



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



Politique Nationale de Santé Communautaire

POLITIQUE NATIONALE DE
SANTÉ COMMUNAUTAIRE
A MADAGASCAR

JUILLET 2017

PREFACE

En vue d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) en matière de santé, Madagascar continue à miser sur la santé communautaire comme approche prioritaire.

Afin d'intégrer les services de santé communautaire dans le cadre du développement global, le Ministère de la Santé a mis en place la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) en 2009, pour servir de document de référence dans ce domaine. Cependant, les nouvelles orientations politiques adoptées par le gouvernement, en particulier la mise en place de la stratégie nationale sur la Couverture Santé Universelle (CSU), et celle de la stratégie nationale de développement local dans la cadre de la décentralisation, ont inspiré la mise à jour de cette PNSC.

Le présent document illustre la vision, les objectifs, les principes directeurs, les valeurs fondamentales et les orientations stratégiques qui guideront tous les intervenants en santé communautaire à Madagascar.

J'exhorte toutes les parties prenantes, à s'engager, à s'approprier chaque élément de cette politique, à s'impliquer activement dans sa mise en œuvre, pour que nos actions menées sur le terrain aient un impact réel sur le bien-être de la population.

Enfin, à tous ceux qui, de loin ou de près, ont participé à l'élaboration de ce document, je ne saurais terminer cette préface sans leur adresser mes vifs et sincères remerciements, notamment aux techniciens du Ministère de la Santé Publique, à ceux des autres secteurs et aux différents Partenaires Techniques et Financiers.


Le Ministre de la Santé Publique
Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

ACRONYMES

AC	: Agents communautaires
AS	: Agent de Santé
COGE	: Comité de Gestion
COSAN	: Comité de Santé
CSB	: Centre de Santé de Base
CSU	: Couverture Santé Universelle
CTD	: Collectivités Territoriales Décentralisées
ODD	: Objectifs pour le Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
PAC	: Paquet d'Activités Communautaires
PN2D	: Plan National de Décentralisation et de Déconcentration
PNSC	: Politique Nationale de Santé Communautaire
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RMA	: Rapport Mensuel d'Activités
SC	: Santé Communautaire
STD	: Services Techniques Déconcentrés
TDR	: Termes de Références

TABLE DES MATIERES

PREFACE	i
ACRONYMES	ii
RESUME	v
INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
II. VALEURS FONDAMENTALES ET PRINCIPES DIRECTEURS	7
2.1 VALEURS FONDAMENTALES	7
2.2 PRINCIPES DIRECTEURS	9
III. VISION, BUT, OBJECTIFS	13
3.1 VISION DE LA PNSC	13
3.2 BUT DE LA PNSC	13
3.3 OBJECTIFS DE LA PNSC	13
IV. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA PNSC	15
Axe stratégique 1 : INTEGRATION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE AU SYSTEME DE SANTE	15
Axe stratégique 2 : OPTIMISATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN FAVEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTE	17
Axe stratégique 3 : MISE A L'ECHELLE DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES INTEGREES	18

Axe stratégique 4 : COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS	18
Axe stratégique 5 : INSTITUTIONNALISATION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	19
Axe stratégique 6 : HARMONISATION DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE	20
Axe stratégique 7 : RENFORCEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTE COMMUNAUTAIRE	20
V. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	22
5.1 PLANIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNSC	22
5.2 ORGANISATION ET ANCRAGE INSTITUTIONNEL DES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES ET OPERATIONNELLES	23
5.3 SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNSC	27
GLOSSAIRE ET TERMINOLOGIE	30

RESUME

Madagascar, à l'instar de nombreux pays africains, a misé sur la santé communautaire parmi ses approches prioritaires pour aider à l'atteinte de ses objectifs en matière de santé ; le pays figure parmi les pionniers de l'innovation en matière d'approche communautaire pour l'amélioration de l'accès aux services. Afin d'intégrer les services de santé communautaire dans le cadre du développement, le Ministère de la Santé Publique a mis en place la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) en 2009. La nécessité de mise à jour de la PNSC a été dictée par l'adoption de nouvelles orientations politiques, en particulier l'avènement de la mise en place de la stratégie nationale sur la Couverture Santé Universelle (CSU) et d'une stratégie nationale de développement local dans le cadre de la décentralisation.

La vision véhiculée par cette politique est que **“la Communauté, consciente de ses responsabilités pour son développement, s'approprie et participe aux interventions socio-sanitaires locales pour le bien-être de l'ensemble de ses membres”**. Cette politique vise l'amélioration de l'état de santé de la communauté, à travers (i) sa participation soutenue aux actions socio-sanitaires pour la mise en œuvre des programmes et services de développement et (ii) son accès optimal à un paquet intégré d'activités promotionnelles, préventives, curatives, de réadaptation, d'urgence et de surveillance en matière de santé publique.

La présente PNSC se fonde sur les quatre valeurs suivantes : représentation, équité, transparence et éthique. Neuf principes directeurs ont

été dégagés pour servir de base à cette politique, à savoir le volontariat et la culture de performance, le dialogue, la participation de la communauté, l'appropriation de la santé par la communauté, la planification ascendante, l'intégration, la neutralité, l'implication des autorités locales et la décentralisation.

La PNSC a comme cadres de références la Politique Nationale de Santé et d'autres documents cadres nationaux et internationaux ratifiés par Madagascar. Le document est articulé autour des sept axes stratégiques suivants : (i) Intégration de la santé communautaire au système de santé, (ii) Optimisation des interventions communautaires en faveur de la promotion de la santé, (iii) Mise à l'échelle des interventions communautaires intégrées, (iv) Coordination de la mise en œuvre des interventions, (v) Institutionnalisation de la santé communautaire, (vi) Harmonisation de l'approche de santé communautaire, (vii) Renforcement de la recherche en santé communautaire.

La PNSC dispose d'un ancrage institutionnel. La gestion de la santé communautaire implique la mise en place à tous les niveaux de structures de pilotage et de coordination revêtant un aspect intersectoriel et interdisciplinaire, qui seront chargées de la coordination et du suivi de la mise en œuvre de cette politique et qui représenteront les instances de prise de décisions à leurs niveaux de juridiction respectifs.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé communautaire comme un processus par lequel les membres d'une communauté sont conscients de leur appartenance à un même groupe. Ils réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, et expriment ainsi leurs besoins prioritaires. Ils planifient les activités les plus aptes à répondre à ces priorités. Chaque membre contribue à la mise en œuvre de ces activités. Ils les évaluent ensemble pour en tirer des leçons. Toute la communauté participe à la gestion de la santé individuelle et collective. Ainsi, les besoins et les comportements négatifs à l'origine des problèmes sont identifiés collectivement. Les pratiques et les attitudes sociales des groupes sont prises en compte.

