



REOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE SANTE DES PERSONNES AGEES



Décembre 2018



SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	iii
PRÉFACE	vi
GLOSSAIRE.....	vii
INTRODUCTION.....	1
I. CONTEXTE GÉNÉRAL.....	2
I.1. Situation sur le vieillissement en bonne santé dans le monde et en Afrique.....	2
I.2. Contexte à Madagascar	3
II. CHARGE DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ.....	7
II.1. Causes de décès.....	7
II.2. Profil sanitaire des personnes âgées à Madagascar.....	9
III. SITUATION DES FACTEURS DÉTERMINANTS D’UN VIEILLISSEMENT ACTIF	15
III. 1. Facteurs personnels.....	15
III.2. Facteurs environnementaux	18
III.3. Facteurs économiques.....	23
III.3.1. Protection sociale	23
III.3.2. Revenus	23
IV. ENJEUX ET DÉFIS.....	25
IV.1. Enjeux.....	25
IV.2. Défis	26
IV.2.1. Défis relatifs à l’amélioration de l’environnement pour permettre un vieillissement actif	26
IV.2.2. Défis relatifs à l’amélioration de la santé et du mieux-être des personnes âgées elles-mêmes.....	28
V. CHAÎNE DE RESULTATS	30
VI. CADRE LOGIQUE DU PLAN	31
VII. STRATÉGIES	33
VIII. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	38
IX. CADRE DE SUIVI ÉVALUATION	40
X. PLAN QUINQUENAL GLOBAL PAR INTERVENTION PRIORITAIRE.....	52

CONCLUSION 62

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

REMERCIEMENTS

LISTE DES PARTICIPANTS À L'ÉLABORATION

LISTE DES PARTICIPANTS À LA VALIDATION

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AGR	Activité Génératrice de Revenu
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CACSU	Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle
CAPA	Club Ami des Personnes Agées
CHRD	Centre Hospitalier de Référence du District
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUJRA	Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHUJRB	Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana
CNAPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNCT	Centre National de Crénothérapie et de Thermoclimatisme
CNDSS	Commission Nationale des Déterminants Sociaux de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé
CPN	Consultation prénatale
CRDPH	Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées
CSB	Centre de Santé de Base
CSEpALMNT	Cellule de Suivi Evaluation, de performance et Audit de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
CSU	Couverture Santé Universelle
CUA	Commune Urbaine d'Antananarivo
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DGS	Direction Générale de la Santé
DLMNT	Direction de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
DPEV	Direction du Programme Elargi de Vaccination
DPHPA	Direction des Personnes en situation de Handicap et des Personnes Agées
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DSFa	Direction de la Santé Familiale
DSH	Direction de la Santé et de l'Hygiène
ENSOMD	Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
FDR	Facteur de risque
FE	Fonds d'équité
FIZOMA	Firaisamben'ny Zokiolona eto Madagasikara
GTT	Groupe Technique de Travail
HJRA	Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
HJRB	Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
HTA	Hypertension Artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
INSTAT	Institut National de la Statistique
IOSTM	Institut d'Odonto Stomatologie Tropicale de Madagascar
MAE	Ministère des Affaires Etrangères

MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MATHTP	Ministère de l'Aménagement du Territoire, de l'Habitat et des Travaux Publics
MCC	Ministère de la Communication et de la Culture
MEEH	Ministère de l'Energie, de l'Eau et des Hydrocarbures
MENTP	Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique
MESupReS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFB	Ministère de l'Economie et des Finances
MICA	Ministère de l'Industrie, du Commerce et de l'Artisanat
MID	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MTEFPLS	Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Fonction Publique et des Lois Sociales
mhGAP	Mental Health GAP ou Comblent les lacunes en santé mentale
MJ	Ministère de la Justice
MJS	Ministère de la Jeunesse et des Sports
MNT	Maladies Non Transmissibles
MAEP	Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
MPPSPF	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
MSANP	Ministère de la Santé Publique
MTTM	Ministère des Transports, du Tourisme et de la Météorologie
N	National
ODD	Objectifs de Développement Durable
OFNALAT	Office National de Lutte Anti-Tabac
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONN	Office National de Nutrition
OSC	Organisation de la Société Civile
PA	Personne Agée
PAC	Paquet d'Activités Communautaires
PGE	Politique Générale de l'Etat
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PND	Plan National de Développement
PSNSPA	Plan Stratégique National de Santé des Personnes Agées
PTF	Partenaire Technique et Financier
RBC	Réadaptation à Base Communautaire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RNB	Revenu National Brut
SDSP	Service de District de Santé Publique
SG	Secrétariat Général
SIGRHE	Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines de l'Etat
SLMV	Service de Lutte contre les Maladies liées aux Modes de Vie
SN-CSU	Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle

SPPV	Service de la Protection des Personnes Vulnérables
SPSS	Service de la Protection Sociale auprès de la Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle
SSC	Service de la Santé Communautaire
SSM	Service de Santé Mentale
SSOABD	Service de la Santé Oculaire Auditive et Bucco-Dentaire
TCC	Taux de Chirurgie de la Cataracte
TMNS	Troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population

PRÉFACE

Madagascar a signé la Déclaration politique et le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement en 2002. Les Etats membres de l'Union Africaine sont actuellement sollicités à adhérer au Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des personnes âgées, adopté par la 26ème session ordinaire de la Conférence des chefs d'Etat et de gouvernement, tenue à Addis-Abeba, le 31 janvier 2016. En effet, la problématique des personnes âgées émerge même dans les pays en développement, en raison de l'allongement notable de l'espérance de vie, et ce, dans une société devenue moins inclusive à leur égard et qui ne répond pas efficacement à leurs besoins, notamment en matière de santé.

Un vieillissement en bonne santé représente non seulement une satisfaction pour l'individu et la famille, mais également un intérêt économique pour la communauté et la Nation.

Le présent Plan Stratégique National de Santé des Personnes Agées se présente comme la concrétisation de la volonté de l'Etat d'améliorer la santé de ce groupe vulnérable. Il est en phase avec la vision du Ministère de la Santé publique, alignée avec les Objectifs de Développement Durable (ODD), préconisant que «l'ensemble de la population malagasy est en bonne santé dans un environnement sain, ayant une vie meilleure et productive». Par ailleurs, la Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU) est une opportunité qui sera saisie.

La mise en œuvre de ce Plan est indissociable des actions multisectorielles, ainsi j'exhorte tous les acteurs du système de santé, les partenaires au développement et tous les partenaires techniques et financiers, à s'y aligner pour leurs interventions dans les cinq prochaines années afin d'en garantir la réussite.

Je remercie tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce document.

Le Ministre de la Santé Publique



Professeur RAKOTONIRINA Julio.

GLOSSAIRE

- Autonomie** L'autonomie est l'aptitude perçue à maîtriser, affronter et prendre des décisions personnelles relatives à sa vie quotidienne dans le respect de ses propres règles et préférences.
- Indépendance** L'indépendance est généralement définie comme la capacité à s'acquitter des tâches quotidiennes, c'est-à-dire à vivre de manière indépendante dans son environnement habituel sans aide extérieure ou avec une aide extérieure minimale.
- Qualité de la vie** La qualité de la vie est « la perception qu'a une personne de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs du lieu où elle vit, par rapport à ses objectifs, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (Organisation Mondiale de la Santé, 1994). En ce qui concerne les personnes âgées, la qualité de la vie est largement déterminée par la capacité à conserver son autonomie et son indépendance.
- Espérance de vie en bonne santé** L'expression « espérance de vie en bonne santé » est généralement employée comme synonyme d'« espérance de vie sans incapacité ». Si l'espérance de vie à la naissance reste une mesure importante du vieillissement de la population, l'espérance de vie sans incapacité revêt une importance particulière dans le cas des personnes âgées. [Organisation Mondiale de la Santé, Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation, 2002.]
- Âgisme** Une attitude ou un comportement de discrimination, de ségrégation, de mépris ou de dépréciation envers un individu ou un groupe d'individus en fonction de leur âge. Il a été créé en 1969 par le gérontologue américain Robert Butler pour nommer les discriminations touchant les personnes âgées.
- Gérontologie** Science consacrée à l'étude des personnes âgées
- Gériatrie** Science consacrée aux maladies des personnes âgées

INTRODUCTION

Les personnes âgées sont définies comme telles, à partir de l'âge de référence des Nations Unies, 60 ans¹. Avec une personne sur neuf âgée de 60 ans au moins dans le monde, proportion qui devrait passer à une sur cinq d'ici 2050, le vieillissement de la population est un phénomène qu'il n'est pas possible d'ignorer plus longtemps².

