	CSB1 ANDRANOMALIO
MENABE	MAHABO	AMPANIHY	CSB1 MANAMBY
MENABE	MAHABO	MALAIMBANDY	CSB1 SOARANO
MENABE	MAHABO	BEROROHA	CSB1 TANAMBAO
MENABE	MAHABO	AMBIA	CSB2 AMBIA
MENABE	MAHABO	AMPANIHY	CSB2 AMPANIHY
MENABE	MAHABO	ANALAMITSIVALA	CSB2 ANALAMITSIVALA
MENABE	MAHABO	ANKILIVALO	CSB2 ANKILIVALO
MENABE	MAHABO	ANKILIZATO	CSB2 ANKILIZATO
MENABE	MAHABO	BEFOTAKA	CSB2 BEFOTAKA
MENABE	MAHABO	BERONONO	CSB2 BERONONO
MENABE	MAHABO	MAHABO	CSB2 MAHABO
MENABE	MAHABO	MALAIMBANDY	CSB2 MALAIMBANDY
MENABE	MAHABO	MANDABE	CSB2 MANDABE
MENABE	MAHABO	TSIMAZAVA	CSB2 TSIMAZAVA
MENABE	MANJA	ANDRANOPASY	CSB1 ANKOBA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
MENABE	MANJA	ANDRANOPASY	CSB1 BEFAMONTY
MENABE	MANJA	ANONTSIBE	CSB1 BERAUVY
MENABE	MANJA	ANKILIABO	CSB1 BESATROHAKA
MENABE	MANJA	ANKILIABO	CSB1 BETAMENAKY
MENABE	MANJA	BETSIOKY	CSB1 BETSIOKY
MENABE	MANJA	BEHARONA	CSB1 MALANDIRA
MENABE	MANJA	ANKILIABO	CSB1 RANGAINOMBY
MENABE	MANJA	MANJA	CSB1 SOALENGO
MENABE	MANJA	BEHARONA	CSB1 VONDROVE
MENABE	MANJA	ANDRANOPASY	CSB2 ANDRANOPASY
MENABE	MANJA	ANKILIABO	CSB2 ANKILIABO
MENABE	MANJA	ANONTSIBE	CSB2 ANONTSIBE
MENABE	MANJA	BEHARONA	CSB2 BEHARONA
MENABE	MANJA	BETSIOKY	CSB2 BETSIOKY
MENABE	MANJA	MANJA	CSB2 MANJA
MENABE	MANJA	SOASERANA	CSB2 SOASERANA
MENABE	MIANDRIVAZO	AMBODIVOANGY	CSB1 ANIVORANO
MENABE	MIANDRIVAZO	ANKONDROMENA	CSB1 ANKISATRA
MENABE	MIANDRIVAZO	ANKOTROFOTSY	CSB1 BELOLO
MENABE	MIANDRIVAZO	ISALO	CSB1 BEPEHA
MENABE	MIANDRIVAZO	MIANDRIVAZO	CSB1 BETEVA
MENABE	MIANDRIVAZO	MASIANKAMPY	CSB1 MASIANKAMPY
MENABE	MIANDRIVAZO	AMBATOLAHY	CSB1 SOASERANA
MENABE	MIANDRIVAZO	MANAMBINA	CSB1 SOATANIMBARY
MENABE	MIANDRIVAZO	AMBATOLAHY	CSB2 AMBATOLAHY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
MENABE	MIANDRIVAZO	AMPANIHY	CSB2 AMPANIHY
MENABE	MIANDRIVAZO	ANKAVANDRA	CSB2 ANKAVANDRA
MENABE	MIANDRIVAZO	ANKONDROMENA	CSB2 ANKONDROMENA
MENABE	MIANDRIVAZO	ANKOTROFOTSY	CSB2 ANKOTROFOTSY
MENABE	MIANDRIVAZO	ANOSIMENA	CSB2 ANOSIMENA
MENABE	MIANDRIVAZO	BEMAHATAZANA	CSB2 BEMAHATAZANA
MENABE	MIANDRIVAZO	BETSIPOLITRA	CSB2 BETSIPOLITRA
MENABE	MIANDRIVAZO	DABOLAVA	CSB2 DABOLAVA
MENABE	MIANDRIVAZO	ISALO	CSB2 ISALO
MENABE	MIANDRIVAZO	MANAMBINA	CSB2 MANAMBINA
MENABE	MIANDRIVAZO	MANANDAZA	CSB2 MANANDAZA
MENABE	MIANDRIVAZO	MIANDRIVAZO	CSB2 MIANDRIVAZO
MENABE	MIANDRIVAZO	SOALOKA	CSB2 SOALOKA
MENABE	MORONDAVA	BELO/MER	CSB1 AMBARARATA
MENABE	MORONDAVA	BEMANONGA	CSB1 AMPATAKA
MENABE	MORONDAVA	BEMANONGA	CSB1 ANDROVAKELY
MENABE	MORONDAVA	BELEO	CSB1 BELEO
MENABE	MORONDAVA	MORONDAVA	CSB1 BEVANTAZA
MENABE	MORONDAVA	MORONDAVA	CSB1 LAVARAVY
MENABE	MORONDAVA	BEFASY	CSB1 LOHENA
MENABE	MORONDAVA	BEMANONGA	CSB1 MANGILY
MENABE	MORONDAVA	BEFASY	CSB1 MISOKITRA