La conférence d'Alma-Ata en 1978 a reconnu la participation communautaire comme la base de la prestation des soins de santé primaires. C'est ainsi que la communauté participe, s'engage et prend ses responsabilités en mobilisant ses propres ressources pour réduire les inégalités de l'accès aux soins. En 2008, la conférence de Ouagadougou¹ a réaffirmé l'importance de l'implication, la participation et l'autonomie communautaire pour réaliser des progrès en matière de santé. En outre, des avancées constatées en Afrique², parmi lesquelles l'amélioration des

¹ Organisation Mondiale de la Santé, 2008. Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de santé primaires et le système de santé en Afrique : Améliorer la santé au cours du nouveau millénaire. Bureau Régional Afrique. AFR/RC 58/11. Août 2008.

² Nations Unies. 2015. Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport 2015.

indicateurs sur la santé de la mère³ et de l'enfant, témoignent de la rentabilité des interventions de santé communautaire.

En vue d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Madagascar a élaboré une Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) en 2009. Toutefois, à l'instar de certains pays d'Afrique, alors que les OMD arrivaient à leur terme en 2015, certains objectifs n'avaient pas encore été atteints, malgré quelques avancées qu'on peut attribuer en grande partie au rôle essentiel des agents communautaires (AC). Ainsi, Madagascar a souscrit aux Objectifs de Développement Durable (ODD), définis au niveau mondial pour la période 2015-2030. Le gouvernement a adopté de nouvelles orientations politiques, en particulier la mise en place de la stratégie nationale sur la Couverture Santé Universelle (CSU) et de la stratégie nationale de développement local dans la cadre de la décentralisation, lesquelles ont inspiré la mise à jour de la PNSC.

Le présent document constitue ainsi le fruit des réflexions communes des parties prenantes, à travers une démarche participative et consultative. Comme stipulé dans la loi organique régissant les compétences, les modalités d'organisation et de fonctionnement des Collectivités territoriales décentralisées, ce document est conforme à la vision du gouvernement malgache. Il relate les valeurs fondamentales, les principes directeurs, les orientations stratégiques et le cadre de mise en œuvre qui guideront et soutiendront les interventions en santé communautaire, et auxquels l'ensemble des intervenants se conformeront. L'institutionnalisation

³ Singh P., Sacdhs J. 2013. One million community health workers in sub-saharan Africa by 2015. Publication en ligne. [http://dx.doi.org/10.1016/SO140-6736\(12\)62002-9](http://dx.doi.org/10.1016/SO140-6736(12)62002-9). Lancet 2013 ; 382 ;363-65

de la santé communautaire, y compris le statut des agents communautaires (AC), l'ancrage communal et son intégration au système de santé, l'harmonisation et la coordination des interventions y sont mis en exergue.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC), telle qu'élaborée en 2009 avec les textes d'application réglementaires y afférant, traduit la volonté politique de l'Etat d'intégrer le niveau communautaire au système de santé. Parmi ses fondements figure le Plan National de la Décentralisation et Déconcentration (PN2D). La PNSC définit les orientations et clarifie les rôles, responsabilités et devoirs des différentes structures concernées.

Toutefois, du fait de la crise sociopolitique qui a prévalu au pays, l'application de la PNSC et du PN2D a été disparate, et leur mise en œuvre non harmonisée. En effet, bien qu'ayant largement impliqué la société civile, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers (PTF), les programmes et projets du Ministère de la Santé Publique et de ses partenaires ont évolué de façon verticale. Ils ont été mis en œuvre de façon différente par rapport aux documents cadres. Les structures de coordination et d'opérationnalisation, bien que présentes dans certaines régions, n'ont pas été réellement institutionnalisées. La PNSC, ainsi que les textes, documents et outils stratégiques développés pour sa mise en œuvre, n'ont pas été suffisamment diffusés à tous les niveaux, notamment aux niveaux périphériques et décentralisés. Bien qu'un guide de mise en œuvre ait été élaboré, les communautés, communes, districts et régions ne connaissaient pas avec précision leurs rôles et attributions.

A Madagascar, le système de santé souffre d'insuffisance à la fois quantitative et qualitative, et d'une mauvaise répartition du personnel de santé à tous les niveaux. Les ratios médecins et paramédicaux par habitant figurent parmi les plus bas du continent africain⁴. Les inégalités demeurent flagrantes entre les zones rurales et urbaines, et entre les différentes régions du pays. Les résultats d'évaluations des performances des agents communautaires dans l'offre de services de santé ont montré une amélioration de l'accès géographique aux soins, notamment pour les groupes les plus vulnérables⁵.

La mise en œuvre de la stratégie nationale de la CSU devra tirer profit au maximum du potentiel de tous les éléments du système de santé. La stratégie de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 reconnaît que, pour satisfaire les besoins des populations dans l'optique des ODD, il faudra une panoplie de compétences plus durables et plus réactives, permettant d'assurer des prestations de services et des soins de prévention équitables. La contribution des agents communautaires présente un intérêt particulier pour la plupart des services prioritaires au niveau des soins de santé primaires, en particulier dans les zones mal desservies⁶.

La santé communautaire représente une stratégie importante pour la mise en œuvre de la promotion de la santé, en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : la pauvreté, le chômage, la dégradation de l'environnement, l'assainissement, l'accès à l'eau potable, et l'éducation,

⁴Statistiques Sanitaires, OMS, 2015

⁵Rapport de Recherche et d'évaluation. Fonctionnalité et performance du programme des agents de santé communautaires à Madagascar, Sarah S & al 2013.

⁶ Bull World Health Organ 2016; 94:786–786 doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.185918>

entre autres. Ainsi, elle peut contribuer à l'atteinte des objectifs des politiques globales et intersectorielles, et rendre plus efficace l'aide au développement.

L'efficience de la santé communautaire repose sur : (i) la prise de conscience, l'implication, la responsabilisation, la participation active, l'autonomisation et l'appropriation du développement local par les communautés ; (ii) le partenariat et la collaboration fondés sur l'engagement, la coordination, la concertation et la redevabilité mutuelle des parties prenantes ; (iii) la conformité au cadre légal de la décentralisation et déconcentration à tous les niveaux, et l'articulation aux politiques sectorielles ; (iv) la stabilité socio-politique. Cela, aux fins de bâtir des collectivités efficaces au service de citoyens responsables, d'améliorer le bien-être des communautés et la gouvernance locale, et de rapprocher le pouvoir des citoyens à Madagascar.

II. VALEURS FONDAMENTALES ET PRINCIPES DIRECTEURS

La présente Politique Nationale de Santé Communautaire se fonde sur les valeurs et les principes directeurs relatés ci-dessous.