Il y a lieu de s'en réjouir. Contrairement aux idées reçues et aux préjugés de la société à l'égard du vieillissement, les personnes âgées apportent d'importantes contributions à la société en tant que membres d'une famille, bénévoles ou participants à la population active. De par la sagesse qu'elles ont acquise tout au long de leur vie, elles constituent également une ressource sociale essentielle.

Toutefois, ces points positifs s'accompagnent aussi de défis sanitaires inédits pour le XXI^e siècle. Car avec l'âge peuvent également venir des conditions qui affectent la santé par la combinaison de plusieurs maladies, chroniques et aiguës, et l'apparition d'incapacités diverses. Les pertes cognitives et de mobilité, les problèmes psychologiques, ainsi que l'isolement social sont autant de facteurs qui, associés au vieillissement des différents systèmes biologiques, entraînent la fragilité et contribuent à diminuer la qualité de vie à mesure que la personne avance en âge. Ainsi, la personne âgée peut être potentiellement une lourde charge pour la famille, la communauté et la société.

Il est donc important de considérer le vieillissement comme un processus évolutif qui accompagne chaque personne pendant son existence et qui nécessite d'être appréhendé le plus tôt possible. Mais il est également primordial de préparer les soignants et la communauté à répondre aux besoins particuliers des populations âgées, en particulier dans les pays en développement comme le nôtre.

Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin³. A partir du profil sanitaire des personnes âgées et de l'analyse des facteurs déterminants de ce vieillissement actif à Madagascar, sont définis les principaux défis à relever afin que cette population âgée puisse jouir d'un meilleur état de santé et être active le plus longtemps possible.

¹ [Organisation Mondiale de la Santé, *Vieillesse et santé, Aide-mémoire N°404 Septembre 2015*]

² [UNFPA, *Helpage International, Vieillir au vingt et unième siècle : Une victoire et un défi, Résumé, 2012.*]

³ [Organisation Mondiale de la Santé, *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation, 2002.*]

I. CONTEXTE GÉNÉRAL

I.1. Situation sur le vieillissement en bonne santé dans le monde et en Afrique

Dans le monde, d'ici à 2020, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus va dépasser celui des enfants de moins de 5 ans. Ce nombre passera d'environ 600 millions à près de deux milliards en 2050 et leur proportion devrait doubler, passant de 10 à 21%.

En Afrique, cette proportion passera de 5 à 6 % jusqu'en 2025, avant de doubler entre 2025 et 2050⁴. Ainsi, en 2050, 10 % de la population seront âgés de 60 ans au moins en Afrique⁵.

En raison de l'allongement notable de l'espérance de vie, bon nombre d'individus deviennent des personnes âgées et font face à un risque accru de maladies chroniques, d'incapacités et même de décès prématurés. Une étude en ménage ordinaire en France métropolitaine en 2012 a montré que les personnes âgées de plus de 65 ans fragiles ont dépensé en moyenne 5 000 € en soins ambulatoires alors que les robustes n'ont dépensé que 2 000 €⁶.

Si une femme âgée de 60 ans d'un pays développé peut espérer vivre encore 25 ans, une femme du même âge en Afrique subsaharienne ne peut espérer vivre que 14 ans de plus⁷. Dans tous les pays, la prévalence du handicap est plus élevée chez les personnes âgées. Par ailleurs, celle-ci l'est encore plus dans les pays à revenu bas, de 43,4%, contre 29,5% dans les pays à revenu élevé [OMS, Banque Mondiale, Rapport mondial sur le handicap, 2011].

En 2002, le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, le Cadre stratégique et le plan d'action de l'Union Africaine sur le vieillissement ont fourni aux États Membres des orientations pour formuler des politiques et programmes nationaux, en veillant notamment à la pleine réalisation des droits de l'homme et des libertés fondamentales de l'ensemble des personnes âgées.

Une dizaine de pays africains seulement ont adopté des politiques nationales sur le vieillissement ou inclus des questions liées au vieillissement dans les politiques publiques⁸.

⁴ [Nations Unies, Déclaration politique et plan d'action international de Madrid sur le vieillissement. Deuxième Assemblée Mondiale sur le vieillissement, 2002, New York, 2003.]

⁵ [UNFPA et Helpage International, Vieillir au vingt et unième siècle : Une victoire et un défi, Résumé, 2012.]

⁶ Nicolas Sirven, Vieillesse, fragilité, et dépense de santé, Questions d'économie de la santé, N°216, Mars 2016, <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/216-vieillesse-fragilite-et-depenses-de-sante.pdf>,

⁷ [Organisation Mondiale de la Santé, Dossier pour la Journée mondiale de la santé 2012. Genève, 2012].

⁸ [UNFPA et Helpage International. Ageing in the Twenty-First Century: A celebration and a Challenge, 2012.]

I.2. Contexte à Madagascar

1.2.1. Données géographiques et démographiques

D'une superficie de 587.047 km², Madagascar représente la plus grande île dans l'Océan Indien. Elle est subdivisée en 6 provinces, 22 régions, 119 districts, 1693 communes, et 18251 Fokontany [*INSTAT; UN Data*]. Selon projection de la population RGPH 1993, avec un taux d'accroissement annuel de 2,8%, la population de Madagascar en 2018 est de 24 348 922 habitants (source : Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales/Instat). Cette population est caractérisée par sa diversité culturelle avec dix-huit ethnies, mais parlant une langue unique, le malagasy.

La population Malagasy se caractérise par sa jeunesse puisque près des deux tiers ont moins de 25 ans, et près de la moitié soit 47% ont moins de 15 ans. En outre, dans 83% des cas, la population vit en milieu rural ; seulement 17% vivent en milieu urbain, et la capitale concentre 6% de la population⁹. Le nombre de personnes âgées aurait doublé à Madagascar en l'espace d'une vingtaine d'années seulement car si celui-ci était estimé à 582 754 en 1993 lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), l'Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar (ENSOMD) effectuée en 2012-2013 estime que les personnes âgées représentent 4,6% de la population totale, soit environ 1 114 810 individus en 2015.

La proportion des personnes âgées en milieu urbain (5,2%) est plus élevée que celle observée en milieu rural (4,6%). Cette situation pourrait s'expliquer par une vulnérabilité plus accentuée des personnes âgées en milieu rural. Une attention particulière devrait être accordée aux personnes âgées qui vivent en milieu rural où la morbidité peut être différente en raison des conditions environnementales défavorables et d'un manque de structures de soutien.

Parmi les personnes âgées, les hommes seraient plus nombreux que les femmes aussi bien sur l'ensemble du pays (114 hommes pour 100 femmes) qu'en milieu rural (120 hommes pour 100 femmes). Ceci n'est plus vrai en milieu urbain, en particulier dans la capitale où les femmes sont sensiblement plus nombreuses (84 hommes pour 100 femmes), et l'écart se creuse avec l'âge.

⁹ [Institut National de la Statistique (*INSTAT*). *Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar (ENSOMD). Caractéristiques sociodémographiques de la population, 2012-2013*].

Tableau 1 : Répartition (en %) de la population âgée, selon le groupe d'âges quinquennal, par milieu de résidence et par sexe.

	Milieu de résidence									Ensemble du pays		
	Capitale			Ensemble urbain			Rural					
Groupe d'âges	M	F	E	M	F	E	M	F	E	M	F	E
60-64	2,6	2,6	2,6	2,5	2,1	2,3	2,2	1,5	1,8	2,2	1,6	1,9
65-69	1,1	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2	1	0,9	1	1	0,9	1
70-74	0,5	0,9	0,7	0,6	1	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
75-79	0,3	0,6	0,4	0,3	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
80 +	0,3	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5
Total	4,8	5,7	5,2	4,9	5,3	5,2	4,9	4,1	4,6	4,9	4,3	4,6

Source : INSTAT/ENSOMD. *Caractéristiques sociodémographiques de la population, 2012-2013*
M : Masculin ; F : Féminin ; E : Ensemble.

L'allongement significatif de l'espérance de vie, estimée à 67 ans pour les femmes et 64 ans pour les hommes [OMS, 2015] justifie l'intérêt de prendre en considération le vieillissement actif à Madagascar.

1.2.2. *Situation politique*

Après 4 années de crise sociopolitique et économique qui a perturbé le cours de la vie politique, sociale et économique du pays, la mise en place des institutions démocratiques en 2013 marque le retour de Madagascar à l'ordre constitutionnel. Le lancement des consultations nationales sur les objectifs de développement durable (ODD) et l'agenda post 2015, ainsi que la participation de Madagascar aux grandes rencontres internationales sur le développement durable ont contribué à repositionner le pays sur la scène internationale et à prendre en compte les préoccupations des populations dans les politiques de développement¹⁰.