MENABE	MORONDAVA	ZADAVA	CSB1 ZADAVA
MENABE	MORONDAVA	ANALAIVA	CSB2 ANALAIVA
MENABE	MORONDAVA	BEMANONGA	CSB2 ANDROVAKELY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
MENABE	MORONDAVA	BEFASY	CSB2 BEFASY
MENABE	MORONDAVA	BELO/MER	CSB2 BELO SUR MER
MENABE	MORONDAVA	BEMANONGA	CSB2 BEMANONGA
MENABE	MORONDAVA	MORONDAVA	CSB2 LAIJOBY
MENABE	MORONDAVA	MANOMETINAY	CSB2 MANOMETINAY
MENABE	MORONDAVA	MAROFANDILIA	CSB2 MAROFANDILIA
MENABE	MORONDAVA	MORONDAVA	CSB2 MORONDAVA
VATOVAVY	IFANADIANA	FASINTSARA	CSB1 AMBODIARA SUD
VATOVAVY	IFANADIANA	AMBOHIMANGA SUD	CSB1 AMBODIMANGA NORD
VATOVAVY	IFANADIANA	MAHASOA	CSB1 MAHASOA
VATOVAVY	IFANADIANA	AMBOHIMIERA	CSB1 MAROMANANA
VATOVAVY	IFANADIANA	AMBIABE	CSB2 AMBIABE
VATOVAVY	IFANADIANA	AMBOHIMANGA SUD	CSB2 AMBOHIMANGA SUD
VATOVAVY	IFANADIANA	AMPASINAMBO	CSB2 AMPASINAMBO
VATOVAVY	IFANADIANA	ANALAMPASINA	CSB2 ANALAMPASINA
VATOVAVY	IFANADIANA	ANDRORANGAVOLA	CSB2 ANDRORANGAVOLA
VATOVAVY	IFANADIANA	ANTARETRA	CSB2 ANTARETRA
VATOVAVY	IFANADIANA	ANTSINDRA	CSB2 ANTSINDRA
VATOVAVY	IFANADIANA	FASINTSARA	CSB2 FASINTSARA
VATOVAVY	IFANADIANA	IFANADIANA	CSB2 IFANADIANA
VATOVAVY	IFANADIANA	KELILALINA	CSB2 KELILALINA
VATOVAVY	IFANADIANA	MAROTOKO	CSB2 MAROTOKO
VATOVAVY	IFANADIANA	TSARATANANA	CSB2 TSARATANANA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
VATOVAVY	MANANJARY	ANOSIMPARIHY	CSB1 AMBALAMainty
VATOVAVY	MANANJARY	AMBODIAVIAVY	CSB1 AMBODIAVIAVY
VATOVAVY	MANANJARY	MAROSANGY	CSB1 AMBOHIMANDROSO
VATOVAVY	MANANJARY	AMBOHINIHAONANA	CSB1 BEMOKA
VATOVAVY	MANANJARY	AMBOHINIHAONANA	CSB1 LAVAKIANJA
VATOVAVY	MANANJARY	MAHATSARA IEFKA	CSB1 MAHAVOKY SUD
VATOVAVY	MANANJARY	MANAKANA ANTSINDRA	CSB1 MANAKANA ANTSINDRA
VATOVAVY	MANANJARY	ANKATAFANA	CSB1 MAROHITA
VATOVAVY	MANANJARY	AMBALAHOSY NORD	CSB1 MORARANO TOBY
VATOVAVY	MANANJARY	ANDONABE	CSB1 SERANANA
VATOVAVY	MANANJARY	MAHELA	CSB1 TANANDAVA
VATOVAVY	MANANJARY	VOHILAVA	CSB1 TSARAVINANY
VATOVAVY	MANANJARY	AMBALAHOSY NORD	CSB2 AMBINANIFITOERANA
VATOVAVY	MANANJARY	AMBODINONOKA	CSB2 AMBODINONOKA
VATOVAVY	MANANJARY	AMBOHIMIARINA II	CSB2 AMBOHIMIARINA II
VATOVAVY	MANANJARY	AMBOHINIHAONANA	CSB2 AMBOHINIHAONANA
VATOVAVY	MANANJARY	AMBONITSARA-EST	CSB2 AMBOHITSARA EST
VATOVAVY	MANANJARY	ANDONABE	CSB2 ANDONABE
VATOVAVY	MANANJARY	MANANJARY	CSB2 ANDONABE
VATOVAVY	MANANJARY	ANDRANAMBOLAVA	CSB2 ANDRANAMBOLAVA
VATOVAVY	MANANJARY	ANDRANOMAVO	CSB2 ANDRANOMAVO
VATOVAVY	MANANJARY	ANOSIMPARIHY	CSB2 ANOSIMPARIHY

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
VATOVAVY	MANANJARY	ANTARETRA	CSB2 ANTARETRA
VATOVAVY	MANANJARY	ANTSENAVOLO	CSB2 ANTSENAVOLO
VATOVAVY	MANANJARY	MANANAJARY	CSB2 FANANTENANE
VATOVAVY	MANANJARY	KIANJAVATO	CSB2 KIANJAVATO
VATOVAVY	MANANJARY	MAHATSARA IFAKA	CSB2 MAHATSARA IEFAKA