2.1 VALEURS FONDAMENTALES

La Politique Nationale de Santé Communautaire sous-tend quatre grandes valeurs : représentation, équité, transparence et éthique.

Représentation

Il appartient à la communauté de choisir elle-même ses représentants auprès des structures d'opérationnalisation et de coordination des interventions en santé communautaire, à travers des élections libres, participatives et transparentes.

Équité

La communauté s'assure que tous ses membres, y compris les plus vulnérables, les pauvres et les personnes marginalisées, indépendamment de leur sexe, expriment librement leurs points de vue sur les questions de santé, participent et bénéficient de toutes actions de développement sanitaire qui les concernent.

Transparence

Les agents de santé, les acteurs communautaires, les parties prenantes et les communautés sont tenus de partager toutes informations sur les problèmes, les priorités, les processus de gestion, et de contribuer de manière participative et transparente, selon leurs compétences et attributions, aux activités menées, aux suivis et aux évaluations des résultats obtenus.

Ethique

- **Esprit d'équipe et solidarité** : La mise en œuvre des activités communautaires est régie par l'ensemble des valeurs et des règles morales, y compris celles qui sont propres à la communauté malgache. Ces valeurs ne vont pas à l'encontre des us et coutumes mettant en exergue le « Firaisankina », le « Fihavanana » et le « Fokonolona » ;
- **Intégrité et redevabilité** : Les AC et tous les membres des structures d'opérationnalisation et de coordination des interventions en santé communautaire sont redevables envers la communauté de laquelle ils sont issus et/ou qu'ils servent. Aussi, pour gagner leur confiance, leur reconnaissance et jouir d'une bonne réputation, ils doivent être honnêtes, impartiaux et justes ;
- **Respect des liens fonctionnels et des normes et procédures requises** : Les agents communautaires sont tenus d'entretenir des rapports fonctionnels et de bonne collaboration avec les agents de santé et tous les acteurs intersectoriels œuvrant dans la santé communautaire.

2.2 PRINCIPES DIRECTEURS

Neuf éléments constituent les lignes directrices de la Politique Nationale de Santé Communautaire de Madagascar : volontariat et culture de performance de la part des acteurs, dialogue, participation de la communauté, appropriation de la santé par la communauté, planification ascendante, intégration, neutralité, implication des autorités locales et décentralisation.

Volontariat et culture de performance

La santé communautaire repose, en général, sur un esprit de volontariat. Néanmoins, les agents communautaires sont tenus d'offrir des prestations de qualité selon les normes et procédures requises dans un esprit d'intégrité et de redevabilité. La communauté et les autres parties prenantes identifieront et appliqueront des systèmes de reconnaissance et de motivation des AC basés sur leurs charges de prestations selon leurs niveaux de compétence et de performances. Des mesures standards pour renforcer l'assurance de la qualité des services communautaires seront mises en place et devront être adoptées et appliquées par tous les acteurs œuvrant dans la santé communautaire.

Dialogue

Les acteurs des services déconcentrés sont incités à instaurer une culture du dialogue avec la communauté à laquelle ils délivrent les soins de santé. Les décisions concernant toute la population devraient être prises par consensus. La prestation de services devrait répondre aux besoins des membres de la communauté. Les agents communautaires devraient

bénéficier du soutien nécessaire pour leur permettre d'accomplir efficacement leur mission.

Participation de la communauté

Les membres de la communauté, auxquels les AC sont redevables, prennent leur part de contribution de façon active. Cela garantira le bon déroulement des interventions en santé et leur pérennisation, le but étant d'assurer le bien-être de tous les membres de la communauté, à travers leur implication sur les plans économique, socio-sanitaire et financier.

Appropriation de la santé par la communauté

La communauté devrait être convaincue que la santé est la base de tout développement. Elle doit prendre conscience d'elle-même et de ses problèmes de santé, identifier elle-même les solutions locales et s'impliquer dans la surveillance de la santé publique. Elle est ainsi non seulement bénéficiaire des programmes de santé exécutés au niveau communautaire, mais prend également et activement part à la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention, de surveillance, d'urgence, de réadaptation et curatives y afférentes pour une meilleure santé.

Planification ascendante

Chaque communauté a sa spécificité et les initiatives locales seront ainsi privilégiées, tout en tirant profit de la riche diversité socio-culturelle de la société malgache. Les problèmes identifiés localement seront résolus à travers des stratégies de proximité appropriées et élaborées par tous les acteurs de la santé communautaire, en partenariat avec les parties

prenantes, et intégrées à la planification du Centre de Santé de Base (CSB) de rattachement pour être mises en œuvre.

Décentralisation

L'approche de santé communautaire figure parmi les applications pratiques de la politique de décentralisation. Elle donne le pouvoir et la capacité de prendre des décisions au niveau des collectivités territoriales décentralisées, et permet aux communautés de se prendre en charge et d'être responsables de leur propre développement en matière de santé.

Intégration

Cette approche permet d'assurer que l'ensemble des interventions programmatiques mises en œuvre par les acteurs de la santé au niveau communautaires soient complémentaires, synergiques, centrées sur les cibles prioritaires locales et qu'elles s'articulent aux priorités nationales sectorielles de développement et de santé. La communauté elle-même veille à ce que toutes les interventions d'autres secteurs contribuent au développement sanitaire et au bien-être de sa population.

Neutralité

Pour atteindre ses objectifs, l'agent communautaire doit rester neutre dans la réalisation de ses activités et s'assurer de la qualité de ses prestations en toutes circonstances, indépendamment de son affiliation à quelque idéologie que ce soit.

Implication des autorités locales

Les autorités locales sont des acteurs clés du développement socio-sanitaire. Elles sont impliquées dans toutes les phases de gestion des interventions en santé communautaire. Elles participent à la conception, la planification, la mise en œuvre, la mobilisation des ressources locales, au suivi et à l'évaluation.

III. VISION, BUT, OBJECTIFS

3.1 VISION DE LA PNSC

La Communauté, consciente de ses responsabilités pour son développement, s'approprie et participe aux interventions socio-sanitaires locales pour le bien-être de l'ensemble de ses membres.

3.2 BUT DE LA PNSC

Améliorer le statut de santé de la communauté à travers: (i) sa participation soutenue aux actions socio-sanitaires dans la mise en œuvre des programmes et services de développement et (ii) son accès optimal à un paquet intégré d'activités promotionnelles, préventives, curatives, de réadaptation, d'urgence et de surveillance de la santé publique.

3.3 OBJECTIFS DE LA PNSC

Cette PNSC vise à :

- servir de cadre institutionnel pour orienter et harmoniser toutes les interventions socio-sanitaires impliquant la participation communautaire en les intégrant au système de santé ;
- faciliter la continuité de la collaboration intersectorielle au sein du système de santé jusqu'au niveau communautaire ;

- assurer la prestation et l'utilisation optimale des services de proximité intégrés, incluant la protection sociale, au niveau communautaire.