¹⁰ [<http://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/countryinfo.html> consulté le 30 décembre 2016].

1.2.3. Situation socio-économique

Sur le plan économique, la volonté de l'Etat Malagasy de reprendre le chemin de la croissance économique a été marquée par l'adoption par le Gouvernement, en 2014, du Plan National de Développement (PND), qui représente la déclinaison à moyen terme des défis et orientations stratégiques de la Politique Générale de l'Etat (PGE), dont l'objectif principal est d'asseoir une croissance forte, durable et ayant des répercussions sur les couches vulnérables, afin d'améliorer les indicateurs de développement.

Après un niveau de croissance très faible (0,7% en 2011), la situation macroéconomique s'est légèrement améliorée à partir de 2013 avec un taux de 2,3% du PIB et passant à environ 4,2 % en 2017, pour s'établir à 5 % en 2018 (Source : <https://www.banquemondiale.org/fr/country/madagascar/overview>), néanmoins en moyenne la croissance macroéconomique (2,3 % en moyenne entre 2010 et 2015) reste toujours en dessous de la croissance démographique (2,8% en moyenne), et traduit une baisse du revenu par tête de la population. Les trois quarts de la population vivent encore en dessous du seuil de pauvreté. Les difficultés ayant entraîné la dégradation de la situation socioéconomique ont été confirmées par le non achèvement par Madagascar de l'atteinte des OMD.

Cette situation a été traduite par un recul de la classification du pays dans l'Indice de Développement Humain (IDH). Madagascar est passé du 149^{ème} rang sur 162 pays en 2010 au 158^{ème} rang sur 188 pays en 2016, ce en dépit d'une très légère progression de l'indice de développement humain qui est passé de 0,435 à 0,520 dans la même période. [<http://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/countryinfo.html>].

L'avènement des nouveaux défis de développement à travers les ODD marque une étape importante et une nouvelle ère en matière de lutte contre la pauvreté et les inégalités.

1.2.4. Contexte sanitaire global du pays

Malgré les efforts déployés à travers divers programmes, des problèmes sanitaires persistent encore à Madagascar. Il s'agit particulièrement de : (i) la recrudescence des maladies à potentiel épidémique telles que la peste et la poliomyélite, (ii) la forte mortalité maternelle, néonatale et infantile, (iii) la stagnation à un niveau élevé du taux de la malnutrition et (iv) l'accroissement des taux de maladies non transmissibles.

Les résultats de l'ENSOMD montrent que le taux de mortalité maternelle est resté quasi stationnaire depuis des dizaines d'années. Il est estimé à 478 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, pour la période 2006-2013.

Bien que la mortalité des enfants de moins de 5 ans ait enregistré une régression notable, passant de 152 ‰ en 1990 à 40‰ en 2017 (Source : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.MORT.FE>), ce taux reste encore élevé du fait de l'importance de la mortalité néonatale qui n'a pas cessé d'augmenter (44‰ en 2017 contre 26‰ en 2012 et 24‰ en 2009) (Source : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.NCOM.ZS>)

La pauvreté de la population, l'insuffisance de couverture sanitaire (60% de la population rurale se trouve encore à plus de 5 km d'une formation sanitaire)¹¹, l'insuffisance des ressources humaines et d'équipements font que l'accessibilité aux services de santé demeure insuffisante.

Le taux d'utilisation des consultations externes au niveau des CSB est encore bas, 33,8%¹².

1.2.5. Systeme de santé

L'organisation du système de santé se fait sur quatre niveaux :

- le niveau central en charge de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards, du transfert des ressources et des compétences ;
- le niveau intermédiaire ou régional, chargé de la coordination des activités au niveau des districts sanitaires qu'il appuie techniquement ;
- le niveau périphérique ou district, niveau opérationnel et porte d'entrée de l'utilisateur dans le système de santé ;
- le niveau communautaire, participant dans la promotion de la santé, appelé à collaborer étroitement avec les structures sanitaires de base.

L'offre de soins est également organisée sur quatre niveaux :

- le niveau communautaire pour les programmes ayant défini des paquets d'activités de soins à ce niveau;
- les formations sanitaires de base pour les premiers contacts : Centres de Santé de Base (CSB) niveau 1 (sans médecin) et niveau 2 (avec médecin) offrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et les Centres Hospitaliers de Référence du District (CHRD) le premier niveau de référence assurant le Paquet d'Activités Complémentaires (PAC) ;
- les Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR) : les hôpitaux de deuxième niveau de référence;
- les Centres hospitaliers Universitaires (CHU) constituant les hôpitaux de troisième niveau de référence.

¹¹ [Enquête Démographique et de Santé, Madagascar, 2008- 2009]

¹² [Ministère de la Santé Publique, Annuaire des Statistiques du Secteur Santé de Madagascar, 2016]

II. CHARGE DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ

II.1. Causes de décès

D'ici 2020, les maladies non transmissibles (MNT) seront parmi les principales causes de morbidité dans la Région Africaine, affectant surtout les personnes âgées. Cette situation accentue la pression sur les systèmes nationaux de santé déjà sollicités au-delà de leurs capacités¹³.

À Madagascar, d'après les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2014, les MNT sont à l'origine de 39%, et les traumatismes de 10% de tous les décès.

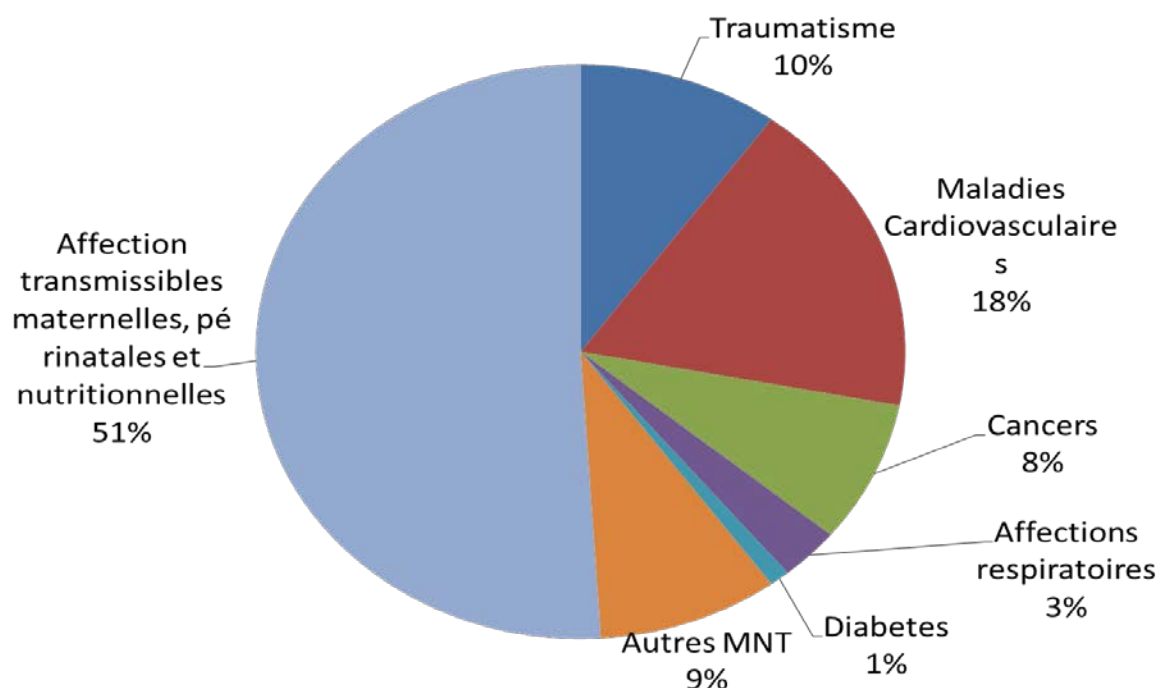


Figure 1 : Mortalité proportionnelle (% des décès totaux, tous âges confondus, hommes et femmes) (n= 160 000)

Source : OMS, *Profils des pays pour les maladies non transmissibles, 2014*

L'étude des causes de décès, réalisée au niveau de deux structures d'accueil de personnes âgées a permis de mettre en évidence les faits suivants : les maladies cardiovasculaires, comprenant essentiellement l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle (HTA) et l'accident vasculaire cérébral (AVC) sont les premières causes de décès chez les personnes âgées.