VATOVAVY	MANANJARY	MAHATSARA SUD	CSB2 MAHATSARA SUD
VATOVAVY	MANANJARY	MAHAVOKY NORD	CSB2 MAHAVOKY NORD
VATOVAVY	MANANJARY	MAHELA	CSB2 MAHELA
VATOVAVY	MANANJARY	MANAKANA NORD	CSB2 MANAKANA NORD
VATOVAVY	MANANJARY	MAROFOTOTRA	CSB2 MAROFOTOTRA
VATOVAVY	MANANJARY	MAROKARIMA	CSB2 MAROKARIMA
VATOVAVY	MANANJARY	MAROSANGY	CSB2 MAROSANGY
VATOVAVY	MANANJARY	MORAFENO	CSB2 MORAFENO
VATOVAVY	MANANJARY	NAMORONA	CSB2 NAMORONA
VATOVAVY	MANANJARY	SANDROHY	CSB2 SANDROHY
VATOVAVY	MANANJARY	TSARAVARY	CSB2 TSARAVARY
VATOVAVY	MANANJARY	TSIATOSIKA	CSB2 TSIATOSIKA
VATOVAVY	MANANJARY	VATOHANDRINA	CSB2 VATOHANDRINA
VATOVAVY	MANANJARY	VOHILAVA	CSB2 VOHILAVA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMBALAKONDRO	CSB1 AMBALAKONDRO
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMBODIVOAHANGY	CSB1 AMBODIVOAHANGY
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMBODIVOANGY	CSB1 AMBODIVOANGY
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMPAHOMANITRA	CSB1 AMPAHOMANITRA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMPASIMBOLA	CSB1 AMPASIMBOLA

REGION	DISTRICT	COMMUNE D'IMPLANTATION DE LA FORMATION SANITAIRE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
VATOVAVY	NOSY VARIKA	ANDRANOMAVO	CSB1 ANDRANOMAVO
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMBODIVOANGY	CSB1 ANIVORANO
VATOVAVY	NOSY VARIKA	MANDROROMODY	CSB1 MANDROROMODY
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMBAHY	CSB2 AMBAHY
VATOVAVY	NOSY VARIKA	ABAKOBE	CSB2 AMBAKOBÉ
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMBODILAFA	CSB2 AMBODILAFA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMBODIRIRN'I SAHAFARY	CSB2 AMBODIRIRN'I SAHAFARY
VATOVAVY	NOSY VARIKA	AMPASINAMBO	CSB2 AMPASINAMBO
VATOVAVY	NOSY VARIKA	ANDARA	CSB2 ANDARA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	ANDRORANGAVOLA	CSB2 ANDRORANGAVOLA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	ANGODONGODONA	CSB2 ANGODONGODONA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	ANTANAMBAO	CSB2 ANTANAMBAO
VATOVAVY	NOSY VARIKA	BEFODY	CSB2 BEFODY
VATOVAVY	NOSY VARIKA	FANIVELONA	CSB2 FANIVELONA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	FIADANANA	CSB2 FIADANANA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	SAHAVATO	CSB2 SAHAVATO
VATOVAVY	NOSY VARIKA	SOAVINA	CSB2 SOAVINA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	TSARARIVOTRA	CSB2 TSARARIVOTRA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	VOHIDROA	CSB2 VOHIDROA
VATOVAVY	NOSY VARIKA	VOHITRANDRIANA	CSB2 VOHITRANDRIANA
VATOVAVY	IFANADIANA	MAROHARATRA	CSB1 AMBALAVOLO
VATOVAVY	IFANADIANA	TSARATANANA	CSB1 ANALAMARINA
VATOVAVY	IFANADIANA	AMBOHIMIERA	CSB2 AMBOHIMIERA
