



REPOBLIKAN'IMADAGASIKARA
TANINDRAZANA - FAHAFAHANA - FANDROSOANA

MINISTRE DE LA SANTE ET
DU PLANNING FAMILIAL



POLITIQUE NATIONALE DE SANTE COMMUNAUTAIRE A MADAGASCAR



Janvier 2009

**POLITIQUE NATIONALE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
A MADAGASCAR**

PREFACE

Le Ministère de la Santé et du Planning Familial a entrepris, ces dernières années, d'énormes efforts pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Malagasy. Ces efforts entrent dans le cadre de l'engagement et de la contribution de ce département à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, et de ceux définis dans le Madagascar Action Plan (Engagements N°5 et 8). Cependant, ils seraient vains et non pérennes si la Communauté, principale bénéficiaire, ne s'implique pas comme acteur direct dans toutes interventions. Tous les intervenants sont conscients de la nécessité et de l'importance de l'engagement du niveau communautaire, prolongement du système de santé. Mais, il a été constaté que les multiples démarches pour arriver à la participation communautaire sont disparates, non coordonnées, et parfois même se contrecarrent au lieu d'aboutir à une synergie.

Par souci de rendre effective l'adoption des grands principes directeurs ; tels que l'Alignement, Appropriation et Harmonisation (AAH), la responsabilité partagée, la gestion axée sur les résultats, la décentralisation, et l'intégration des activités ; le Ministère de la Santé et du Planning Familial s'est engagé à élaborer une politique définissant les orientations stratégiques pour les interventions au niveau communautaire. Par cette occasion, le Ministère concrétise sa volonté de satisfaire les besoins en matière de santé et de protection sociale ressentis et identifiés par la communauté.

Ce document de « Politique Nationale de Santé Communautaire » servira de référence pour les interventions et les acteurs au niveau communautaire en matière de santé et de protection sociale. Il stipule les démarches à suivre à tous les niveaux du système. Synergie, complémentarité et performance sont les maîtres mots qui ont guidé la définition des objectifs et des grandes orientations stratégiques y inscrites.

Je voudrais saluer les louables efforts des techniciens du Ministère de la Santé et du Planning Familial et ceux des Partenaires Techniques et Financiers qui ont apporté leurs contributions à la réalisation de ce document.

J'ose espérer que tous les intervenants au niveau communautaire mettront tous leurs efforts au service de la communauté, et ce, en respectant les grandes lignes décrites dans cette politique dès la conception jusqu'à la réalisation de leurs programmes. Je suis convaincu que l'harmonisation tant souhaitée sera effective à cette condition et que nos actions menées à la base auront réellement des impacts sur le bien-être de la population pour la rendre productive.



Docteur RALAINIRINA Paul Richard
Ministre de la Santé et du Planning Familial

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1- CONTEXTE	5
2- JUSTIFICATIONS	6
3- FONDEMENTS, VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS	7
4- VISION	10
5- OBJECTIFS	10
6- LES GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES	11
7- MODALITES OPERATIONNELLES	15
CONCLUSION	16
GLOSSAIRE ET TERMINOLOGIE	17
ANNEXES	19
REVUE DOCUMENTAIRE	27

INTRODUCTION



La santé communautaire est une des stratégies de mise en œuvre de la promotion de la santé. Elle consiste au maintien et à l'amélioration de l'état de santé au moyen de mesures préventives, curatives et de réadaptation, couplées à des mesures d'ordre social et politique par des équipes pluridisciplinaires travaillant en réseau et faisant largement appel à la participation active de la population¹.

Selon le rapport mondial de la santé en 2006, bon nombre de pays rencontrent une insuffisance chronique d'agents de santé qualifiés. Cette pénurie est globale mais se fait surtout sentir dans les pays qui en ont le plus besoin. Pour pallier cette carence et afin d'assurer l'accès aux services de santé de base à la communauté, une des stratégies identifiées est le recours aux membres de la communauté. Le niveau communautaire devient ainsi un prolongement du système de santé. Il fait appel à des personnes ressources issues de la communauté, communément appelées «agents communautaires» (AC), pour offrir des services à travers des paquets d'activités communautaires prouvés efficaces pour le bien-être de la population et décidées par l'intermédiaire d'un dialogue à l'issue duquel un consensus communautaire est adopté entre les autorités administratives, traditionnelles, religieuses et la communauté elle-même.

L'intervention de ces AC constitue une meilleure alternative pour atteindre la population, pouvant améliorer ainsi l'accessibilité géographique des soins de santé de qualité. En fait, toutes les activités doivent avoir des impacts au niveau de la communauté.

Dans l'optique d'une meilleure efficacité des soins de santé primaire, et adhérant à la volonté de l'Etat Malagasy d'accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), le Ministère de la Santé et du Planning Familial a déjà mis en œuvre des interventions qui, en dépit des résultats significatifs, montrent encore des limites opérationnelles rendant moins satisfaisante sa performance. En outre, plus de 40% de la population malagasy ont un accès difficile aux soins de santé car résident au-delà de 5 km d'une formation sanitaire. Ce qui nécessite l'adoption de nouvelle stratégie pour l'amélioration de la couverture sanitaire. Une telle stratégie doit s'asseoir sur une participation de la communauté elle-même. Certes, de nombreux programmes de santé ont impliqué la communauté, du moins dans le volet « mise en œuvre ». Mais ces interventions sont non coordonnées à défaut d'un cadre formel et institutionnel d'harmonisation.

¹ Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation*, Centre International de l'Enfance, Paris, 1990, pp. 95-178

Afin d'apporter des réponses adéquates à ces problématiques, l'élaboration d'une politique qui régira la santé communautaire devient une nécessité. Cette politique vise à :

- servir de cadre de référence pour toutes les interventions socio-sanitaires impliquant la participation communautaire ;
- attirer l'attention des décideurs sur la nécessité d'encourager la communauté à prendre en main sa propre santé et participer davantage aux activités liées à la santé ;
- faciliter la création d'un environnement permettant de doter les communautés de moyens pour participer à la gouvernance des services de soins de santé conformément à l'approche des Soins de Santé Primaires.

Le présent document est le résultat d'un processus participatif et consultatif mené par le Ministère de la Santé et du Planning Familial avec les principaux partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux du secteur, et s'appuie sur la synthèse des leçons apprises et des expériences d'approche communautaire à Madagascar.

1- CONTEXTE



Les récentes évaluations mondiales sur la santé, notamment celles menées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), déplorent la non-atteinte des objectifs fixés pour la mise en œuvre des soins de santé primaires déclarés en 1978 à Alma-Ata (URSS). Cependant, les connaissances actuelles² identifient les soins de santé primaires comme levier important pour renverser la tendance face aux problématiques des programmes du système sanitaire des pays.

Cependant, leur mise en œuvre bute souvent sur l'insuffisance d'agents de santé qualifiés et la faible couverture sanitaire, limitant l'accès de la communauté aux services de santé de base. L'implication de la communauté, dont l'AC est le principal acteur, figure parmi les stratégies pour résoudre ces problèmes. En effet, les différentes évaluations des activités des AC montrent que leurs services contribuent au bien-être de la population, sont jugés moins coûteux et encourageant la participation locale, pouvant ainsi concourir à l'augmentation de l'utilisation des services par les plus vulnérables.

De nombreux pays du continent africain misent sur la santé communautaire pour aider à l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé et ont adopté leurs propres stratégies. Ces initiatives ont été renforcées par la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, à laquelle les Etats membres de l'OMS ont adhéré en Avril 2008. Cette Déclaration réaffirme la pertinence de l'implication, de la participation et de l'autonomisation des communautés dans l'optique du développement sanitaire en vue d'améliorer leur bien-être, et reconnaît l'importance des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires de développement.