¹³ [Organisation Mondiale de la Santé. *Viellissement en bonne santé dans la Région Africaine : Analyse de situation et perspectives. FR/RC63/4, 2 Septembre 2013*]

Il a été constaté que chez la personne âgée bénéficiant d'un suivi médical régulier, l'HTA n'entraîne que rarement le décès (2 cas enregistrés seulement sur une dizaine d'années au Foyer de Vie). Par contre, la poussée hypertensive semble être une cause très fréquente de décès dans la population générale comme l'attestent les causes de décès observés au sein de la population desservie par Akamasoa et ses environs.

Viennent ensuite les maladies digestives et respiratoires comme causes fréquentes de décès.

Enfin, la dénutrition, les causes d'alitement prolongé ou de prostration (maladies neurologiques ou rhumatologiques, maladies mentales, suites de traumatismes) constituent des situations à fort risque de complications de décubitus et d'altération de l'état général, conduisant inéluctablement au décès en l'absence de soins de nursing appropriés.

L'âge médian de décès observé parmi la population du Foyer de Vie et celle desservie par Akamasoa (73 ans pour Akamasoa et 79 ans pour Foyer de Vie), semble corroborer l'allongement de l'espérance de vie du Malagasy avec des extrêmes allant de 60 ans à 93 ans chez Akamasoa et jusqu' à 96 ans au Foyer de Vie ; la plus grande longévité étant observée chez la femme.

A Madagascar, les maladies non transmissibles constituent effectivement la principale cause de mortalité chez la personne âgée.

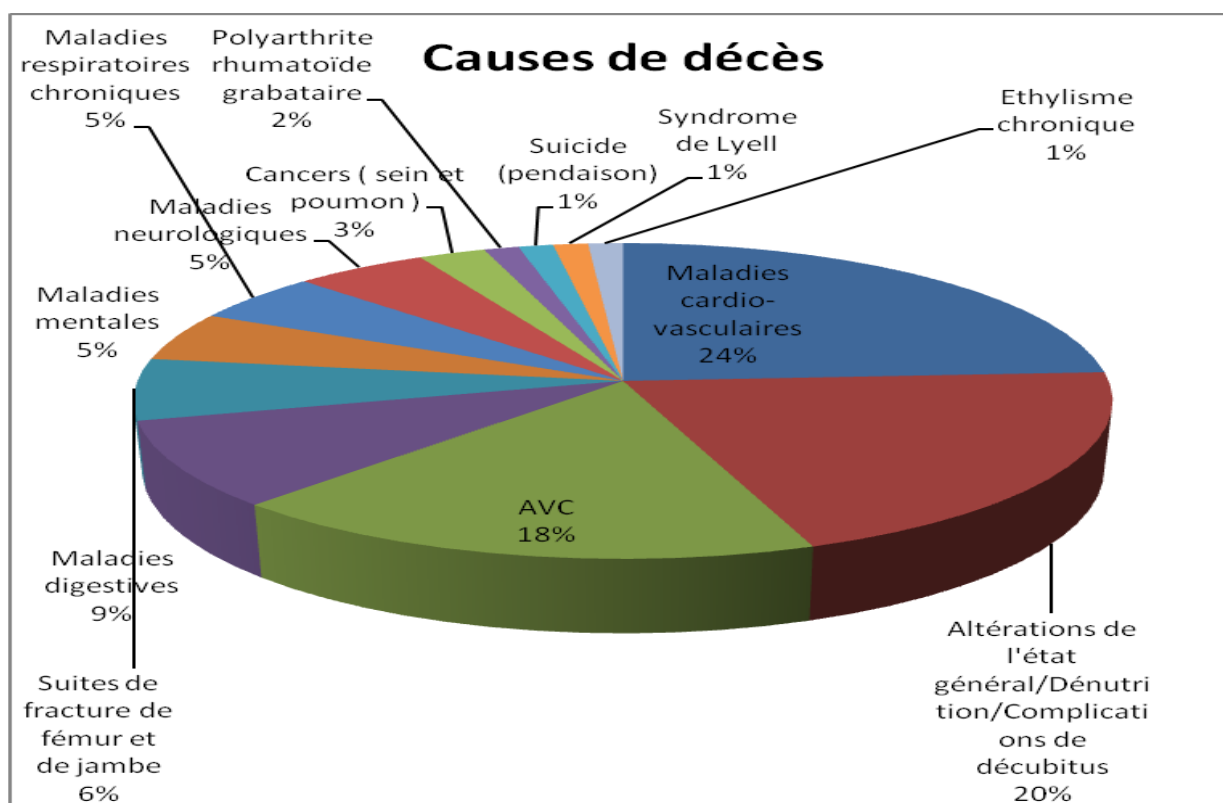


Figure 2 : Causes des décès enregistrés chez les personnes âgées sur une dizaine d'années (2006 à 2016) (n=79)

Source : Foyer de Vie, Antananarivo

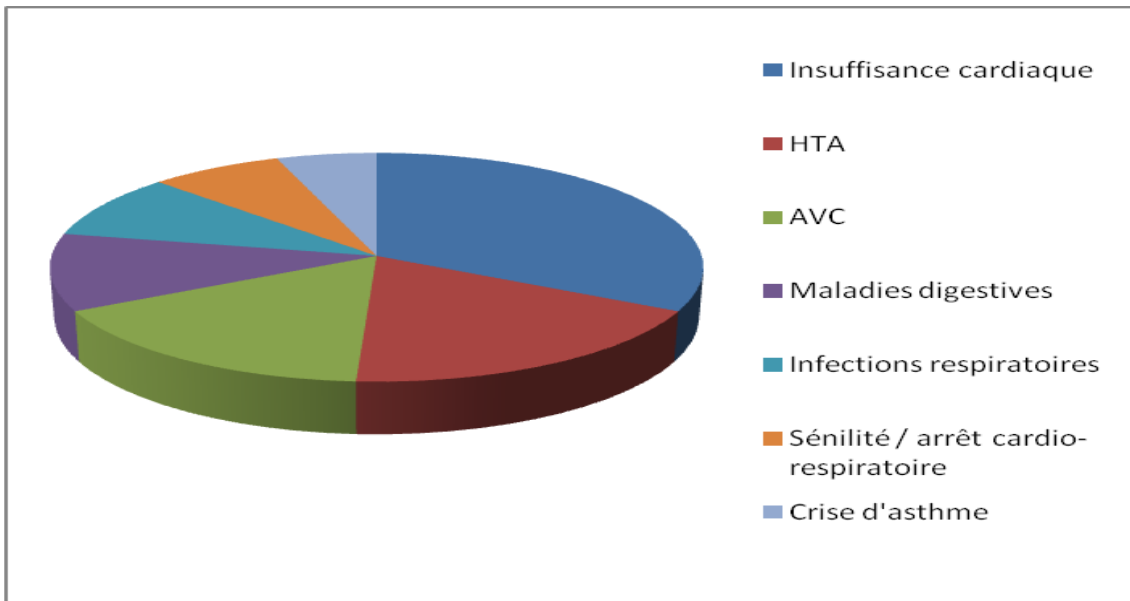


Figure 3 : Causes des décès enregistrés chez les personnes âgées sur trois ans (2014 à 2016) (n=55)

Source : Akamasoa, Antananarivo

II.2. Profil sanitaire des personnes âgées à Madagascar

2.2.1. Problèmes de santé généralement associés au vieillissement

La vieillesse se caractérise par l'apparition de plusieurs états de santé complexes liés à l'âge et qui ne constituent pas des catégories de maladie distinctes. C'est ce qu'on appelle couramment les *syndromes gériatriques*.

Selon la figure 4, les troubles de la mémoire, l'incontinence urinaire, la dénutrition, les escarres, les chutes répétées et la perte d'autonomie figurent parmi les syndromes les plus souvent rencontrés.