IV. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA PNSC

Conformément à la Politique Nationale de Santé, ainsi qu'aux autres documents cadres stratégiques nationaux et internationaux ratifiés par Madagascar, la Politique Nationale de Santé Communautaire réactualisée définit l'ensemble des orientations stratégiques retenues pour toutes les interventions menées dans le domaine de la santé communautaire. Ces orientations se focalisent sur les sept axes suivants :

AXE STRATEGIQUE 1 : INTEGRATION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE AU SYSTEME DE SANTE

Le niveau communautaire constitue un prolongement du système de santé, duquel il fait partie intégrante. Cela se traduit par :

- l'intégration des services à base communautaire aux soins de santé primaires, mettant ainsi en place un lien entre les interventions des AC et des AS des CSB pour assurer à la fois : (i) le continuum de soins centrés sur les groupes cibles prioritaires, tels que les femmes et les enfants, et considérant leurs besoins spécifiques à chaque étape du cycle de la vie, (ii) l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé, nutrition, eau, assainissement et hygiène, et (iii) la couverture équitable de la population en leur donnant accès

aux soins. Le Ministère de la Santé Publique s'engage ainsi à assurer le transfert de certaines compétences nécessaires y afférentes aux AC ;

- l'intégration des données communautaires au système national d'information sanitaire, mettant en évidence l'impact de la contribution de la communauté sur l'amélioration de la situation de la santé ;
- la participation des autorités administratives et de la communauté, en concertation avec le CSB, dans le processus de sélection des acteurs communautaires pour la santé, et leur implication dans (i) la planification ascendante et intégrée du système de santé, et (ii) le système de suivi et évaluation, intégrant les réunions de revues des agents de santé des CSB avec les AC pour l'analyse des tendances des indicateurs, l'identification des problèmes locaux et leurs causes, ainsi que la détermination des stratégies résolutive de proximité ;
- l'intégration de la gestion et du suivi des intrants de santé utilisés au niveau communautaire parmi les actions menées à l'endroit du système national de gestion de l'approvisionnement et de distribution, afin d'assurer la disponibilité continue des produits de qualité à des prix abordables pour toute la population ;
- en matière de financement, en plus des subventions de l'Etat, la mobilisation des ressources locales financières et en nature à travers, entre autres, les recettes fiscales, les activités de levées de fonds et les contributions des partenaires locaux.

AXE STRATEGIQUE 2 : OPTIMISATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN FAVEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTE

La santé communautaire représente l'une des stratégies de mise en œuvre de la promotion de la santé et porte sur :

- l'éducation sanitaire pour stimuler la demande et l'utilisation des services par la population ;
- la sensibilisation et la communication pour le changement des comportements, et l'adoption par la population de pratiques favorables à la santé ;
- la mobilisation sociale pour obtenir l'engagement communautaire, ainsi que la participation multisectorielle, pour la mise en œuvre intégrée des interventions de santé et de nutrition ainsi que des actions efficaces et concrètes ayant un effet positif sur les déterminants de la santé : eau, hygiène, assainissement, environnement ;
- la mobilisation des groupements ou associations communautaires, ainsi que des réseaux ou mouvements sociaux locaux, pour le renforcement des mécanismes de collaboration intersectorielle et de partenariat élargi, incluant les Organisations de la Société Civile (OSC) et le secteur privé.

AXE STRATEGIQUE 3 : MISE A L'ECHELLE DES

INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES INTEGREES

- L'AC constituera le premier contact avec le système de santé pour une certaine partie de la population. Le Ministère de la Santé Publique renforcera ainsi les compétences des AC pour leur permettre de mettre en œuvre les paquets d'activités intégrés relevant des différentes composantes des programmes de santé au niveau communautaire, dont les interventions de promotion, prévention, prise en charge, gestion, et surveillance de la santé publique.
- Le gouvernement, avec l'appui de ses partenaires et des parties prenantes, soutient la mise à l'échelle des interventions communautaires pour optimiser l'accès équitable aux soins de l'ensemble de la population malgache.

AXE STRATEGIQUE 4 : COORDINATION DE LA MISE EN

ŒUVRE DES INTERVENTIONS

Des structures de coordination intersectorielle et interdisciplinaire seront mises en place à tous les niveaux en impliquant les parties prenantes et les partenaires techniques et financiers, ayant comme vocation de guider et d'assurer l'harmonisation de toutes les interventions de santé communautaire.

AXE STRATEGIQUE 5 : INSTITUTIONNALISATION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

L'institutionnalisation matérialise l'engagement de l'Etat en faveur du développement de la santé communautaire. Elle consiste à officialiser par voie réglementaire :

- les statuts, l'organisation et le fonctionnement de toutes les structures opérationnelles et de coordination en matière de santé communautaire à tous les niveaux ;
- l'ancrage, la fonctionnalité et la pérennisation de la santé communautaire au niveau des collectivités territoriales décentralisées et des services déconcentrés, selon les niveaux des structures opérationnelles et de coordination périphériques ;
- le statut des AC, qui est celui de volontaire, incluant :
 - ✓ Le soutien par l'organisation d'un système harmonisé de motivation basé sur leurs charges de prestations, selon leurs niveaux de compétence et leurs performances ;
 - ✓ Un système de reconnaissance institutionnelle des compétences des AC, selon les niveaux de capacités qui leur ont été transférées ;
 - ✓ Les rôles et responsabilités dévolus aux AC : les paquets de services comprennent les activités promotionnelles, préventives, curatives, de réadaptation, de surveillance de la santé publique et de participation aux réponses d'urgence, ainsi que la participation à la gestion du CSB et aux actions de solidarité pour l'amélioration de l'accès aux

soins, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; de réduction du risque financier ; et de recensement des naissances, des décès et des personnes démunies.

AXE STRATEGIQUE 6 : HARMONISATION DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE

Cette orientation est essentielle pour aligner les multiples approches adoptées par les parties prenantes concernant la prestation et les motivations des acteurs de santé communautaire, et les faire converger vers l'atteinte d'objectifs communs centrés sur le bien-être de la population, notamment celui des groupes cibles prioritaires, et la réduction des décès évitables dans la communauté. Elle concerne :

- les modalités de mise en œuvre des interventions de santé communautaire selon les normes et procédures en vigueur dans le secteur ;
- les modalités de motivation des intervenants en santé communautaire, dont les motivations financières et en nature, et qui tiennent compte des charges de prestation selon leurs niveaux de compétence et de performance.