A Madagascar, depuis plus d'une décennie, l'approche communautaire a été mise en œuvre à travers plusieurs programmes de santé tels que la nutrition à assise communautaire, la mobilisation communautaire pour la génération de la demande, les initiatives « communautés championnes et Kaominina Mendrika », ainsi que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire et l'élimination des principales maladies transmissibles à caractères endémiques et endémo épidémiques. Cependant, ces initiatives sont disparates, souvent ponctuelles, donnant l'impression que les activités communautaires sont limitées dans le temps et dans leurs impacts. Nombreux sont les exemples pour ne citer que : les dames de la Croix Rouge, les Equipes Féminines d'Education Nutritionnelle, les dispensateurs de chloroquine, la réhabilitation à base communautaire des personnes handicapées, la mobilisation communautaire lors des grandes campagnes telles que les Journées Nationales de Vaccination (JNV) et la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME).

Ces différentes interventions requièrent toujours la participation des AC. Etant en contact permanent avec la population, ces derniers contribuent généralement à l'atteinte des objectifs des programmes de santé même s'ils n'ont pas de termes de référence précis. La SSME du mois d'octobre 2008 a mobilisé plus de 35.000 AC.

² *Séries Lancet, 2008*

Les interventions à base communautaire sont à l'origine d'une plus grande implication de la communauté dans la prise en charge de leur santé, ce qui facilite l'adoption de comportements favorables à la santé. Cependant, les interventions menées au niveau communautaire ne sont pas conduites suivant un cadre de référence. Elles sont mal réparties pour l'ensemble du territoire. Les résultats de leurs interventions sont non documentés car le système de suivi et d'évaluation est mal défini. En effet, il a été constaté une faible coordination entre les responsables des programmes et des organismes œuvrant dans la communauté. Une récente étude pour l'harmonisation des approches communautaires a recensé 62 intervenants dans l'ensemble du territoire alors qu'il y en a sûrement beaucoup plus.

Des efforts de coordination des interventions au niveau communautaire ont déjà été initiés. Deux ateliers de réflexion sur les approches communautaires ont abouti à des résolutions portant sur la définition des rôles et responsabilités des agents communautaires³ et sur la catégorisation des agents communautaires et la création de plateforme de coordination et d'harmonisation à tous les niveaux⁴.

Enfin, la mise en œuvre de la santé communautaire s'appuie sur deux grandes opportunités : la volonté politique de l'Etat et l'organisation communautaire Malagasy basée sur le « fihavanana » (liens de parenté et/ou solidarité au sein de la communauté) qui est le fondement de la société malagasy. L'institution de la santé communautaire nécessite l'appui soutenu des autorités traditionnelles dont l'implication facilite la mise en œuvre et l'appropriation par la communauté des activités préconisées.

2- JUSTIFICATIONS



Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les Objectifs du Madagascar Action Plan (MAP) et ceux définis dans la Politique Nationale de Santé (PNS), il est nécessaire d'accélérer les efforts et les progrès, particulièrement en ce qui concerne les groupes vulnérables. Le Madagascar Action Plan ambitionne dans ses Engagements 5 et 8 de réduire de moitié la mortalité des moins de cinq ans (de 94‰ à 47‰) et d'améliorer l'appui aux très pauvres et vulnérables.

Pour réaliser ce saut qualitatif et quantitatif, le Gouvernement malgache vise à accélérer l'extension de la couverture, y compris dans les zones les moins bien desservies, des paquets intégrés de services prioritaires efficaces pour la survie des enfants et des mères, et le renforcement des capacités des familles et des communautés à adopter les pratiques adéquates préventives et curatives. Il apparaît donc primordial de rapprocher les services de santé de la population et vice-versa afin de développer un continuum de prévention et de soins.

³ Atelier consultatif sur la définition des rôles et responsabilités des agents de santé communautaires du 31 Mai au 02 Juin 2006 à ANTSIRABE.

⁴ Réunion de réflexion en vue de l'élaboration d'une stratégie nationale de services de santé à base communautaire 04 - 05 octobre 2007 à MORAMANGA.

Afin d'intégrer les services de santé communautaire pour un développement global, il est plus que nécessaire de disposer d'un cadre politique de réglementation en l'occurrence la Politique Nationale de Santé Communautaire. Celle-ci traduit la volonté politique de l'Etat d'ancrer le niveau communautaire au système de santé. L'intégration du niveau communautaire est plus qu'une nécessité car il s'agit d'une forme d'amélioration de la couverture sanitaire. En effet, la santé communautaire élargit et renforce le système de santé et de protection sociale.

Cette Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) tient compte des acquis antérieurs et va permettre la mise à l'échelle des interventions les plus efficaces et le développement de l'accès au paquet minimum de services (prévention, promotion, réadaptation et prise en charge) réduisant la morbidité, la mortalité, la vulnérabilité et la charge sociale. Elle va définir les orientations pour mieux responsabiliser la population à s'organiser, à identifier ses besoins, à planifier, à gérer, à suivre et à évaluer les activités. Elle va aussi bien définir et clarifier les rôles, responsabilités et devoirs des différentes entités concernées ainsi que les types de relations entre elles. Et enfin, elle vise l'harmonisation des interventions au niveau communautaire pour une meilleure synergie et un impact réel et à long terme, en particulier sur la réduction de la mortalité des enfants et des mères et l'amélioration des conditions de vie de la population en général.



En ligne avec l'esprit de la Politique de Décentralisation, qui vise à bâtir des collectivités efficaces au service de citoyens responsables, améliorer la Gouvernance locale et rapprocher le pouvoir des citoyens, le principe de participation communautaire vise à assurer que la communauté est pleinement responsabilisée et impliquée dans la gestion des questions de santé et de développement qui affectent ses membres. La mise en œuvre de la santé communautaire offre l'opportunité de créer une plateforme d'échange pour l'expression de besoins par la communauté. Elle renforce le partenariat lié à l'engagement et à la responsabilité mutuelle des différents intervenants. Elle s'appuie sur un esprit de franche collaboration et de transparence entre les professionnels et les communautés bénéficiaires.

3- FONDEMENTS, VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

□ Cadre de référence

Le Gouvernement malagasy a souscrit à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et ceux du MAP. Ainsi, le Ministère de la Santé et du Planning Familial accorde de plus en plus d'importance à la Santé communautaire, comme un moyen permettant de faire un saut qualitatif y afférent. La santé communautaire offre une opportunité pour la mise en œuvre effective de la Déclaration de Paris sur l'Aide au développement.

La politique nationale de santé communautaire a comme cadres de références:

1. les objectifs du millénaire pour le développement,
2. le Madagascar Action Plan,
3. la Politique Nationale de Santé,
4. la Politique Nationale de Protection Sociale,
5. la Politique Nationale de Promotion de la Santé,
6. la Politique Nationale de Déconcentration et de Décentralisation.

□ Enjeux et Défis

L'appropriation par la communauté des efforts de développement sanitaire n'était pas considérée comme une priorité des programmes, la communauté servant en général de partenaire de la mise en œuvre. Or la réussite et la pérennité d'un programme de développement sanitaire dépendent de l'appropriation et de l'implication effective de la communauté.

L'approche communautaire n'était pas considérée comme une stratégie prioritaire mais comme une alternative palliative pour suppléer les défaillances du système de santé et de protection sociale.

Toutes ces expériences n'ont pas été suffisamment appuyées par une volonté politique.