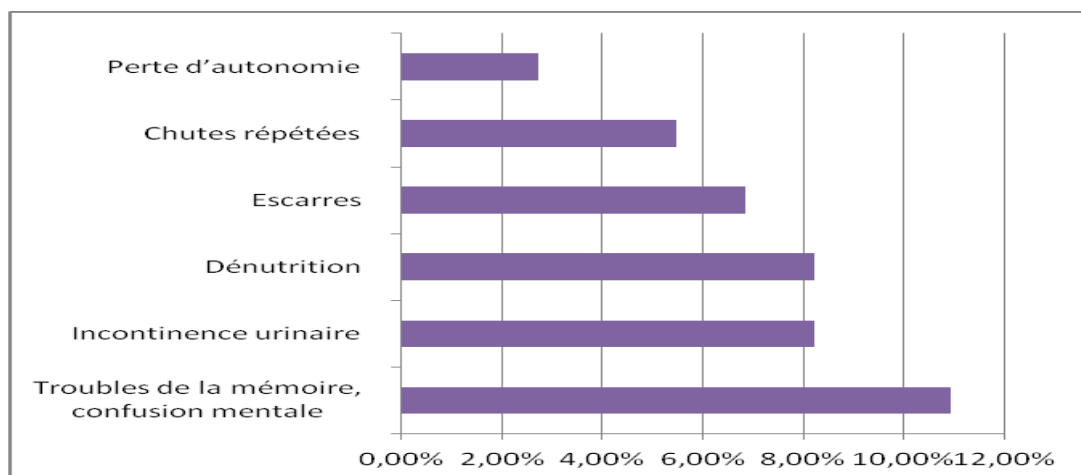


Figure 4 : Syndromes gériatriques retrouvés chez les personnes âgées (n=73)

Source : Foyer de Vie, Antananarivo, 2016

La chute est retrouvée chez 5,5% des personnes âgées accueillies au Foyer de Vie en 2016.

Sur l'ensemble du pays, la chute représente 27,9% des cas de traumatismes enregistrés au niveau des centres hospitaliers, dont 7% concernent des personnes âgées. Dans 80% des cas, il s'agit d'une chute de sa hauteur, le reste concerne des chutes dans l'escalier ou d'une rampe ; les femmes âgées accusant 2 fois plus de chutes¹⁴.

Avec la fréquence des chutes, le risque de fractures des membres chez la personne âgée est majoré, en particulier chez la femme en raison de l'ostéoporose qui s'accroît avec l'âge.

Les syndromes gériatriques découlent souvent de plusieurs facteurs sous-jacents et sont de meilleurs indicateurs prédictifs de la mortalité que la présence de certaines maladies ou leur nombre. Nos services de santé négligent encore ces aspects qui ne sont pas pris en compte dans la recherche épidémiologique.

2.2.2. Maladies et déficiences sources de handicap

a) Principales affections constatées au cours des consultations au niveau des formations sanitaires de base

Le système national d'information statistique vient d'intégrer le groupe d'âge des plus de 60 ans au niveau des CSB, seulement depuis 2015. Il existe une hausse d'environ 10% des consultants âgés en 2016, avec près de 270 000 nouveaux cas répertoriés au niveau des CSB, et un sexe ratio de 1/1. Ces consultants âgés représentent 5,4% de l'ensemble des nouveaux cas.

En 2016, les maladies non transmissibles, principalement l'HTA, le diabète, l'AVC, l'asthme et les troubles mentaux, ainsi que les déficiences auditives et visuelles (surtout la cataracte), représentent 59% des motifs de consultation des personnes âgées au niveau des formations sanitaires de base. L'HTA constitue à elle seule 15% de ces motifs de consultation.

Viennent ensuite les infections respiratoires qui représentent 27,2% des motifs de consultation chez les personnes âgées, la grippe (4,3%), les diarrhées (3,8%), le paludisme (1,8%) et les traumatismes (1,6%).

A noter que 31 cas de suicides chez les personnes âgées ont été répertoriés au niveau des CSB en 2016.

¹⁴ Ministère de la Santé Publique, Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport d'étude sur la situation et l'ampleur des traumatismes et de la violence à Madagascar, 2010*

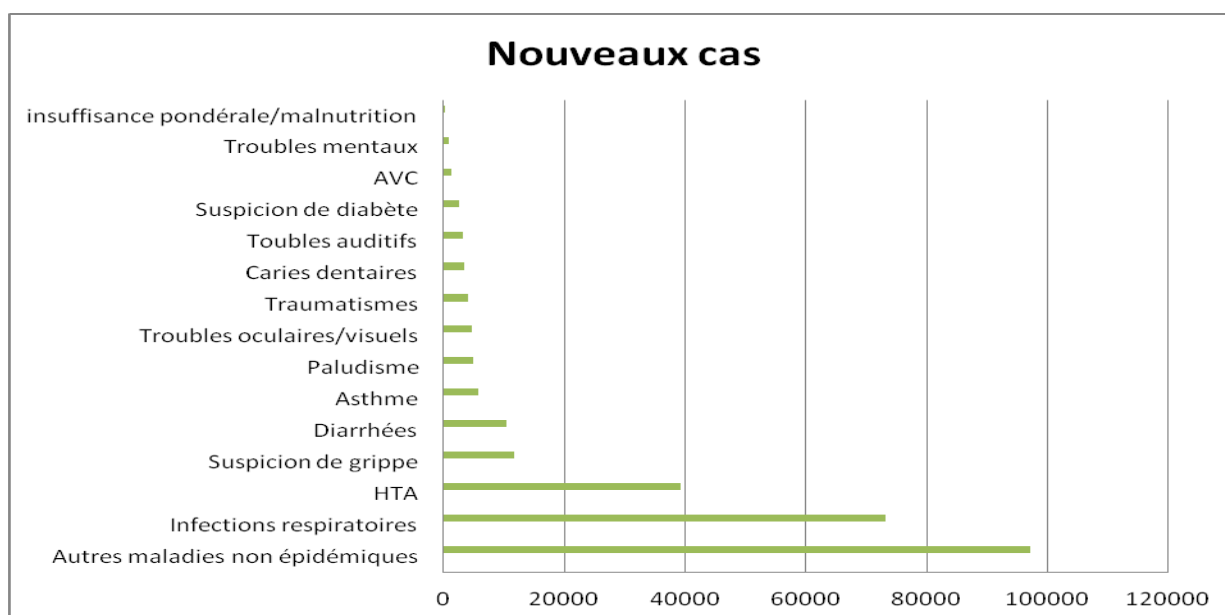


Figure 5 : Principales affections présentées par les personnes âgées vues en consultation externe des CSB en 2016 (n= 269 499)

Source: Ministère de la Santé Publique, Service des Statistiques Sanitaires

b) Principaux motifs d'hospitalisation chez les personnes âgées

Les maladies cardiovasculaires (AVC, cardiopathies, HTA) constituent le premier motif d'hospitalisation des personnes âgées (38%) avec une létalité qui s'élève à 28,9% pour les AVC et 17,9% pour les cardiopathies¹⁵.

Le diabète est responsable de 3,9% des hospitalisations des personnes âgées. De nombreux patients se trouvent déjà à un stade avancé de leur maladie avec des complications¹⁶.

Les affections broncho-pulmonaires causent 11,6% des hospitalisations des personnes âgées avec une létalité qui s'élève à 17,3%. La mortalité intra hospitalière due à la tuberculose est très élevée chez les personnes âgées (38,6%)¹⁷. A noter qu'en 2016, les Centres de Diagnostic et de Traitement ont pris en charge 2457 cas de tuberculose pulmonaire chez les personnes âgées de plus de 55ans, dont 73% sont des hommes.

Les maladies cardio-vasculaires, respiratoires, digestives, les cancers ainsi que les traumatismes constituent les premiers motifs d'hospitalisation des personnes âgées au niveau du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana (CHUJRB) et du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHUJRA) en 2016.

¹⁵ [Ministère de la Santé Publique, Organisation Mondiale de la Santé. Profil sanitaire des personnes âgées à Madagascar, 2014].

¹⁶ [Ministère de la Santé Publique, Organisation Mondiale de la Santé. Profil sanitaire des personnes âgées à Madagascar, 2014]

¹⁷ [Ministère de la Santé Publique, Organisation Mondiale de la Santé. Profil sanitaire des personnes âgées à Madagascar, 2014].