AXE STRATEGIQUE 7 : RENFORCEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTE COMMUNAUTAIRE

Cette orientation concerne notamment : (i) l'évaluation systématique de l'efficacité des AC quant à leur prestation de service, (ii) la détermination

des rôles des AC concernant les maladies non transmissibles, (iii) les liens avec les cadres fonctionnels, la réglementation, l'accréditation, la motivation, et l'approvisionnement en médicaments et produits de base essentiels, et (iv) la pérennisation des programmes soutenus par les AC. Ces éléments sont autant de questions auxquelles des réponses doivent être apportées pour utiliser de manière optimale les AC et permettre la couverture sanitaire universelle.

V. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

Le cadre de mise en œuvre détermine les structures à établir, les documents cadres et les outils à mettre à la disposition des acteurs pour assurer l'efficacité de la mise en œuvre de la PNSC.

La mise en œuvre de la PNSC fera l'objet d'un Plan Stratégique de Renforcement de la Santé Communautaire, à intégrer au plan de renforcement global du système de santé. Il comprendra et fixera : (i) la planification de la mise en œuvre de la PNSC, (ii) l'organisation et l'ancrage institutionnel des structures organisationnelles et des structures opérationnelles, (iii) le suivi et évaluation de la mise en œuvre de la PNSC.

5.1 PLANIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNSC

Elle mentionnera toutes les étapes stratégiques, les interventions et les résultats attendus.

Pour garantir l'efficacité des actions à entreprendre, la dissémination de la PNSC en version française et version malgache, l'appropriation locale de la PNSC, la mise en place des structures de coordination et opérationnelles doivent être prises en considération.

Au niveau régional et des districts, les activités conformes au plan stratégique national doivent être intégrées aux plans de travail annuels ; les partenaires techniques et financiers œuvrant à ces niveaux seront mobilisés

pour l'appui et le soutien nécessaires à la mise en œuvre effective, au suivi et à l'évaluation.

5.2 ORGANISATION ET ANCRAGE INSTITUTIONNEL DES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES ET OPERATIONNELLES

Dans cette PNSC, le présent cadre de mise en œuvre vise à traduire le caractère multisectoriel de la santé communautaire, comprenant l'agriculture, la sécurité alimentaire, le développement économique, l'éducation, la protection sociale, l'environnement, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la décentralisation, etc., afin de résoudre les problèmes de santé auxquels la population est confrontée. Aussi, l'effectivité de cette politique repose sur la mise en place de deux types de structures : coordinatrices et opérationnelles.

Les structures de coordination sont implantées au niveau national, régional, des districts et des communes, et sont chargées de la coordination et du suivi des interventions. Elles représentent les instances de prise de décisions à leurs niveaux de juridiction respectifs et sont constituées par les responsables des différents secteurs, dont les autorités des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), des techniciens issus des différents Services Techniques Déconcentrés (STD) et des représentants de l'Etat, de la société civile et des ONG, du secteur privé, et des partenaires techniques et financiers (PTF).

Les structures opérationnelles sont implantées au niveau des districts, communes et fokontany, et sont composées des membres de la communauté, des démembrements des autorités des CTD, des techniciens issus des différents STD et des représentants de l'Etat, de la société civile et des ONG, du secteur privé, des PTF, et d'autres partenaires d'exécution.

Les modalités de coordination et d'application opérationnelle de cette politique seront régies par des textes réglementaires et des documents cadres, notamment le document de Stratégie Nationale de Santé Communautaire.

Les outils relatifs à la mise en œuvre de la Politique seront également élaborés/mis à jour : normes et standards d'harmonisation, outils de gestion, manuels de formation, guides et outils de Promotion de la Santé à l'intention des AC.

NIVEAU NATIONAL

Un **comité de pilotage**, composé des cadres dirigeants des parties prenantes, devra être mis en place. Il devra guider la mise en œuvre de la politique et des stratégies de pérennisation de la santé communautaire.

Un **comité de coordination** national devra être mis en place, composé des différents secteurs. Les institutions, les ministères, le secteur privé et les PTF travailleront ainsi en étroite collaboration dans le cadre de la mise en œuvre de leurs programmes et de leurs plans d'action liés à la santé communautaire.

Des documents-cadres, des textes réglementaires et différents outils seront élaborés, validés et disséminés auprès de toutes les parties prenantes. Un plan stratégique de santé communautaire, un guide sur les paquets d'activités communautaires (PAC), des termes de référence (TDR), des protocoles, des manuels de formation, ainsi que des outils de gestion harmonisés, devront être élaborés ou mis à jour, validés, et disséminés.

Une **plateforme d'échange** d'expériences devra être mise en place afin d'harmoniser les approches communautaires. A l'issue des concertations du comité, des guides d'orientation relatifs à l'application des décisions seront élaborés et disséminés auprès de toutes les parties prenantes.

Des programmes de renforcement des compétences techniques et de développement de partenariat devront être dirigés par le comité. Des mécanismes de suivi et évaluation des performances devront également être mis en place par ce dernier.

Le comité introduira à son agenda l'élaboration de recommandations pouvant assurer la disponibilité des intrants de santé de façon pérenne au niveau des sites communautaires, ainsi que des stratégies de sécurisation des financements.

NIVEAU RÉGIONAL

Un comité de coordination régional devra également être mis en place. Ledit comité devra assurer la continuité des actions relatives à la coordination de la mise en œuvre et au suivi des recommandations émanant du comité de coordination national.

Les interventions de coordination en santé communautaire seront intégrées aux plans de travail annuels des régions. Les PTF opérant à ce niveau seront mobilisés pour apporter leur appui et soutien nécessaires.

NIVEAU DISTRICT

Un comité de coordination au niveau des districts devra aussi être mis en place. Des réunions périodiques devront être organisées, impliquant tous les acteurs œuvrant dans la santé communautaire au niveau district. Les activités de coordination, suivi et supervision en matière de santé communautaire seront intégrées à la planification ascendante du district.

Un mécanisme de suivi et de coordination, incluant des réunions périodiques avec le comité de coordination régional, devra être organisé et documenté.

NIVEAU COMMUNE

Une structure de coordination au niveau commune sera mise en place, et présidée par le maire de la commune. Les structures opérationnelles de ce niveau sont représentées par le comité de santé et le comité de gestion de la pharmacie à gestion communautaire du CSB. Le système de planification au niveau commune devrait inclure les propositions des communautés.

Le chef du CSB assure la tutelle technique des AC, tandis que la tutelle administrative est exercée par le maire et les chefs fokontany.

NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Une structure opérationnelle est représentée par le comité de santé au niveau fokontany. Un système de planification, suivi et évaluation au niveau communautaire devra être mis en place.

Comme mentionné dans l'orientation politique ci-dessus, les paquets d'activités des AC comprennent des activités promotionnelles, préventives, curatives, de réadaptation, d'urgence et de surveillance de la santé publique.