Pour optimiser et pérenniser les expériences qui ont fait leurs preuves, il y a lieu de relever les défis suivants :

- (i) Développer l'implication, la participation et l'autonomisation des communautés dans l'optique du développement sanitaire en vue d'améliorer leur bien-être ; en reconnaissant l'importance des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement, afin de traduire les engagements en actions ;
- (ii) Utiliser les interventions de santé prioritaires comme point d'entrée de la revitalisation des services de santé, sur la base de l'approche des Soins de Santé primaires, y compris les systèmes d'orientation/recours; et accélérer le processus de décentralisation en privilégiant le développement des systèmes de santé au niveau local pour améliorer l'accès, l'équité et la qualité des services de santé, afin de mieux répondre aux besoins sanitaires des populations;
- (iii) Promouvoir la conscience sanitaire des populations, et notamment des adolescents et des jeunes, et renforcer les capacités des communautés à changer de comportements et à adopter des modes de vie plus sains, à prendre en main leur propre santé et à participer davantage aux activités liées à la santé, et créer un environnement permettant de doter les communautés des moyens pour participer à la gouvernance des services de soins de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires.

□ Les valeurs

Représentation

Il appartient à la communauté de choisir elle-même ses représentants auprès des services et/ou structures d'administration et de santé, à travers des élections libres et transparentes.

Équité

La communauté s'assure que tous ses membres y compris les plus vulnérables, pauvres ou marginalisés expriment librement leurs points de vue sur les questions de santé, participent et bénéficient à toutes actions de développement sanitaires qui les concernent.

Transparence

Les agents de santé et les communautés sont tenus de partager toutes informations sur les priorités, le processus de gestion, les activités menées et les résultats obtenus.

Ethique

La mise en œuvre des activités communautaires est régie par l'ensemble des valeurs et des règles morales propre à la communauté malagasy.

Intégrité

L'agent communautaire doit être honnête, impartial, juste, et incorruptible pour gagner la confiance de la communauté.

□ **Les principes directeurs**

Volontariat et Professionnalisme

La santé communautaire repose, en général, sur un esprit de volontariat. Néanmoins, les acteurs communautaires sont tenus d'offrir des prestations de qualité dans un esprit d'intégrité et de redevabilité. La communauté pourra identifier et appliquer des systèmes de reconnaissance basée sur la performance.

Dialogue

Les communautés et les services de santé sont encouragés à instaurer une culture de dialogue pour un partage et feed-back. Le dialogue a pour objectif d'assurer que les services correspondent aux attentes et aux besoins des communautés, mais aussi que les communautés aident et soutiennent les agents de santé dans leur mission.

Participation de la communauté

La communauté prend une part active au bon déroulement et à la pérennité des interventions de santé menées pour le bien-être de ses membres à travers une implication sociale, technique et financière.

Appropriation

Convaincue que la santé est la base de tout développement, la communauté prend conscience de ses problèmes de santé, s'implique et se mobilise dans la recherche et la mise en œuvre effective de solutions de promotion, de prévention et curatives pérennes.

Solutions locales

Parce que chaque communauté est unique, elle doit être à même de trouver et de privilégier les initiatives locales, tout en tenant compte de l'identité socioculturelle, pour répondre aux problèmes identifiés en partenariat avec tous les acteurs, y compris les tradipraticiens et le secteur privé.

Décentralisation

La santé communautaire est la traduction pratique de la décentralisation. Cette dernière donne le pouvoir et la capacité de prendre des décisions, de se prendre en charge et d'être responsable de son propre développement en matière de santé.

✗ **L'intégration**

Les acteurs au niveau de la communauté et la communauté elle-même s'assurent de la complémentarité de toutes les actions en matière de santé. La communauté veille à ce que toutes les interventions des autres secteurs contribuent à sa santé.

Neutralité

En vue de l'atteinte des objectifs, l'agent communautaire doit rester neutre et réaliser ses activités indépendamment de son affiliation à une quelconque idéologie.

✗ **Implication des autorités**

Les autorités locales sont des acteurs-clés dans le développement socio-sanitaire et leur implication à toutes les phases, de la conception au suivi et évaluation, est indispensable.

4- VISION

La Communauté responsable s'approprie des efforts socio-sanitaires de développement de sa localité et participe aux actions menant au bien-être de la population conformément aux Objectifs du Secteur Santé et Protection Sociale.

5- OBJECTIFS

□ **Objectif général :**

Améliorer l'état de santé de la communauté, surtout les groupes vulnérables, à travers sa participation effective harmonisée aux efforts socio-sanitaires de développement et son accès optimal à un paquet d'activités promotionnelles, préventives, curatives et de réadaptation.

□ **Objectifs spécifiques :**

- Responsabiliser la communauté sur les actions socio-sanitaires de développement de sa localité.
- Optimiser l'utilisation des prestations prioritaires de santé et de protection sociale au niveau de la communauté en faveur des activités promotionnelles, préventives, curatives et de réadaptation.
- Harmoniser les interventions socio-sanitaires au niveau de la communauté.



6- LES GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les grandes orientations stratégiques concernent 3 volets relatifs (i) à la responsabilisation de la communauté sur les actions socio-sanitaires de développement de sa localité ; (ii) à l'utilisation optimale des prestations prioritaires de santé et de protection sociale au niveau de la communauté ; et (iii) à l'harmonisation des interventions socio-sanitaires au niveau de la communauté. Ces différents volets bénéficieront de l'appui des activités de recherche.

□ Responsabiliser la communauté sur les actions socio-sanitaires de développement de sa localité

Cette première orientation a trait à :

1. la sensibilisation de la communauté sur leurs rôles dans les actions socio-sanitaires visant le développement

Cette conscientisation de la communauté implique une dialectique entre d'une part, une réflexion critique sur les conditions de vie, leurs causes et conséquences, les stratégies technocratiques et participatives et d'autre part, l'action subséquente qui revient à la communauté ;

2. la communication sociale impliquant le partage d'informations, d'expériences, et de vécus entre professionnels de santé et population

Cette communication vise l'amélioration des liens sociaux indispensable à un renforcement de la solidarité communautaire ;

3. l'éducation pour la santé

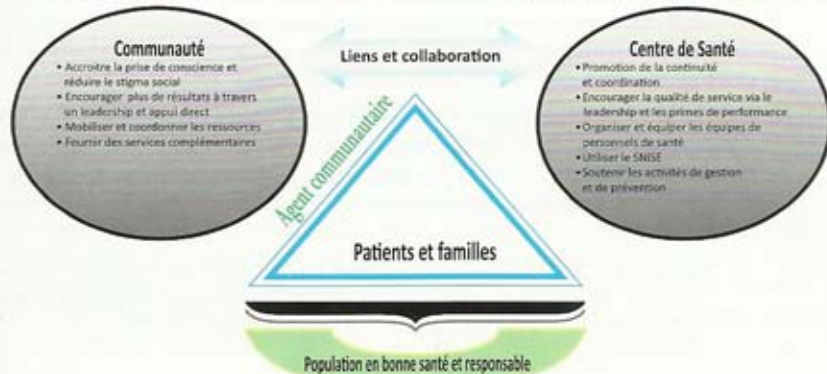
Cette éducation vise le changement socioculturel facilitant le changement de comportement individuel favorable à la santé à la protection sociale qui sert de porte d'entrée au développement ;

4. la mise en place d'un système d'organisation de la communauté.

Il y a lieu d'ériger des comités et de les mettre en réseau, tout en spécifiant les termes de référence des différentes entités et des acteurs concernés par la mise en œuvre de la Politique. Ces comités peuvent se subdiviser entre autres en sous-comités de mobilisation sociale, financier, logistique et technique. Ainsi, l'organisation communautaire s'appuie sur un trépied de collaboration entre le centre de santé, la communauté (dont les autorités locales et leaders d'opinion) et les familles pour parvenir à une population en bonne santé et responsable ; les rôles respectifs de chaque entité sont définis dans le schéma suivant (voir Figure).

Figure : Organisation de la santé communautaire

Structure environnementale pour faciliter la participation communautaire dans le système sanitaire



5. le renforcement des compétences des différents responsables à tous les niveaux.