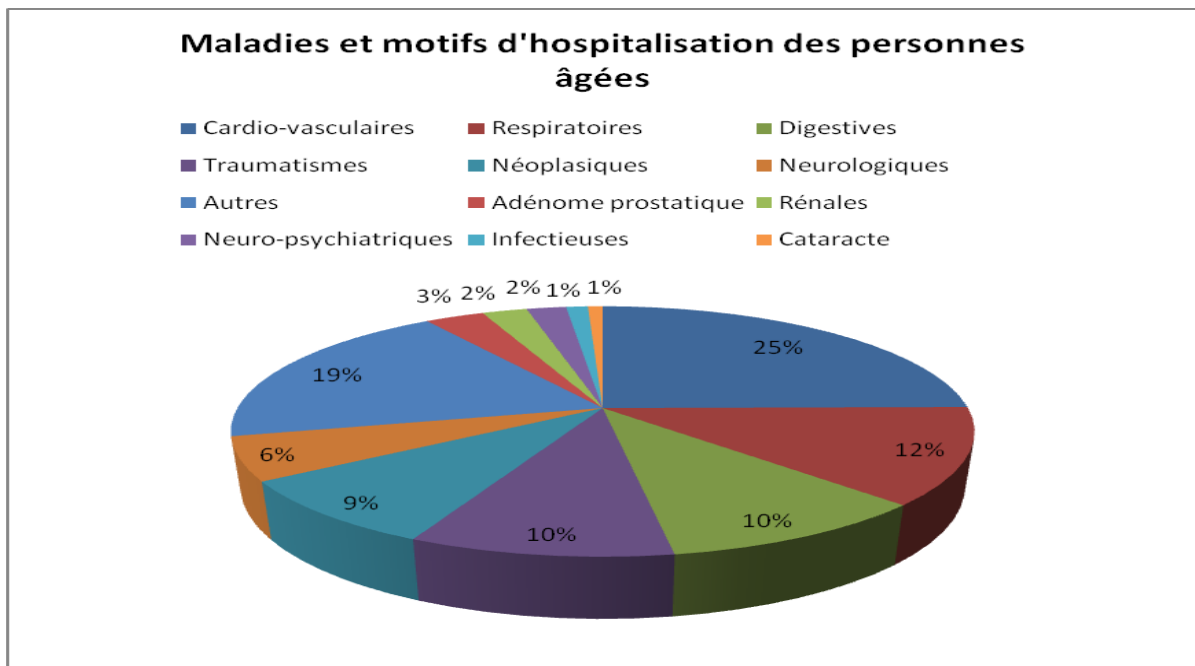


Figure 6 : Principaux motifs et maladies justifiant l’hospitalisation des personnes âgées (n= 2473) Source: CHUJRB et CHUJRA, 2016

Ces trois dernières années, il est noté un taux d’accroissement de 16% par an des cas de cancers enregistrés chez les personnes âgées [Service oncologie, CHUJRA].

En 2016, les cancers retrouvés le plus souvent chez la femme âgée sont, par ordre de fréquence, ceux du col de l’utérus, du sein, du colon et du poumon.

Chez l’homme, les cancers les plus fréquents sont ceux du colon, du poumon et de la prostate. A noter que sur l’ensemble des cas, tous âges confondus, le cancer du sein reste le premier cancer diagnostiqué, avec un âge moyen de découverte à 46 ans.

Les troubles mentaux et neurologiques affectent souvent les personnes âgées. Les plus fréquemment rencontrés sont représentés sur la figure 7. La dépression et l’anxiété viennent en tête (37% des cas). Les personnes âgées représentent 14% des cas hospitalisés dans le service de neuropsychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana (CHUJRB) en 2016.

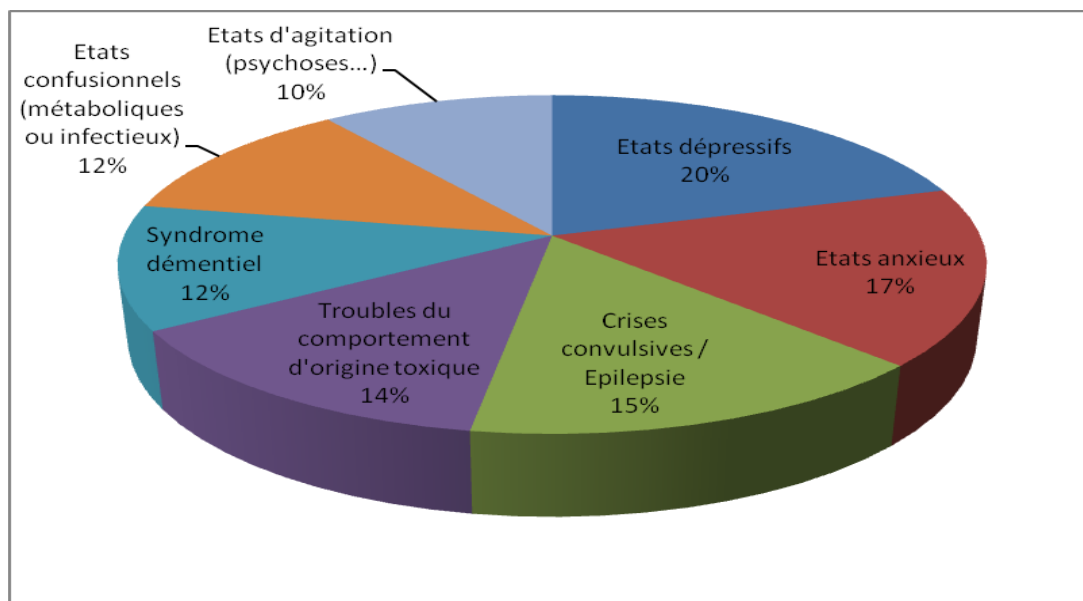


Figure 7 : Principaux troubles mentaux et neurologiques présentés par les personnes âgées hospitalisés en 2016 (n=59)

Source: Service de neuropsychiatrie, CHUJRB, 2016

c) Principales déficiences et incapacités retrouvées chez les personnes âgées

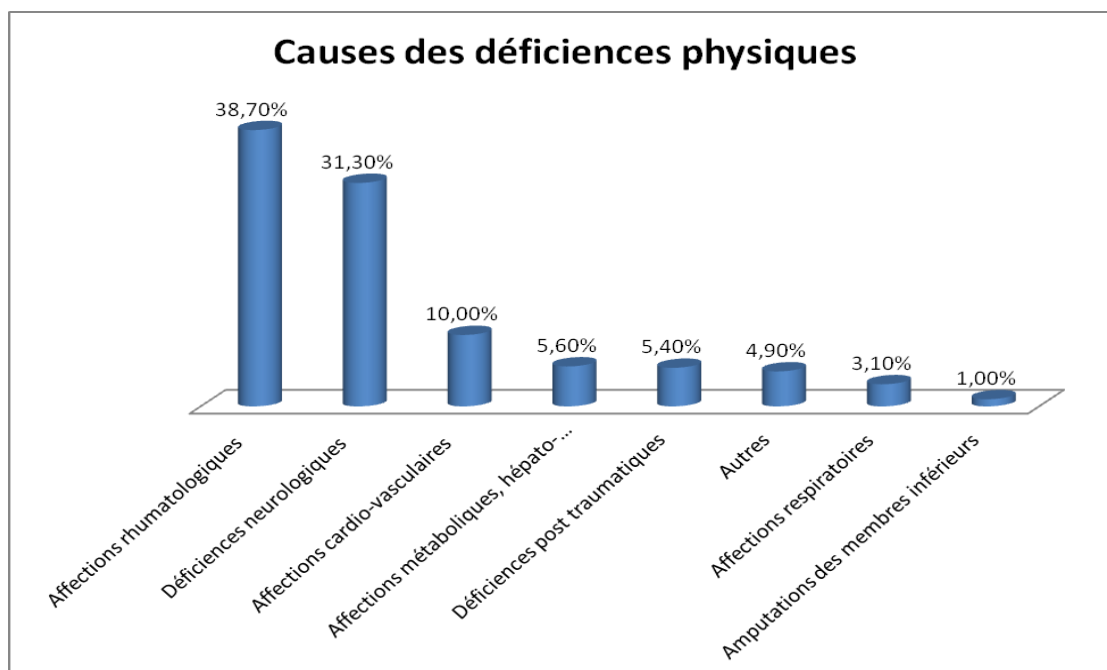


Figure 8 : Causes des déficiences physiques chez les personnes âgées (n=1653)

Source : Centres et services de Réadaptation Fonctionnelle nationaux et régionaux, 2016

Parmi les principales sources d'incapacité chez la personne âgée figurent:

- i) les affections rhumatologiques, dont l'arthrose dans 67,3% des cas et les affections neurologiques, dont l'hémiplégie dans 50,5% des cas. Ces affections constituent les premières causes de déficiences physiques et motrices ;
- ii) la déficience auditive pour laquelle 1843 personnes âgées ont consulté au niveau des CSB en 2016 ;
- iii) et la déficience visuelle. La même année, 2255 cas de déficience visuelle, 1222 suspicions de cataracte et 1333 suspicions de glaucome ont été répertoriés au niveau des CSB chez les personnes âgées.

Le taux de chirurgie de la cataracte (TCC) est malheureusement loin de l'objectif ciblé, 346,62 en 2016 (pour un TCC voulu de 2000 /an selon l'OMS).