VATOVAVY	IFANADIANA	MAROHARATRA	CSB2 MAROHARATRA

Annexe 11 : Liste des parties prenantes ayant participé à la rédaction, à la finalisation et à la validation du dossier d'investissement en SRMNIA-N

Nom et prénom	Fonction et Entité
Yasmine Lydia Lethicia	Secrétaire General du MSANP
Ramarolahy Andriatiaray Rija Niaina	Directeur General de la Fourniture des Soins
Rakotonavalona Rivomalala	Directeur Général de la Médecine Préventive
Rajoelina Toky Miary	Directeur de la Sante Familiale
Ratsiambakaina Diana	Directeur de la Cellule d'Appui pour la Couverture Sante Universelle
Rakotondrazanany Harolalaina	Directeur de la Lutte contre les Maladies non Transmissibles
Ravelojoeliandriambeloaritaifika Aurelien	Directeur Office National de Lutte anti- tabac
Rasoanandrasana Vololoniaina	Chef de Service de la Maternité Sans Risque et de la Planification Familiale – DSFa
Rakotomahefa Fetrarivo Navalona	Chef de Service de la Santé de l'Enfant, des Adolescents et des Jeunes – DSFa
Ralaimiadana A. Rabenja	Chef de Service de la Nutrition – DSFa
Razakarivony Gazela Meva	Chef de Service de Suivi et Evaluation DGMP
Razafindramanana Rija	RPECM – ONN
Rivoarivony Bodomalala	Equipe technique CACSU
Ramananjanahary Holinirina	Assistant technique Programme Elargi de Vaccination
Andrianasolo Sehenolalao Anjarasoa	Charge de programme SRMNIA-N OMS
Eugenie Xiane	MCAT Nutrition OMS
Rahajarison Andry	USAID
Noelson Rivo	Responsable sante maternelle, neonatale et infantile USAID
Razafindravony Bakolisoa	Jhpiego/MGCL
Randrianirina Fidele	Jhpiego/MGCL
Ralantomahefa Richard	Program Officer USAID/CHISU

Rasolofoniaina Heritiana	M&E Officer UNFPA
Rakotovao Jean Pierre	Directeur technique MGCL- JHPIEGO
Ravelojaona Voahirana	Conseillere SMNE USAID/ACCESS
Tsarafihary Andry	USAID / ACCESS
Razanalison Faly	Specialiste SRHR UNFPA
Rakotomanana Andrimbazotiana	Officier de liaison GFF
Rafalimanana Elisoahasina	Specialiste MNCH UNICEF
Rakotozanany Besaina	Gynecologue COMAGO
Randrianantoandro Fenoso Andriamanarivo	Analyste demographe INSTAT
Harihery Dominique	Responsable programme Hellen Keller
Razafindrainibe Ismaela	Equipe nutrition CRS
Rafaramanantsoa Miel	Medecin du Monde
Rakotomalala Bonaventure	Directeur Pays Hellen Keller International
Ravaonoro Christine	Specialiste SRMNIA UNICEF
Ranaivoarivony Haingo	Action Contre la Faim
Rakotomalala Jean Claude	Directeur ASOS et President COMARESS
Randriamanampisoa Carmen	Conseillère COMARESS
Rabodoarivelo Hantanirina	Journaliste RFO
Rakotonirina Mahery	UNICEF
Raberaoka Nomena	M&E JSI
Ietje Reerink	Result specialit GFF
Ratsimbazafy Baovola Nathaline	Pivot
Rakotomalala Hasina	IMPACT – Coordonateur technique NUT GIS