Les domaines concernés ont trait entre autres à la planification, à la gestion des ressources, à l'IEC/CCC, et aux volets techniques relatifs aux paquets de prestations définis;

6. l'engagement de la communauté aux stratégies et politiques globales de santé et de protection sociale, à la planification et à la gestion des services de santé.

La responsabilisation de la communauté se concrétise par un plan de travail qui est le résultat d'une participation et d'un consensus depuis l'identification des besoins sanitaires de la communauté jusqu'à la formalisation du plan ;

7. la mobilisation de ressources humaines, financières et matérielles.

L'engagement de la communauté se poursuit jusqu'à ce volet de mobilisation de ressources à différents niveaux - local, régional, national et international.

□ Optimiser l'utilisation des prestations prioritaires de santé et de protection sociale au niveau de la communauté en faveur des activités promotionnelles, préventives, curatives et de réadaptation.

Cette orientation vise l'organisation, la définition et l'offre des prestations techniques au niveau de la communauté, à savoir :

1. la définition des domaines d'intervention de la santé communautaire : la prévention, la promotion, le volet curatif, la réadaptation et les urgences.

La prévention comprend toutes les mesures destinées à éviter des troubles psychologiques et physiques. La promotion de la santé est le processus qui confère à la communauté les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé ainsi que leur bien-être et d'améliorer celle-ci. Elle ne relève pas seulement du secteur socio-sanitaire mais dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être des familles. La réadaptation a trait à la prévention tertiaire. Et enfin, les volets relatifs aux urgences ont des paquets d'activités communautaires qui portent sur la préparation et la réponse avec ses différents stades y compris la gestion des risques et chocs pour réduire la vulnérabilité des communautés.

2. le développement des paquets d'activités communautaires (voir annexes) qui relèvent des grands domaines d'intervention, incluant la promotion de la santé et de la protection sociale. Il en est de même pour la mobilisation sociale, les prestations de service communautaire et les activités liées aux systèmes de santé et de protection sociale;

3. l'organisation des services de santé en réseau permettant un accès facile à un continuum de soins à tous les membres de la communauté depuis le niveau communautaire jusqu'aux instances cliniques primaires et secondaires ;

4. les Agents Communautaires (AC) qui recouvrent les autres dénominations utilisées dans le pays par les différents programmes ou intervenants. A Madagascar, sont considérés comme AC toutes les personnes, hommes et femmes, issues de et exerçant auprès de leur communauté les fonctions suivantes regroupées en 4 catégories :

- améliorer les pratiques familiales en matière de santé et protection sociale, de nutrition, d'hygiène à travers les sensibilisations de groupe, la communication interpersonnelle et les visites à domicile ;

- distribuer les produits de base de santé et de nutrition aux familles dans les zones où les populations ont peu ou pas accès aux services de santé cliniques ;
- assurer le traitement de première intention selon les directives des programmes existants dans les zones enclavées et/ou éloignées;
- contribuer aux activités de surveillance épidémiologique des maladies endémiques et endémo-épidémiques, y compris l'accélération de la lutte contre les maladies et la recherche active des perdus de vue.



Les AC jouent le rôle de catalyseurs et de relais entre les communautés et les services. Leurs rôles et attributions doivent être définis dans le cadre de systèmes de soutien communautaire, dans une vision holistique du développement de la communauté. Dans les zones où l'accès physique aux formations sanitaires de base pose le plus de problème, des agents communautaires formés et équipés seront aussi chargés de la fourniture de soins communautaires, y compris la prise en charge des maladies de l'enfant, sous la supervision du responsable de la formation sanitaire publique ou privée de rattachement, afin d'assurer l'accès de la population aux services essentiels et de compléter les stratégies mobiles et avancées mises en œuvre par les AC. Par ailleurs, ils sont chargés d'identifier les démunis dans leur localité.

Un document relatif aux AC sera élaboré à partir de cette politique ; il spécifie le mode de recrutement, la formation, l'encadrement, le suivi et la supervision des AC et les différents modes de compensation. Toutefois, un aperçu sur les termes de référence de l'AC se trouve en annexe de ce document.

5. L'amélioration de la qualité des services.

Ce volet tient une place importante au niveau des prestations communautaires du point de vue de la sensibilisation, de la distribution de produits et de la prise en charge des maladies. Les exigences de la qualité des prestations devraient être de rigueur et prendre en considération la recherche active des perdus de vue.

6. L'évaluation des actions sanitaires.

Cela implique une approche critique à tous les niveaux aussi bien sur les résultats que sur le processus lui-même. Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services du centre de santé, l'évaluation des actions socio-sanitaires requiert le renforcement du dialogue entre administration et les détenteurs de droit et le développement des outils d'évaluation des services par les usagers (exemples : Community Score Card, système de notation par la communauté.)

□ Harmoniser les interventions socio-sanitaires au niveau de la communauté

La partie sur l'harmonisation des interventions socio-sanitaires au niveau communautaire concerne la coordination des actions, la standardisation, l'intégration des données, le suivi évaluation et le développement d'approche répliquable.

- 1. La coordination** implique la mise en place d'un comité de pilotage à tous les niveaux. Ce comité revêt un aspect intersectoriel et interdisciplinaire. Au niveau Fokontany⁶ et Commune, le pilotage revient au Comité de santé (voir annexe). Pour assurer la synergie et la complémentarité des actions socio-sanitaires, ce comité a autorité sur tous les acteurs œuvrant à leur niveau. Cette instance servira de plate-forme d'échange d'informations et de mise en réseau pour toutes les parties prenantes - secteur public, secteur privé, société civile et autorités locales- pour mener à bien l'atteinte des objectifs fixés selon les besoins identifiés par la communauté.
- 2. La standardisation** est indispensable au vu de l'existence des différents types d'agents communautaires actuellement existants : le recrutement, la formation continue, les documents utilisés, les paquets d'activités offerts. La standardisation porte également sur le statut des agents communautaires ainsi que le système de motivation.
- 3. L'intégration des données communautaires dans le système d'information sanitaire** devrait être instituée. La collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données requiert des investissements importants, tant au point de vue ressources matérielles que financières étant donné que l'objectif est une couverture nationale.
- 4. Le suivi et évaluation des activités communautaires** fait dorénavant partie des activités de routine du système socio-sanitaire. Certes, même le niveau Centre de Santé, surtout les plus enclavés ne bénéficie pas convenablement d'activités systématiques de supervision, combien de changement et d'investissements nécessite alors un suivi évaluation en bonne et due forme des interventions au niveau communautaire dans tout le pays ? Des décisions et principes généraux appropriés devraient être pris et arrêtés à cet effet pour que les parties stratégique et opérationnelle de la politique soient formulées et mise en œuvre.
- 5. Le développement d'approche répliquable** comme celle des Kaominina Mendrika Salama (ou Commune Championne) est d'une importance cruciale. Plusieurs leçons apprises des expériences communautaires de plusieurs organismes sont exploitables en vue d'élaborer des modèles d'approche communautaire pour une participation effective de toutes les parties prenantes. Des processus et des principes gagneraient à être définis pour une répliquabilité acceptable en respectant la spécificité des différentes régions.

En somme, la perspective communautaire implique l'établissement d'une dynamique sociale au sein de la communauté où le processus démocratique est le point charnière ; autrement dit, la prise de conscience engendre la responsabilisation de la communauté qui fait partie intégrante des acteurs de développement pour mener des actions socio-sanitaires.

⁶ Le Fokontany constitue la structure administrative de base composée de plusieurs villages.

7- MODALITES OPERATIONNELLES

Le Ministère chargé de la santé assurera le leadership de la mise en œuvre de cette politique.