La participation communautaire à la gestion des questions sociales et de santé s'intégrera et renforcera les autres initiatives de participation communautaire mises en œuvre dans d'autres secteurs. Afin de promouvoir le développement harmonieux et intégré des communautés, les interventions menées dans différents secteurs, comme l'agriculture, la sécurité alimentaire, le développement économique, l'éducation et la protection sociale, devront être coordonnées.

5.3 SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNSC

Le Suivi & Evaluation (S&E) de la mise en œuvre de la santé communautaire sera inclus dans le système de S&E du secteur. Un plan de S&E du document stratégique de mise en œuvre de cette politique sera mis en place pour mesurer périodiquement les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan Stratégique de Renforcement de la Santé Communautaire. Le cadre de S&E comprendra des indicateurs pour mesurer les résultats, et des indicateurs de base, ou de référence, définis pour chaque niveau.

Les outils nécessaires à la collecte de données, à leur exploitation et à leur utilisation seront conçus et produits pour tous les niveaux. Les données sur les activités communautaires seront harmonisées et intégrées au Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Des revues périodiques de la mise en œuvre des plans stratégiques seront organisées sous la direction du Ministère de la Santé Publique et avec toutes les parties prenantes.

Ce volet bénéficiera de l'appui des activités de recherche opérationnelle.

Figure 1 Schéma du cadre de mise en oeuvre de la PNSC

LES NIVEAUX DU SYSTEME DE SANTE

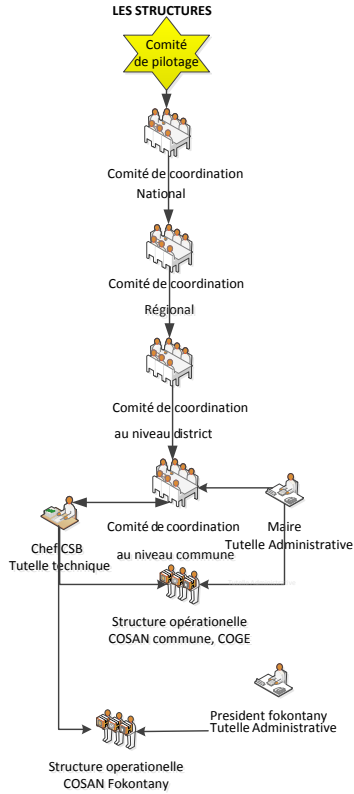
NIVEAU NATIONAL

NIVEAU REGIONAL

NIVEAU DISTRICT

NIVEAU COMMUNE

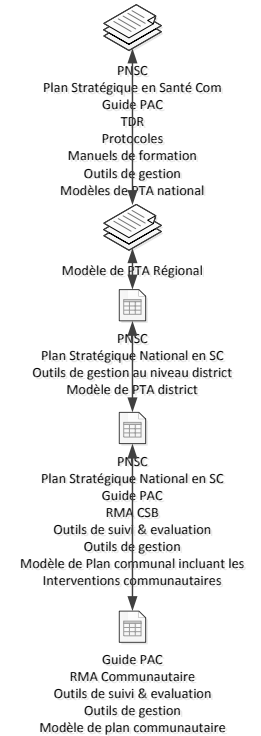
NIVEAU COMMUNATAI RE



LES ROLES

- Donne les orientations sur la mise en œuvre de la politique et sur les stratégies de pérennisation.
- travaille en coordination avec tous les secteurs pour mettre en œuvre la politique, le programme et les plans d'action.
- élabore, ou met à jour, fait valider, dissémine les documents cadres et les textes réglementaires.
- met en place la plateforme d'échange, organise des mécanismes de partage,
- élabore des guides d'orientation, des programmes de renforcement de capacités
- assure la disponibilité des intrants
- sécurise les financements
- coordonne les actions de mise en œuvre
- assure le suivi des recommandations du comité de coordination national
- intègre aux PTA régionaux les interventions en santé communautaires
- mobilise les PTF opérant au niveau régional pour appuyer
- Participe aux réunions de coordination avec le comité régional
- organise des réunions périodiques impliquant tous les acteurs œuvrant dans la santé communautaire
- Coordonne, assure le suivi et la supervision de la mise en œuvre
- Intègre dans le PTA les interventions communautaires
- Participe aux réunions de coordination avec le comité du district
- organise des réunions périodiques impliquant tous les acteurs œuvrant dans la santé communautaire
- coordonne, fait le suivi et fait la supervision de la mise en œuvre
- Intègre dans le PTA les interventions communautaires
- Participe aux réunions de coordination avec le comité communal
- organise des réunions périodiques impliquant tous les acteurs œuvrant dans la santé communautaire
- coordonne, fait le suivi et fait la supervision de la mise en œuvre
- Intègre dans le PTA les interventions communautaires

LES OUTILS A METTRE A DISPOSITION



GLOSSAIRE ET TERMINOLOGIE

Acteurs communautaires

Terme générique désignant les volontaires communautaires qui participent à la mise en œuvre des activités de santé au niveau communautaire.

Agent communautaire

Personne issue de la communauté, ayant reçu des formations de courte durée pour promouvoir le bien-être intégral de la population. Son rôle consiste à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge des bénéficiaires.

Agent de santé

Personne ayant suivi avec succès des formations initiales en médecine, en pharmacie, en para-médecine ou en parapharmacie. En outre, elle est titulaire d'une nomination signée par une autorité compétente de l'organisme employeur.

Approche communautaire

Stratégie d'intervention misant sur le potentiel des personnes, des réseaux sociaux, des groupes communautaires et des ressources issues de ces derniers pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé.

Approche intégrée

Approche regroupant les programmes de santé existants. Il peut s'agir aussi d'une approche d'un programme élargie à un autre programme. Le service de santé offre une prestation interactive au même endroit, au même moment pour l'amélioration de la santé.

Communauté

Groupe d'individus vivant dans une aire géographique déterminée et ayant des aspirations et des intérêts communs (fokontany, village, quartier, ouvrier d'une usine...).

Participation communautaire

Implication et intervention des membres de la communauté à tous les stades du développement de programmes. En termes de santé, les personnes et les familles assument la responsabilité de leur bien-être et de celui de leur communauté. Ils vont développer leur capacité à contribuer à leur propre épanouissement et à celui de la communauté.

Promotion de la santé

Processus conférant aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. De cette définition découle des stratégies qui dépassent les actions d'éducation en matière de santé. Entre autres, l'élaboration de politique publique promouvant la santé et la création d'environnements favorables.

Protection sociale

Ensemble de dispositifs publics et/ou privés permettant aux ménages et aux communautés de réduire leur vulnérabilité et de mieux gérer les risques et les chocs. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des populations vulnérables et les aide à sortir du cercle vicieux de la pauvreté, à travers la mobilisation des entités étatiques et non étatiques.