Andrianjatovo MiaroZo	Programme national de lutte contre les IST et Sida
Ravololomihanta Voahirana	Chef de division MSRP DSFa
Raveloarivony Angeline	Chef de Division Sante de l'Enfant SSEAJ- DSFa
Razafimanjato Haingo	Chef de division Sante des adolescents et jeunes DSFa

Rajoelina Raveloaritrema	Assistant technique du SG Coordinateur SR – UNFPA auprès du MSANP
Ramanoelina Saholiarisoa	Assistant technique DSFa
Raharimboahangy Volatiana	Assistant technique DSFa
Minoarivelo Hantanirina Léa	Assistant technique DSFa
Andosoa Rabearilala	Assistant technique DSFa
Rakotonandrasana Brigitte Irene	Responsable Sante maternelle et neonatale – SMSRPF – DSFa
Marimbelo Tamina Ambroisine	Responsable Nutrition Communautaire – Office National de Nutrition
Rakotoarisoa Jean Elie Honorat	Responsable Logistique INSPC
Raharinivo Hanitra Saholy	Responsable PECMA – Service Nutrition DSFa
Rakotomalala Franck	Equipe technique CACSU
Ony Leonie Razafindrakoto	Equipe technique Service nutrition
Ranarivelo Deborah	Equipe technique Nutrition DSFa
Ramangasoavina Lucien	Responsable informatique CACSU
Ratovoniaina Narindra Clemence	Equipe technique SMSRPF – DSFa
Randrianalizaka Jacques	Equipe technique DPLMT
Raharisaina Gaie	Equipe technique SMSRPF
Rakotonanahary Viviane	Equipe technique SMSRPF
Rambolamanana Njivaniaina	Equipe technique SNUT– DSFa
Randrianasolo Mamiarivelo	Equipe technique DSFa
Rakotomanga Rota Estelle	Equipe technique SSEAJ
Ralaiarivelo Mbola	Equipe communication DSFa
Dadare Anatole	Assistant technique DSSB
Rakotondrasoa Hafatra	Assistant technique DLMNT
Rabesata Juste Yolande	Assistant technique DSFa
Razafindrakoto Andrinirina	Equipe technique Programme National de Lutte contre les IST et Sida

Moharesy Hassan Ali	Equipe technique SSEAJ
Randrianjara Zafimbelo Paul	Equipe technique DHRD
Rakotonirina Avana	Equipe technique SNUT
Rakotoarivelo Dina Josoelina	Equipe technique OFNALAT
Ramaromanana Rojohasina	Equipe technique SSEAJ
Randrianasolo Charles Rivomahefa	Equipe technique SNUT
Veriza Franck	Equipe technique SMSRPF
Razafimaro Anita Jose	Equipe technique SSEAJ
Hanitriinaina Stella	Equipe technique SMSRPF
Oumar Azhyra	Equipe technique SNUT
Saholinirina Zafera	Equipe technique SNUT
Rakotomalala Lanto Andrianantenaina	Equipe technique DSFa
Ramialiarifara Nivomboahangy	Equipe technique DSFa
Bemaheva Santatriniaina	Equipe technique DPLMT
Tongalaza Jacklin	Equipe technique DSFa
Razanalisoa Lucette	Equipe technique SCPS DPS
Andrianarivola Miora	Equipe administrative DSFa
Rakotonirina Parfait	Equipe administrative DSFa
Ramananjohary Hantaso	Equipe administrative DSFa
Hamed Mohamed Nedhirou	Consultant international, Banque Mondiale