Les modalités d'application opérationnelle de cette politique seront définies dans :

- un arrêté interministériel fixant la création, l'organisation, le fonctionnement et les attributions du Comité de Santé au niveau des Communes et des Fokontany ;
- et le guide révisé Kaominina Mendrika Salama

Un (des) plan(s) stratégique(s) pluriannuel(s) de la santé communautaire définira les modalités pratiques pour la mise en œuvre de cette politique. Au niveau régional et district, les activités conformes au plan stratégique national doivent être intégrées dans les plans de travail annuels ; les partenaires techniques et financiers œuvrant à ces niveaux seront mobilisés pour l'appui et le soutien nécessaires de la mise en œuvre effective, le suivi et l'évaluation.

Des outils relatifs à la mise en œuvre de la Politique seront également élaborés : normes et standards d'harmonisation, outils de gestion, manuels de formation. Un document de référence sur les agents communautaires sera développé, spécifiant le profil des agents communautaires, leur mode de recrutement, le plan de carrière, etc. Ce document s'inspirera sur les Termes de référence et le paquet d'activités communautaires proposés en annexe de cette Politique.

Un plan de Suivi et Evaluation du document stratégique de mise en œuvre de cette politique sera élaboré. Tous 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 dans le Système National d'Information Sanitaire.

Des revues périodiques de la mise en œuvre des plans stratégiques seront organisées avec le leadership du Ministère de la Santé et du Planning Familial et regroupant toutes les parties prenantes. Il faudrait également formaliser les échanges d'expériences entre les agents communautaires et documenter les bonnes pratiques.

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



CONCLUSION

Le document de Politique Nationale de Santé Communautaire traduit la volonté du Gouvernement Malagasy d'ancrer le niveau communautaire au système de santé et de protection sociale. Ce dernier va fonctionner d'une manière différente et atteindre directement la population avec la mise en œuvre de cette Politique Nationale de Santé Communautaire. Ce document de politique constitue le cadre de référence de tous les acteurs en santé communautaire que ceux-ci se doivent de respecter. Les représentants de la communauté elle-même connaîtront les grandes lignes de cette politique par la parution d'une version malagasy simplifiée du document.

La majorité des programmes du secteur possèdent des activités au niveau communautaire ; le budget et le système d'information du Ministère en seront plus concernés. Toute une série de changements accompagnent également cet ancrage au niveau communautaire, non seulement au niveau des professionnels de santé, mais également au niveau des autorités locales et de la population et des autres secteurs : connaissances, attitudes, pratiques, responsabilités, compétences.

Une appropriation accentuée, un alignement des interventions et une harmonisation des approches dans le sens de la Déclaration de Paris seront acquis. Et la décentralisation et la déconcentration tant prônées se concrétisent. Il reste l'effectivité d'un pilotage performant et pérenne avec la mobilisation satisfaisante de toutes les ressources requises à la mise en œuvre de cette Politique qui touche directement la vie de la population en assurant leur bien-être. Une campagne d'information sur les grandes lignes de cette politique facilitera l'acceptation des AC et l'adhésion des parties prenantes à cette politique.



GLOSSAIRE ET TERMINOLOGIE

- **Agent communautaire :**
Il s'agit d'une personne issue de la communauté, ayant reçu des formations de courte durée, pour la promotion de l'état complet de bien être de la population. Son rôle consiste à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge des bénéficiaires.
- **Agent de santé :**
Il s'agit d'une 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 :**
L'approche communautaire est une stratégie d'intervention qui mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes communautaires et des ressources issues d'elles-mêmes pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé.
- **Approche intégrée :**
Une approche est dite intégrée lorsqu'elle regroupe les programmes de santé existants. Il peut s'agir aussi d'une approche élargie d'un programme à un autre programme. Le service de santé offre une prestation interactive au même endroit, au même moment pour l'amélioration de la santé.
- **Bénévolat :**
Situation d'une personne qui accomplit un travail gratuitement et sans y être obligée.
- **Communauté :**
Elle peut se définir comme étant un groupe d'individus vivant dans une aire géographique bien déterminée et ayant des aspirations et des intérêts communs (fokontany, village, quartier, ouvrier d'une usine...).
- **Participation communautaire :**
C'est l'implication des membres de la communauté à intervenir à tous les stades du programme de développement. En termes de santé, les individus et les familles assurent 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.
- **Professionalisme :**
Caractère professionnel d'une activité.
- **Promotion de la santé :**
La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. De cette définition découlent des stratégies qui dépassent les actions d'éducation pour la santé. Entre autres, l'élaboration de politique publique saine et la création de milieux favorables.
- **Protection Sociale :**
La protection sociale est un 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 couches 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, c'est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité
- *Santé communautaire* :
La santé communautaire laisse 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 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 laisse la décision aux seuls professionnels de santé (ou aux responsables politiques). Elle apparaît comme un objectif de gouvernement, d'horizon, voire d'administration imposée « par en haut » (approche « top down » des Anglo-Saxons), comptabilisable, mesurable.
- *Services à base communautaire* :
Ils sont constitués par les 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.

ANNEXES

ANNEXE 1: Extrait de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires :

Les soins de santé primaires sont, rendus accessibles à toute la communauté avec sa pleine participation Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé.

Les soins de santé primaires :

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté
- comprennent au minimum : une éducation sur la santé
- font intervenir les autres secteurs de développement national et communautaire
- exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires
- doivent être soutenus par un document cadre tout en accordant la priorité aux plus démunis
- font appel à un travail d'équipe rassemblant les professionnels de santé et les AC pour répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

ANNEXE 2 : Objectifs du Millénaire pour le Développement

- 1- Eliminer l'extrême pauvreté et la faim.
- 2- Assurer une éducation primaire pour tous.
- 3- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
- 4- Réduire la mortalité infantile.
- 5- Améliorer la santé maternelle.
- 6- Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies.
- 7- Assurer un environnement durable.
- 8- Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

ANNEXE 3 : Madagascar Action Plan ou MAP

Les défis du MAP pour le secteur Santé et Protection Sociale

ENGAGEMENT 2

DÉFI 7 ›

Améliorer de manière significative l'accès à l'eau potable et à l'hygiène.

ENGAGEMENT 5

DÉFI 1 ›

Assurer la fourniture de services de santé de qualité à tous.

DÉFI 2 ›

Élimination des principales maladies transmissibles.

DÉFI 3 ›

Gagner la lutte contre le VIH et SIDA.

DÉFI 4 ›

Mettre en œuvre une stratégie efficace de planning familial.

DÉFI 5 ›

Réduire la mortalité infanto-juvénile.

DÉFI 6 ›

Réduire la mortalité maternelle et néonatale.

DÉFI 7 ›

Améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire.

DÉFI 8 ›

Approvisionner la population en eau potable et généraliser les pratiques hygiéniques et sanitaires.

ENGAGEMENT 8

DÉFI 4 ›

Améliorer l'appui aux très pauvres et vulnérables.

DÉFI 5 ›

Promouvoir l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes.

ANNEXE 4 : Extrait de la Déclaration d'Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique (30 avril 2008)

La Conférence internationale réaffirme les principes de la Déclaration d'Alma-Ata. Elle exprime la nécessité pour les gouvernements, les partenaires et les communautés d'accélérer les mesures visant à améliorer la santé en reconnaissant l'importance des partenariats fondés sur la concertation.