Santé

Selon l'OMS, état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'handicap.

Santé communautaire

La santé communautaire confie la décision aux membres de la communauté ; les professionnels de la santé en sont les personnes ressources. Elle repose sur deux éléments essentiels qui sont à la base de la présente politique : le partenariat et la participation des habitants. Cette santé communautaire est une des stratégies possibles de mise en œuvre de la promotion de la santé.

Santé publique

La santé publique confie la décision aux seuls professionnels de la santé (ou aux responsables politiques). Elle apparaît comme un objectif du gouvernement, à long terme, voire d'administration imposée « par le haut », comptabilisable, mesurable.

Services à base communautaire

Services offerts par les agents communautaires dans l'optique d'améliorer l'état de santé de la population.

Volontariat

Etat de toute personne qui offre ses services par simple dévouement.

LISTE DES PARTICIPANTS
ATELIER DE REDACTION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE version 2017

N	NOM ET PRENOMS	FONCTION/ENTITE
1	Dr RAJOELINA Aro Tafahasina	Directeur des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
2	Dr RALAINIRINA Paul Richard	Conseiller Technique/Ministère de la Santé Publique
3	Dr RATSIMBAZAFY Marie Rolland	Institut National de Santé Publique et Communautaire, Ministère de la Santé Publique
4	Dr RANDRIAMBELOSON Sahondra	Secrétariat Général, Ministère de la Santé Publique
5	Dr RANAIVO ANDRIAMANANTENA Rija	Direction de la Promotion de la Santé, Ministère de la Santé Publique
6	Dr RASOAMAMPIONONA Fanja	Direction du Partenariat, Ministère de la Santé Publique
7	Dr ANDRIAMANANJARA Lucien	Direction de la Santé Familiale, Ministère de la Santé Publique
8	Dr RAHAROLAHY Viviane	Direction des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé Publique
9	Dr RAFENOHARISOA Marie Brigitte	Direction de la Veille Sanitaire et Epidémiologique, Ministère de la Santé Publique
10	Dr ANDRIAMIHAINGO Yves Narcisse	Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
11	Dr RAVELOARISON Jean Claude	Service d'Appui à la Gestion des Districts / Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
12	Dr RABARISOA Rahery Roger	Service des Soins de Santé de Base / Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique

N	NOM ET PRENOMS	FONCTION/ENTITE
13	Dr HOLIMANGA Marosoa Celine	Service de la Médecine Libérale et des Dispensaires Privés / Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
14	Dr NOELSON Rivo	USAID / Health Policy Plus
15	Dr RIBAIRA Yvette	USAID / MAHEFA MIARAKA
16	Dr RAMANANTSOA Riana Samoelina	USAID / MIKOLO
17	Mr ANDRIANTSARAFARA Lalaharizaka	Office National de la Nutrition
18	Mme RAJAobelina Miora	Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
19	Mme RANAIVOSON Elinivo	Service de la Santé Communautaire / Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
20	Dr RAKOTONDRAsoa Georges	Service de la Santé Communautaire / Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
21	Dr RAMBELOSON Merlyne	Service de la Santé Communautaire / Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
22	Dr HANTAMALALA Elisa	Service de la Santé Communautaire / Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
23	Dr RABE Andrianarivo	Service de la Santé Communautaire / Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
24	Dr RAKOTONIRINA Josette	Chef du Service de la Santé Communautaire / Direction des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
25	Dr Saina RAMBININTSOANOMENJANAHARY	OMS
26	Dr Maria Montserrat Renom Llonch	UNICEF
27	Dr Nirina Ranaivoson	USAID / Health Policy Plus

LISTE DES PARTICIPANTS
ATELIERS DE VALIDATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE
HOTEL CARLTON ANOSY

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / ENTITE
1	Ratsirarson Joséa	Secrétaire Général, Ministère de la Santé Publique
2	Ralainirina Paul Richard	Conseiller Technique auprès du Ministère de la Santé Publique Spécialiste en santé UNICEF
3	Rahoniniainarisoa Dorothée	Institut National de Santé Publique et Communautaire, Ministère de la Santé Publique
4	Andriamanjato Hery	Directeur des Partenariats, Ministère de la Santé Publique
5	Rabemananjara Rija	Directeur des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé Publique
6	Andriamanga Fetranaiaina	Directeur des Ressources Humaines, Ministère de la Santé Publique
7	Ranaivo Andriamanantena Rija	Direction de la Promotion de la Santé, Ministère de la Santé Publique
8	Rajoelina Aro	Directeur des Districts Sanitaires, Ministère de la Santé Publique
9	Rakotovao Alain	Coordinateur National de l'Unité de Coordination des Projets d'appui au secteur santé, Ministère de la Santé Publique
10	Andriamananjara Lucien	Direction de la Santé Familiale, Ministère de la Santé Publique

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / ENTITE
11	Rajaonarivelo Fitiavana Rabarijaona	Direction de la Lutte contre le Paludisme, Ministère de la Santé Publique
12	Razanamanana Marie Edwige	Direction de la Lutte contre la Tuberculose, Ministère de la Santé Publique
13	Ravosoa Hantavololona Suzette	Direction de la Lutte contre les IST/Sida, Ministère de la Santé Publique
14	Ramanarina Tahina	Direction du Programme Elargi de Vaccination, Ministère de la Santé Publique
15	Rafenoharisoa Marie Brigitte	Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique, Ministère de la Santé Publique
16	Mahavany Nicole	Directeur de la Pharmacie, du Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle, Ministère de la Santé Publique
17	Ramamonjisoa Christiane Bodohanta	Directeur Régional de la Santé Publique Analamanga, Ministère de la Santé Publique
18	Rabenirina Mamitiana Pierre	Directeur Régional de la Santé Publique Vakinakaratra, Ministère de la Santé Publique
19	Ralaimiadana Andriamihamintsoa Rabenja	Direction Régionale de la Santé Publique Itasy, Ministère de la Santé Publique
20	Rabemananjara Ange Roccali	Directeur Régional de la Santé Publique Bongolava, Ministère de la Santé Publique
21	Ratsiambakaina Diana	Directeur Régional de la Santé Publique Boeny, Ministère de la Santé Publique