III. SITUATION DES FACTEURS DÉTERMINANTS D'UN VIEILLISSEMENT ACTIF

La qualité de vie durant la vieillesse est déterminée par des facteurs propres à l'individu, des facteurs environnementaux et des facteurs économiques. La situation de ces déterminants à Madagascar est donnée ci-après.

III. 1. Facteurs personnels

3.1.1. *Facteurs génétiques*

L'influence des facteurs génétiques sur l'apparition d'affections chroniques telles que le diabète, les cardiopathies, la maladie d'Alzheimer et certains cancers, varie beaucoup d'un individu à l'autre. Souvent, les comportements liés au mode de vie peuvent, dans la pratique, modifier l'influence de l'hérédité sur le déclin fonctionnel et l'apparition de la maladie. Les recherches en la matière manquent encore à Madagascar.

3.1.2. *Facteurs comportementaux*

Le fait de conserver des comportements sains tout au long de la vie, en particulier d'avoir un régime équilibré, de pratiquer une activité physique régulière et de ne pas consommer du tabac, contribue à réduire le risque de maladies non transmissibles et à améliorer les capacités physiques et mentales.

La population Malagasy adopte encore de nombreux facteurs de risque comportementaux l'exposant aux MNT :

a) **Tabagisme**

Le risque de contracter au moins l'une des maladies non transmissibles associées au tabagisme augmente avec la durée de l'usage du tabac et la quantité de tabac fumée¹⁸.

A Madagascar, l'usage du tabac commence dès le jeune âge. Selon les résultats de l'enquête « Global Youth Tobacco Survey », un jeune de 13 à 15 ans sur cinq consomme du tabac¹⁹.

La prévalence du tabagisme est élevée au sein de la population adulte (25 à 64 ans), 19,6% pour l'usage du tabac à fumer, 25,7% pour celui du tabac à chiquer.²⁰

Le tabagisme est d'autant plus néfaste chez la personne âgée car il accélère la perte de densité osseuse et le déclin de la force musculaire et de la fonction respiratoire²¹.

¹⁸ [Organisation Mondiale de la Santé, *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation*, 2002.]

¹⁹ [Ministère de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé, *Centers for Disease Control and Prevention. Rapport Global Youth Tobacco Survey Madagascar, 2008*]

²⁰ [Ministère de la Santé. *Enquête sur les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles à Madagascar, selon l'approche STEPS de l'OMS, 2005*].

²¹ [Organisation Mondiale de la Santé, *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation*, 2002.]

b) Alcoolisme

La prévalence de l'alcoolisme retrouvée au sein de la population Malagasy adulte de 25 à 64 ans est élevée, de 31,7%²².

Ce constat est défavorable pour la santé des personnes âgées, car le processus de vieillissement accroît leur sensibilité à la malnutrition et aux maladies liées à l'alcool, notamment les maladies hépatiques, gastriques et pancréatiques.

Par ailleurs, les personnes âgées sont plus exposées aux chutes et traumatismes liés à la consommation d'alcool, ainsi qu'aux dangers potentiels associés au mélange alcool-médicaments²³.

c) Activité physique

D'une façon générale, la proportion de la population sédentaire à Madagascar reste encore relativement faible, de l'ordre de 22,2%²⁴. Pratiquer régulièrement une activité physique modérée et régulière peut retarder le déclin fonctionnel et réduire le risque de maladies chroniques, particulièrement les maladies cardio-vasculaires, les cancers coliques et le cancer du sein.

Les personnes âgées présentant des déficiences physiques, sensorielles ou mentales auront le plus de tendance à être inactives.

d) Nutrition et masse corporelle

En fait, en matière de nutrition, la population Malagasy est aujourd'hui confrontée à un double problème, l'alimentation déséquilibrée l'exposant aux MNT et la sous-nutrition.

i) Alimentation déséquilibrée et surcharge pondérale

Une alimentation déséquilibrée qui se définit comme étant un régime alimentaire hypercalorique riche en graisses animales, sel et sucres, mais pauvre en fruits et légumes, expose à l'obésité et engendre l'HTA, le diabète et les maladies coronariennes. A Madagascar, 72,6% de la population ne consomment pas les 5 portions de fruits et légumes recommandées quotidiennement²⁵.

L'excès pondéral concerne surtout les femmes vivant en milieu urbain où 12,9% d'entre elles sont en surpoids ou obèses contre seulement 4,8% en milieu rural²⁶. Conjugué à un mode de vie sédentaire, cet excès pondéral constitue un facteur de risque d'affections chroniques et d'incapacité de premier plan, surtout chez une personne qui aura été soumise à une alimentation déséquilibrée durant toute sa vie.

²²[Ministère de la Santé. *Enquête sur les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles à Madagascar, selon l'approche STEPS de l'OMS, 2005*]

²³[Organisation Mondiale de la Santé, *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation, 2002.*]

²⁴[Ministère de la Santé. *Enquête sur les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles à Madagascar, selon l'approche STEPS de l'OMS, 2005*]

²⁵[Ministère de la Santé. *Enquête sur les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles à Madagascar, selon l'approche STEPS de l'OMS, 2005*]

²⁶[INSTAT. *Enquête Démographique et de Santé, Madagascar, 2008-2009*]

ii) Sous-nutrition et insuffisance pondérale

La carence alimentaire quantitative affecte 76% de la population vivant surtout en milieu rural ou dans les ménages les plus pauvres²⁷.

La plupart des personnes âgées appartenant aux catégories socio-économiques défavorisées sont ainsi concernées de près. Avec la perte des dents et la survenue éventuelle d'une maladie, elles sont d'autant plus exposées à une dénutrition qui peut très vite altérer leur état général.

e) Soins bucco-dentaires

La santé bucco-dentaire est étroitement liée à l'alimentation et à une bonne hygiène de la bouche et des dents. A Madagascar, une forte prévalence des caries et parodontopathies, avoisinant les 80% est notée pour toutes les tranches d'âge²⁸.

Près de 3600 cas de caries dentaires chez les personnes âgées ont été accueillies au niveau des CSB en 2016. Cette mauvaise santé bucco-dentaire, qui se traduit également par la perte des dents, entraîne d'autres problèmes de santé généraux. Selon une enquête réalisée à Antananarivo, une personne âgée sur 10 a une perte totale des dents (10,5%)²⁹.

f) Inobservance thérapeutique et médicaments multiples

L'observance des traitements de longue durée, qui est en moyenne de 50 % dans les pays en développement³⁰, doit être encore plus faible à Madagascar. En effet, soit la personne âgée n'a tout simplement pas les moyens d'acheter les médicaments prescrits, soit elle peut ne pas adhérer totalement au traitement.

A l'inverse, les automédications ne sont pas rares, exposant la personne âgée aux risques liés aux associations médicamenteuses. Les polymédications peuvent également être à l'origine de pathologies iatrogènes ou majorer le risque de chutes.

Les comportements demeurent importants à un âge avancé. Des exercices visant à entretenir la masse musculaire et une bonne nutrition peuvent aider à préserver les fonctions cognitives, à retarder la dépendance pour les soins et à inverser le processus de fragilisation.

²⁷ [Institut National de la Statistique (INSTAT). *Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar (ENSOMD). Objectif : 01. Éliminer l'extrême pauvreté et la faim, 2012-2013*].

²⁸ [Enquête nationale IOSTM 2001-2002]

²⁹ [Ministère de la Santé Publique, Organisation Mondiale de la Santé. *Profil sanitaire des personnes âgées à Madagascar, 2014*]

³⁰ [Organisation Mondiale de la Santé, *Viellir en restant actif : Cadre d'orientation, 2002*.]

3.1.3. Facteurs psychologiques

La personnalité de la personne âgée, sa capacité à maîtriser sa vie et à s'adapter à des situations difficiles comme le deuil ou la maladie, ont une influence notable sur la manière dont elle fait face au vieillissement.

Souvent, la détérioration des fonctions cognitives est provoquée par la non utilisation, la maladie (la dépression par exemple), les facteurs comportementaux (comme l'usage d'alcool et de médicaments), le manque de confiance, et les facteurs sociaux (la solitude et l'isolement par exemple).

III.2. Facteurs environnementaux

L'environnement influence énormément l'adoption et le maintien de comportements sains.

Le vieillissement en bonne santé est fortement influencé par les déterminants sociaux de la santé, les groupes socio-économiquement défavorisés ont une santé moins bonne à un âge avancé et une espérance de vie plus courte.