- Les solides interrelations existent entre les déterminants de la santé, en particulier dans les milieux pauvres en ressources où les inégalités en matière de santé et les problèmes d'accès aux soins de santé sont plus graves.
- Des progrès ont été accomplis, mais il est nécessaire d'accélérer les progrès dans un certain nombre de pays africains pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

- Les Chefs d'Etat et de Gouvernement africains se sont engagés à augmenter le budget alloué à la santé pour atteindre progressivement les 15% du budget national selon les termes de la Déclaration de Paris de 2005.
- La Conférence est encouragée par les succès remportés dans le domaine de la santé, l'engagement politique national et international pour la Stratégie Africaine 2007–2015, et l'environnement actuel favorable au développement sanitaire.
- La Conférence demande instamment aux États Membres de :
 1. Actualiser leurs politiques et plans nationaux de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires,
 2. Utiliser les interventions de Soins de Santé primaires comme point d'entrée de la revitalisation des services de santé, améliorer les systèmes de référence et accélérer le processus de décentralisation.
 3. Promouvoir la collaboration intersectorielle et le partenariat public-privé.
 4. Mettre en œuvre des stratégies permettant de répondre aux besoins en ressources humaines pour la santé pour accroître la couverture et la qualité des soins de santé;
 5. Mettre en place des mécanismes viables pour rendre plus disponibles, plus abordables et plus accessibles les médicaments essentiels, les produits, les fournitures, les technologies appropriées et les infrastructures.
 6. Renforcer les systèmes d'information et promouvoir la recherche opérationnelle en vue d'étayer la prise de décisions.;
 7. Élaborer et mettre en œuvre des politiques et plans stratégiques viables de financement de la santé qui permettent de protéger les groupes vulnérables puis concevoir et mettre en place des régimes d'assurance maladie.
- Les communautés reconnaissent leur rôle dans la gouvernance des services de santé, en s'impliquant dans toute intervention à assise communautaire avec l'appui de la diaspora africaine.
- La communauté internationale :
 1. Fournit aux pays un appui coordonné et cohérent afin de traduire en actions concrètes les recommandations de la Conférence;
 2. Accroît les investissements dans les systèmes nationaux de santé.
- L'Union africaine et les Communautés économiques régionales doivent maintenir le leadership et continuer à explorer les possibilités de coopération sud-sud au sein de la Région.
- L'OMS, avec les États Membres et les autres institutions des Nations Unies, doivent mettre sur pied un observatoire régional.
- Les institutions des Nations Unies, et les institutions financières internationales, facilitent la mise en œuvre de la Déclaration.

ANNEXE 5 : Résumé des principaux programmes et activités selon les attributions de l'agent de santé et de l'AC (Lancet 2008)

Promotion de la santé et mobilisation sociale en faveur de la santé

- Eau, hygiène et assainissement
- Alimentation du nourrisson et jeune enfant, y compris la surveillance de la croissance
- Santé scolaire
- Nutrition et autres mesures de contrôle de santé publique
- Soins dentaires
- Programmes spécifiques : VIH et tuberculose, paludisme, ver de Guinée, trachome, onchocercose (cécité de rivière), schistosomiase

Consultation externe et services avancés (souvent lié à des produits médicaux)

- Planning familial, soins prénatal, soins postnatal
- Programme élargi de vaccination et éradication de la polio
- Interventions spécifiques de nutrition (ex : vit A, fer, iode, zinc, déparasitage)
- Services VIH (activités de prévention, conseil et test volontaire, prévention de la transmission mère et enfant, approvisionnement en antirétroviraux)
- Prévention du paludisme (ex : moustiquaire) et soins en consultation externe

Prise en charge (par des agents formés et nécessitant une infrastructure/clinique, avec un système de référence)

- Soins liés à l'accouchement
- Soins essentiels au nouveau né et soins de base pour les nourrissons prématurés
- Prise en charge des maladies des enfants (diarrhée, pneumonie, paludisme, sepsis néonatal)
- Malnutrition protéino-énergétique : soins et réhabilitation
- VIH/SIDA et tuberculose
- Paludisme
- Approche syndromique du traitement des Infections Sexuellement Transmissibles
- Prise en charge intégrée de la maladie des adolescents et adultes
- Maladies chroniques (ex : hypertension, diabète)
- Santé mentale
- Soins de l'œil (ex : cataracte et autres)

Activités systèmes de santé

- Gestion et micro planification
- Approvisionnement en médicaments essentiels et logistique
- Monitoring des données, acte de naissance, audits
- Transport et référence
- Financement : Transfert conditionnel de fonds, vouchers pour des soins de santé, et fonds de recouvrement de coût

ANNEXE 6 : Exemple de Paquet d'Activités Communautaires en matière de Survie et de Développement de la Mère et de l'Enfant

L'«ACSD ou Accelerated Child Survival and Développement» dont la traduction française adoptée à Madagascar fut « SASDE » ou « Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement de l'Enfant » est une approche intégrée qui préconise des activités à base d'évidence scientifique à 3 niveaux : le niveau clinique, les stratégies avancées et les activités communautaires.

Son objectif global consiste à atteindre un maximum d'impact en termes de réduction des mortalités néonatale, infantile, infanto-juvénile et maternelle. Cette approche accompagne la mise à jour des documents divers de politique et s'appuie à la fois sur l'amélioration des prestations de service que sur le renforcement des demandes de service.

La stratégie ACSD s'avère incontournable si l'on aspire à l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (2015) et ceux du MAP (2012).

Les services à base communautaire, faisant alors partie intégrante de l'approche ACSD, seront délivrés quotidiennement par des formés

Madagascar a défini 18 pratiques clés à promouvoir pour le bien être des familles mais il ne serait ni réaliste ni intelligent de « s'y attaquer » en une seule fois mais plutôt sélectionner des activités clés qui, sûrement, correspondent aux besoins urgents de la population.

Santé Maternelle et Néonatale :

- Soins au cours de la grossesse (sensibiliser sur les 4 visites de CPN : avec la vaccination antitétanique, le TPI, le MIID, la PTME, la lutte contre la syphilis congénitale : programme VIH/SIDA).
- Soins à l'accouchement : Soins obstétricaux, néonataux, essentiels et d'urgence : accouchement propre puis promotion de l'hygiène maternelle et du nouveau-né pour prévenir les infections, initiation précoce à l'allaitement maternel, gestion de la température du bébé (contact peau à peau), soins adéquats du cordon ombilical.
- Soins postnatals et du post partum (Vitamine A chez la femme nouvellement accouchée, surveillance et promotion de la croissance du nouveau-né, les vaccins : le PEV (vertical) et les autres paquets (SSME)

Santé de l'enfant et de la famille

- AME jusqu'au sixième mois
- Développer les 3 messages WASH (lavage des mains avec du savon, utilisation effective des latrines hygiéniques, protection de l'eau depuis le lieu du puisage au consommateur)
- Prise en charge communautaire des IRA, paludisme et Diarrhée

ANNEXE 7 : Exemple de termes de référence de l'agent communautaire

Les rôles des agents communautaires consistent à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge de la communauté bénéficiaire en matière de santé, nutrition et de protection sociale.

Activités des Agents communautaires :

- Offrir une prestation en matière d'IEC/CCC
- Sensibiliser, détecter et dépister des cas simples de pathologie
- Offrir de simples prestations de services (ex : distribution de MID, Vit A ou Albendazole)
- Offrir des prestations de service plus spécifiques (ex : injection de dépo-provera, prise en charge des IRA, du paludisme et de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, réanimation néonatale, etc)

Profil de l'Agent communautaire :

- Population résidente (masculin ou féminin) de 18 ans et plus. L'implication des femmes est fortement encouragée
- Disposant d'un niveau scolaire supérieur ou égal à la classe de T5 (niveau primaire)
- Capacité d'effectuer des calculs est souhaitable de même qu'une habileté dans la communication

Mandat des agents communautaires :

- La durée du mandat d'exercice des agents communautaire varie selon les besoins de la communauté
- Les procédures de contractualisation sont prescrites dans les textes de règlement intérieur de chaque CoSan, tout en considérant les principes de volontariat et de la gestion axée sur les résultats

ANNEXE 8: Composition et attributions des Structures des Comités de Santé

Le Comité de Santé ou CoSan est responsable du développement de la santé communautaire.

Le CoSan est la structure chargée de la conception, la planification et la réalisation de tout programme relatif à la santé à partir des problèmes sanitaires identifiés par la communauté.