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / ENTITE
22	Zafindrianaompy Patricia	Directeur Régional de la Santé Publique Sofia, Ministère de la Santé Publique
23	Ranaivoson Roger	Directeur Régional de la Santé Publique Analanjrofo, Ministère de la Santé Publique
24	Rakotoarimanana Raymond Geshlin	Directeur Régional de la Santé Publique Atsinanana, Ministère de la Santé Publique
25	Rakotoarivelo Dieu Donné César	Directeur Régional de la Santé Publique Alaotra Mangoro, Ministère de la Santé Publique
26	Rasoalimanana Rondro	Directeur Régional de la Santé Publique Melaky, Ministère de la Santé Publique
27	Rajaonarison Tolojanahary	Directeur Régional de la Santé Publique Betsiboka, Ministère de la Santé Publique
28	Andriamiandra Isaie Jules	Direction Régionale de la Santé Publique Diana, Ministère de la Santé Publique
29	Sevamanana Jerzinho	Direction Régionale de la Santé Publique Sava, Ministère de la Santé Publique
30	Mahavory Jean Noel	Directeur Régional de la Santé Publique Androy, Ministère de la Santé Publique
31	Zafinandriamanalina Antoine Briand Delore	Directeur Régional de la Santé Publique Atsimo Atsinanana, Ministère de la Santé Publique
32	Andriamiarisoa Francis	Directeur Régional de la Santé Publique Atsimo Andrefana, Ministère de la Santé Publique
33	Rasamoelina Fanjamboloniaina	Directeur Régional de la Santé Publique Menabe, Ministère de la Santé Publique

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / ENTITE
34	Rakotozafy Germain	Directeur Régional de la Santé Publique Vatovavy Fitovinany, Ministère de la Santé Publique
35	Razafimandimby Jacky	Directeur Régional de la Santé Publique Haute Matsiatra, Ministère de la Santé Publique
36	Rasolofonirina Jeanne Raymonde	Directeur Régional de la Santé Publique Amoron'i Mania, Ministère de la Santé Publique
37	Ratovohary Simone	Direction Régionale de la Santé Publique Ihorombe, Ministère de la Santé Publique
38	Rabetokotany Marcel	Service de District de la Santé Publique Avaradrano, Ministère de la Santé Publique
39	Randrianarison Hanitra	Service de District de la Santé Publique Antananarivo Renivohitra, Ministère de la Santé Publique
40	Mahavory Jean Berthin	Centre de Santé de Base II Analamahitsy / Services de District de la Santé Publique Antananarivo Renivohitra, Ministère de la Santé Publique
41	Randrianarisoa José Clément	Assistant Technique du Secrétaire Générale, Ministère de la Santé Publique
42	Relahy Christiane	Assistant Technique du Secrétaire Générale, Ministère de la Santé Publique
43	Randriambelason Vonjy	Assistant Technique du Secrétaire Générale, Ministère de la Santé Publique
44	Andriamihaingo Yves Narcisse	Assistant Technique du Directeur des Districts Sanitaires / MSANP

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / ENTITE
45	Rafenoharisoa Marie Brigitte	Assistant Technique de la Direction de la Veille Sanitaire et Epidémiologique / MSANP
46	Randriambahoaka Mampianina	Responsable Suivi Evaluation / Unité de Coordination des Projets / MSANP
47	Ietje Reerink	Assistant Technique / Unité de Coordination des Projets
48	Rakotovoavy Lolona Nathalie	Agence de Contrôle de la Sécurité sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires / MSANP
49	Ramanarina Tahina	Communication / Direction de la Veille Sanitaire et Epidémiologique / MSANP
50	Randriamanampisoa Hariniaina Patrick	Chef de Service SEPRH / Direction des Ressources Humaines / MSANP
51	Rakotonirina Lalasoa Josette	Chef de Service de la Santé Communautaire / Direction des Districts Sanitaires / MSANP
52	Razanakolona Herimaminiana	Chef de Service des Soins de Santé de Base / Direction des Districts Sanitaires
53	Andriamahalanja Fenosoa	Chef de Service de la Santé de l'Enfant / Direction de la Santé Familiale / MSANP
54	Raveloharison Jean Claude	Service d'Appui à la Gestion des Districts / Direction des Districts Sanitaires / MSANP
55	Holimanga Marosoa Celine	Chef de Service de la Médecine Libérale et des Dispensaires Privés / Direction des Districts Sanitaires / MSANP

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / ENTITE
56	Rasoamampionona Fanja	Chef de Service de développement du Partenariat/ Direction des Partenariats / MSANP
57	Rajaonarivelo Fitiavana Rabarijaona	Direction de Lutte contre le Paludisme / MSANP
58	Ravosoa Hantavololona Suzelle	Direction de Lutte contre les IST- Sida / MSANP
59	Ramanitrinizaka Diamondra Harifenitra	Responsable communautaire DRSP Analamanga / MSANP
60	Randrianantenaina Dinasoa Marie Alexandra	Direction de la Coopération Décentralisée, Ministère de l'Intérieur et des Décentralisations
61	Rasoarinesy Rindratiana Voninoliva	Direction de la Promotion de l'Eau, de l'hygiène et Assainissement, Ministère de l'Eau, de l'Energie et des Hydrocarbures
62	Andrianarisoa Samuel Hermas	OMS
63	Ralainirina Paul Richard	UNICEF
64	Rahelinirina Faramalala	UNFPA
65	Rahajarison Andry	USAID
66	Rajoela Voahirana	BANQUE MONDIALE
67	Razafintsialonina Paul Justin	CCM / CSS FONDS MONDIAL
68	Rakotovelomanantsoa Voahary	JICA
69	Chuanpit Chua-Oon	Chief Of Party USAID MAHEFA MIARAKA
70	Rahelimalala Robertine	USAID MAHEFA MIARAKA
71	John Yanulis	Chief Of Party USAID MIKOLO

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / ENTITE
72	Riana Ramanantsoa	USAID MIKOLO
73	Bakolisoa H Razafinandravony	USAID Maternal and Child Survival Project
74	Rivo Noelson	USAID HEALTH POLICY PLUS
75	Ralidera Onisoa Rindra	USAID HEALTH POLICY PLUS
76	Davy Robson	JHPIEGO / TIPTOP
77	Rakotomalala Norotiana	ONN
78	Rakotoniaina Noro	ONN
79	Manova Tsibara	ONN
80	Rakotoarinivo Tsirihanitra	PSI
81	Jaures C Rabemanantena	CTNS PES / GAVI
82	Hanta Raharisoa	JSI / GAVI
83	Rasoazanamaka Herisolo	COMARESS
84	Andrianoelina Miaro Zo	Suivi Evaluation / Comité National de Lutte contre le Sida
85	Randriamanalina Aimé	MCDI
86	Nasoloniaina Rivosoa	SALFA

Nos vifs remerciements s'adressent :

- ❖ à tous les participants à l'élaboration, à la validation et à la rédaction de cette Politique Nationale de Santé Communautaire version 2017,
- ❖ à Madame CHUANPIT de JSI pour la photographie de la page de couverture,
- ❖ et particulièrement à l'OMS, à l'UNICEF et à l'USAID et leurs partenaires de mise en œuvre pour leurs appuis considérables.