Le CoSan Fokontany est la structure de référence pour tout programme de santé à réaliser par et au niveau de la communauté et constitue une structure de dialogue entre les membres de la communauté elle-même sur les questions sociales et sanitaires. Le CoSan Fokontany est constitué de membres élus de manière équitable, démocratique et transparente par l'assemblée de la communauté. L'assemblée des chefs des CoSan Fokontany forme le CoSan Commune. Les membres du CoSan sont les représentants de la communauté auprès des services de santé.

Le CoSan Commune constitue la principale interface entre la communauté et la Formation Sanitaire Publique.

Principales attributions du CoSan Fokontany	Principales attributions du CoSan Commune
Apprécie la situation socio-sanitaire et les besoins de la communauté villageoise, avec la collaboration du Comité du Fokontany ;	Contribue à la planification, l'organisation, la coordination, la mise en œuvre, le suivi des programmes de santé communautaire en collaboration avec le Maire, le Chef de la Formation Sanitaire Publique et la Commission chargée des Affaires Sociales de la Commune ;
Assure la planification et la mise en œuvre du programme de santé communautaire développé par le Fokontany et le CoSan Fokontany ; et avec l'appui du Chef de la Formation Sanitaire Publique	Participe à l'élaboration du Plan Communal de Développement ou PCD et au plan de travail annuel du Centre de Santé de Base et à la gestion et au fonctionnement de la formation sanitaire publique
Rend compte à la communauté de l'évolution de la situation sanitaire.	Rend compte à la Commission chargée des Affaires Sociales et au Maire de l'évolution de la situation sanitaire ;
Coordonne les activités menées au niveau communautaire	Contribue avec la Commune à mobiliser des ressources pour appuyer l'amélioration des conditions sanitaires au niveau de la Commune et le renflouement du fonds d'équité ;
Rend au Chef de la Formation Sanitaire Publique de rattachement	

ANNEXE 9 : Résumé des grandes lignes des recommandations de l'atelier consultatif sur la définition des rôles et responsabilités des agents communautaires (ANTSIRABE Mai 2006)

Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), l'implication des agents communautaires dans des interventions prioritaires de survie de l'enfant est incontournable, d'autant plus qu'environ la moitié de la population malgache n'a pas accès aux structures de santé existantes.

Cet atelier a permis d'engager les discussions sur les rôles et les attributions qui devraient incomber aux Agents Communautaires dans la promotion de la survie de l'enfant et par extension dans le développement de la santé familiale.

Le profil de l'Agent Communautaire devrait sans doute répondre à des critères préétablis. Aussi, l'AC devrait participer pleinement au processus de planification des actions à mener. Leurs interventions peuvent être classées en deux catégories : la première étant la promotion et la prévention, la deuxième étant le curatif. Un dispositif de suivi devrait soutenir les activités des AC. Par ailleurs, la réflexion quant au système de motivation est très importante et devrait capitaliser les bonnes pratiques issues des expériences de certaines ONG. Enfin, leur professionnalisation nécessite une approche multisectorielle.

La capacité du Comité de Santé (COSAN) devrait être renforcée car il sera le point de départ de toute action communautaire qui couvrira alors les fokontany. Le leadership du Ministère de la Santé constituera la base de la coordination en veillant particulièrement à l'ancrage des interventions des ONG et des AC au niveau du système de santé et de protection sociale. Il ne faut pas oublier non plus qu'un mapping des ONG trouvera son intérêt pour une meilleure structuration des interventions communautaires.

La santé de l'enfant est l'affaire de tous. Les AC et les ONG jouent un rôle prépondérant aux côtés du gouvernement

L'approche communautaire est incontournable et les AC méritent d'être encadrés et appuyés.

ANNEXE 10 : Extrait du rapport de la réunion de réflexion en vue de l'élaboration d'une stratégie nationale de services de santé à base communautaire (Moramanga, Octobre 2007)

Les services de Santé offerts par les Agents Communautaires contribuent significativement à améliorer l'accès aux services de Santé à base communautaire axés sur la Santé mère Enfant

Pour y arriver, il faut :

- Renforcer le réseau des agents communautaires
- Mettre en place un niveau avancé de services de santé à base communautaire
- Élaborer un mécanisme d'encadrement et de suivi des agents communautaires par les agents de santé des CSB à travers l'ancrage du réseau d'agents communautaires

A l'issue de l'atelier, 3 catégories d'Agents Communautaires ont été identifiées:

Catégorie A : Agents communautaires qui seront en charge de la sensibilisation, la communication pour le changement de comportement

Catégorie B : Agents Communautaires qui fourniront des prestations de base et effectueront des distributions ou vente de produits de prévention

Catégorie C : Agents Communautaires qui dispenseront des prestations avancées, (Diagnostic et prise en charge) ; injections ; réanimation

- Il a été mis en exergue durant l'atelier qu'il est important de procéder à l'institutionnalisation des agents communautaires et de créer une plate forme d'ONGs à tous les niveaux pour une meilleure coordination, harmonisation et synergie d'action pour les Services de Santé à base Communautaire.

ANNEXE 11 : Les 18 pratiques familiales clés regroupées dans 4 composantes

La Promotion de la Croissance et du Développement

- AME et AM
- Alimentation complémentaire
- Micronutriments: Vitamine A et Fer
- Développement Mental et Social
- Suivi de la Croissance

La Prévention des Maladies

- Evacuation Correcte des Excréments
- MID chez les < 5ans en zones d'endémie palustre
- Prévention contre tout abus et négligence
- Prévention VIH/SIDA et Soutien pour les PVVIH
- Prévention des caries dentaires

Les Soins à Domicile

- Continuer l'alimentation et plus de liquide en cas de maladie
- Traitement à Domicile approprié
- Prévention et PEC des Accidents et Blessures

Recherche de Soins et Suivi Strict des prescriptions et conseils donnés par les prestataires de soins

- Calendrier PEV
- Reconnaître quand Référer un enfant malade au centre de santé
- Suivi des recommandations données par les agents de santé
- 4 Consultations PréNatales avec les paquets recommandés
- Participation des Hommes dans les Initiatives de Santé

REVUE DOCUMENTAIRE

1. *Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire. La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation, Centre International de l'Enfance, Paris, 1990, pp. 95-178.*
2. *A glossary of terms for community health care and services for older persons, WHO 2004.*
3. *Atelier consultatif sur les rôles et responsabilités des Agents Communautaires (MSPF, UNICEF, OMS, Antsirabe, Mai-Juin 2006).*
4. *Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé Primaires (1978).*
5. *Déclaration d'Ouagadougou (2007).*
6. *Politique Nationale de Santé (MSPF, 2005).*
7. *Plan de Développement du Secteur Santé et de la Protection Sociale (MSPF, 2006).*
8. *Politique Nationale de la Protection Sociale (MSPF, 2007).*
9. *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire, documentation des bonnes pratiques à Madagascar (MSPF, UNICEF, Aout 2006).*
10. *Réunion de réflexion en vue de l'élaboration d'une stratégie nationale de services de sante a base communautaire, Moramanga, (MSPF en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, Octobre 2007).*

LISTE DES PARTICIPANTS

**ATELIER D'ELABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
SALLE DE CONFERENCE UNICEF**

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION/ENTITE
1	ANDRIAMIANDRISOA Maurice	AT/SG/MSPF
2	ANDRIAMIHANTANIRINA Rija	ARO/UNICEF
3	ANDRIAMITANTSOA Benjamin	PF/SE/USAID
4	ANDRIANIRINARISON Jean Claude	Chef SPS/MSPF
5	PILAZA Tsakorien Jaona Adolphe	Chef de Service SAPIS DGPF/DGPS/MSPF
6	RABARIHOELA Tianamalala	Responsable politique et stratégie SANTENET 2
7	RAFIRINGASON Rigobert	Administrateur Santé UNICEF
8	RAJAONARIVONY Jean Rolland	AT/DSSB/MSPF
9	RAJONSON Herimino	Chef SPC/MSPF
10	RAKOTOMALALA Bodo	PSI/MADAGASCAR
11	RAKOTOMALALA Bonaventure	Directeur de programme communauté USAID/ SANTENET 2
12	RAKOTONDRAFARA Lalao	Health Officer UNICEF
13	RAKOTOZAFY Jerry	Coordonnateur régional MCDI
14	RAMINOSOA Malala	HIP/OMS
15	RANDRIAMANALINA Aimé	Resp IEC/CCC UNFPA
16	RANDRIANTSIMANIRY Damoela	MPN/OMS
17	RATSIRARSON Joséa	Coordonnateur MCDI/CT
18	RAZANAMAHERY Noro	AT/DGS/MSPF
19	RAZANAMASY Marie Jacqueline	Chef SSE /MSPF
20	RELAHY Christiane	AT/SG/MSPF

LISTE DES PARTICIPANTS

ATELIER DE VALIDATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
AKANY SOA FONENAKO IVATO

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION/ENTITE
1	ANDRIAMAMONJY Vololona	CHEF SDSAS BETAFO
2	ANDRIAMAMPINANINA Nivo	CHEF SCM
3	ANDRIAMIANDRISOA Maurice	AT/SG/MSPF
4	ANDRIAMIHAINGO Narcisse	DRSAS BONGOLAVA
5	ANDRIANABELA Sonia	CHEF SLMV
6	ANDRIANAIVO H. Lovasoa	Responsable Nutrition Sida ONN
7	ANDRIANIRINARISON Jean Claude	CHEF SPS/DSSB
8	ARISON NIRINA Ravalomanda	DRSAS BOENY
9	BARIMANJATO R. Michel	DRSAS ANOSY
10	BAYANT Zohra	DRSAS ATSINANANA
11	BE Sébastien	DRSAS DIANA
12	JAOZANDRINY Francis	CHEF SAIDSE
13	JOSEPHSON Bakoly	DRSAS HAUTE MATSIATRA
14	LAINGOHARIMEFY Abada Samoël	ONN
15	LAW LAI THIENNE Yvonne	Médecin SPS
16	LEONDARIS Felicien	CHEF SPRS
17	LETOUZE Olivier	PSI-DIRECTEUR SMI
18	MASY Harisoa	FNP/OMS
19	MOSA MILASOA	DRSAS ATSIMO ANDREFANA
20	PILAZA Tsakorien Jaona Adolphe	DGPFE
21	POIROT Etienne	UNICEF
22	RABARIJAONA Henintsoa	SE/PALU
23	RABENOELINA	DRSAS BETSIBOKA
24	RABIALAHY Rasoaviniaina Lalasoa	Chargée de Programme Tuberculose SE/CNLS
25	RAFALIMANANTSOA Fely Nesta	CHEF SDSAS MAEVATANANA
26	RAFIRINGASON Rigobert	ADMINISTRATEUR SANTE UNICEF
27	RAHARISON Serge	SG/MSPF
28	RAHAROLAHY Viviane	DF/MSPF
29	RAHELISOAZANADRAINY Hasimboahangy	PENSER MADAGASCAR
30	RAJAOARIVELO	CHEF SUCA
31	RAJERISON Herimino	CHEF SPC/DSSB
32	RAJOELINA Avo	CHEF SDSAS BETIOKY SUD
33	RAKOTO Noël Famantanantsoa	DRSAS VATOVAVY FITOVINANY
34	RAKOTOARIJAONA Avo	Resp IEC/CCC/USAID/Santénet 2
35	RAKOTOARISON Rachel	CHEF SLISTS
36	RAKOTOARIVONY Marie Clémence	Resp SUREPI PALU
37	RAKOTOMALALA Bonaventure	USAID/Santénet 2
38	RAKOTOMALALA Jean Claude	SE/ASOS
39	RAKOTOMAMONJY Andréa	RESPONSABLE GENRE/PACT
40	RAKOTONDRAFARA Lalao	HEALTH OFFICIER UNICEF
41	RAKOTONIRAINY Hortense Marie Ange	CHEF SPMT/DPLMT
42	RAKOTONIRINA Simon	DSME

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION/ENTITE
43	RAKOTONIRINA Verohanitra	Technicienne SPS
44	RAKOTOZAFY Jerry	MCDI
45	RAMALANJAONA Njaka	PSI
46	RAMIANDRISOA Herly Daniel	CHEF SDSAS MORAMANGA
47	RAMILIARISOA Angeline	CHEF SDSAS AMBOSITRA
48	RAMINOSOA Malala	PROMOTION DE LA SANTE/OMS
49	RANAIVO RAHAMEFY Jacky	CHEF SSELME
50	RANAIVOSON Jean Ludovic	SPS/DSSB
51	RANAIVOSON Nirina	USAID/Santénet 2
52	RANDRIAMAHAZOSOA B. Olivier	DNP/SR/ SALFA
53	RANDRIAMANALINA Aimé	Resp IEC/CCC UNFPA
54	RANDRIAMANANTSOA Feno	ASD/C-CHANGE PROG ANKOAY
55	RANDRIAMANARINA Bakolalao	SV/DSME
56	RANDRIAMANATIANA Samuel Hector	DSSB
57	RANDRIAMIRE Tahina	CHEF SMS DRSAS ANALAMANGA
58	RANDRIANARIVO SOLOFONIAINA Armand	SSurEpi/SSELME
59	RANDRIANASOLO Adrien	AT/VM/MSPF
60	RANDRIANAVOSON Rado	RSE/ Voahary Salama
61	RANDRIAPARAZATO Henri	CRS/MG
62	RANDRIATSIMANIRY Damoela	MPN/OMS
63	RANJALAHY Gabriel Maroc	CHEF SLTL/DULM
64	RAOBELISON Ando	Spécialiste Santé Banque Mondiale
65	Raoby RABEMANANA	CHEF STICU
66	RASAMIMANANA Herilaza	USAID/Santénet 2
67	RASAMOELINA Damy	Coordonnateur Projets Santé Reggio Terzo Mondo
68	RASAMOELISOLONJATOVO René	CHEF SDSAS MAHAJANGA II
69	RASOAMAMPITA Charlotte	SPS/DSSB
70	RASOARANTO Myriam	DGPS/MSPF
71	RASOLOFOMANANA Denis	ACSQDA
72	RASOLOMAHEFA Dieudonné	DGS/MSPF
73	RASOLONIAINA Francis	Technicien SEMI
74	RASOLONJATOVO Gervais	DRSAS SAMBAVA
75	RATSIRARISOA Hery	SSE/DSME
76	RAVAOSOLO Jeannine	DSME/SMSR
77	RAZAFINDRAVONY Bakolisoa	CHEF SVPF/DPF
78	RAZAFINJATO Célestin	DRSAS ALAOTRA MANGORO
79	RAZANALISOA Lucette	SPS/DSSB
80	RELAHY Christiane	AT/SG/MSPF
81	ROBINSON Roland	DULM
82	SAHONDRA Josée	CHEF SSB/DSSB
83	SOAVINARIVO Romeline Elysée	CHEF SDSAS AMBANJA
84	TSITOTHERY Christophe	SPS/DSSB
85	ZARA Hassanely Patrick	CHEF SDSAS TOAMASINA II

Nos vifs remerciements s'adressent :

- ❖ *à tous les participants aux ateliers d'élaboration et de validation de cette Politique Nationale de Santé Communautaire,*
- ❖ *et particulièrement à l'UNICEF, à l'USAID/SantéNet2 et à l'UGP PDSSP pour leurs appuis efficaces.*