3.2.1. Facteurs généraux

a) Facteurs culturels

L'organisation sociale à Madagascar accorde traditionnellement respect et obéissance aux aînés. À Madagascar, le « valimbabena » est le soutien matériel que les adultes doivent en retour à leurs ascendants âgés. Cependant, la dégradation importante des conditions de vie conduit aujourd'hui à une remise en question de cette forme d'entraide ancestrale.

Des études menées dans les zones rurales des Hauts-Plateaux ont montré que tant que les personnes âgées peuvent encore travailler et s'adonner aux activités, elles restent dans leurs propres ménages ; 17,8% des ménages sont dirigés par des personnes âgées de 60 ans et plus³¹ ; 11,9% d'après l'Enquête périodique auprès des ménages en 2010³². Un vieillissement actif ne peut donc que prolonger cette autonomie.

Lorsque leurs forces physiques ne leur permettent plus de travailler, les personnes âgées sont prises en charge par un de leurs enfants. Vivre à plusieurs générations sous un même toit était d'une grande valeur culturelle, mais qui commence à être difficile à maintenir, surtout en milieu urbain où les phénomènes de désengagement et d'exclusion sont de plus en plus fréquents. Les personnes âgées accueillies dans les foyers pour personnes âgées, vivaient seuls ou ont arrêté de travailler et se retrouvent démunies, parfois à la rue. La plupart d'entre elles sont tout simplement « placées » par leurs progénitures ou leurs familles qui, soit ne peuvent plus les prendre en charge, soit ne les supportent plus en raison de l'état de santé physique ou mental.

³¹ [Voahirana Tantely Annick ANDRIANANTOANDRO. *Solidarités familiales et rôles des personnes âgées dans l'organisation des activités en milieu rural malgache*. Centre de recherche pour le développement, France, Madagascar, 2011]

³² INSTAT. *Enquête périodique auprès des ménages en 2010*

b) Spécificités selon le sexe

Le niveau d'instruction des femmes âgées est globalement inférieur à celui des hommes âgés. En effet, la proportion de femmes âgées sans instruction (48,25%) est plus élevée que celle des hommes sans instruction (31,15%) ; 3% des femmes âgées seulement ont achevé un cycle primaire complet contre 5,9% chez les hommes. Les proportions de celles et ceux qui ont achevé un cycle secondaire (respectivement 0,65% et 1,25 %) et supérieur (respectivement 1,25% et 3,3%) sont très faibles³³.

D'une façon générale, les femmes ont moins d'opportunités à occuper un emploi rémunéré.

S'il existe déjà pratiquement deux fois plus d'hommes que de femmes parmi les agents de l'Etat (82 272 hommes / 46 505 femmes) [Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales. Contrôle physique des effectifs des agents de l'Etat en vue de l'opérationnalisation du logiciel SIGRHE et de l'apurement du fichier solde. Rapport final, Juillet 2009], après l'âge de la retraite, cet écart se creuse, les hommes sont sept fois plus nombreux que les femmes à bénéficier d'une pension³⁴.

3.2.2. Milieu physique et logement

La qualité des conditions de vie des ménages influe grandement sur la santé des individus.

Les conditions précaires de logement de la plupart des Malagasy exposent la majorité de la population, y compris les personnes âgées, aux risques de maladies diarrhéiques. Seuls 27,7 % de la population ont un accès à l'eau potable améliorée. Ce taux est plus élevé en milieu urbain (77,4 %) qu'en milieu rural (17,7 %)³⁵.

Les combustibles solides (bois, branchage, charbon de bois...) sont encore largement utilisés par la population pour la cuisson, avec un taux de plus de 96 %³⁶. Cette situation expose largement les personnes âgées aux fumées et à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations, particulièrement en milieu rural.

En milieu urbain, 88,2 % de la population vivent dans des taudis, posant un problème de sécurité d'occupation des logements. Par ailleurs, il y règne un surpeuplement où presque 69,2 % de la population sont soumises à une promiscuité dans les habitations³⁷.

³³ [INSTAT. *Enquête Démographique et de Santé, Madagascar, 2008-2009*].

³⁴ [Ministère des Finances et du Budget, *Direction Technique de la Législation et des Etudes, 2016*].

³⁵ [Enquête nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar, Objectif 07, 2012-2013].

³⁶ [Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar, Objectif 07, 2012-2013]

³⁷ [Institut National de la Statistique. *Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar, Objectif 07, 2012-2013*]

3.2.3. Services de santé

a) **La promotion de la santé et la prévention des maladies**

Les activités promotionnelles et préventives n'ont jusqu'ici considéré, ni le concept de vieillissement, ni les personnes âgées en elles-mêmes. L'intégration des activités de prévention des facteurs de risque des maladies non transmissibles parmi les activités traditionnellement dispensées dans les formations sanitaires est difficilement mise en œuvre. La prévention secondaire des affections et maladies communément rencontrées chez les personnes âgées est insuffisante.

b) **Les services curatifs**

La disponibilité de soins adaptés aux personnes âgées et de médicaments spécifiques au niveau des formations sanitaires de base n'est pas évidente. Le référencement des personnes âgées vers le niveau supérieur se heurte à de multiples contraintes d'ordre socio-économique. Au niveau tertiaire, les personnes âgées sont prises en charge au même titre que la population générale, les services de gériatrie sont encore inexistant.

La Politique nationale de santé oculaire, mise en œuvre depuis une dizaine d'années avec l'appui de différents partenaires, a permis de lutter contre la déficience visuelle chez les personnes âgées. Néanmoins, le taux de chirurgie de la cataracte, de 346,62 en 2016, reste inférieur à la cible (2000 /an selon l'OMS), et ce, en raison notamment de l'insuffisance du dépistage.

c) **Les services de santé mentale**

Les services de psychiatrie n'existent qu'au niveau des grandes villes. Afin d'élargir la disponibilité des soins de santé mentale, le Ministère de la Santé Publique, en partenariat avec l'ONG Reggio Terzo Mondo, a commencé à mettre en œuvre depuis quelques années le programme d'action mhGAP de l'OMS ou « Combler les lacunes en santé mentale ». Ainsi, grâce à la formation de référents locaux et la mise en place de réseaux communautaires pour la santé mentale, la prévention et la réadaptation neuropsychiatrique, un peu plus de 6 000 individus souffrant de troubles mentaux ou neurologiques sont pris en charge au niveau des 4 Districts de la Région d'Amoron'i Mania et de 3 districts de la Région Vatovavy Fitovinany. Cette approche mérite d'être développée et pérennisée pour répondre aux besoins de la population, en particulier des personnes âgées, en soins de santé mentale de proximité.

d) **Les soins de longue durée**

Les services de soins de longue durée n'existent pas encore à Madagascar.

e) **L'accès aux médicaments**

L'accès des personnes âgées aux médicaments reste difficile en raison de l'insuffisance de revenu et de protection sociale. La plupart d'entre elles s'adonnent ainsi aux automédications traditionnelles.

3.2.4. Environnement social et services sociaux

Des initiatives parcellaires existent à différents niveaux pour offrir des services sociaux aux personnes âgées, mais ceux-ci sont loin de répondre aux besoins réels.

a) Au niveau de l'Etat

Le Ministère en charge de la Population et de la Protection Sociale dispose d'un Service dédié aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Une quarantaine de centres de rencontre et de loisirs destinés aux personnes âgées ont été érigés et sont répartis sur une vingtaine de Régions. Quelques uns d'entre eux ont pu se doter de Clubs Amis des Personnes Agées (CAPA) composés essentiellement de médecins du secteur public et du secteur privé (Ambositra, Marovoay, Manjakandriana, Ambatolampy). Un contrat « objectifs/moyens » lie le Département Ministériel et chaque club qui reçoit un kit de matériels médicaux (tensiomètre, stéthoscope, pèse-personne, thermomètre, glucomètre avec bandelettes, gilet), et a comme obligation de consulter gratuitement et périodiquement les personnes âgées. La dotation en médicaments fait partie du projet, mais n'a été que ponctuelle jusqu'ici.

Par ailleurs, ce même Département Ministériel a mis à la disposition des personnes âgées des cartes vertes destinées à leur faire jouir de privilèges divers et variés. Malheureusement, cette disposition n'a aucune force exécutoire car n'est accompagnée d'aucun texte juridique officiel. Les privilèges consentis sont donc très disparates selon les localités, font l'objet de conventions ou pas, et concernent la réduction du coût des transports sur certains parcours, la réduction sur l'achat de médicaments dans les pharmacies, l'octroi de repas. La distribution de cartes vertes a été suspendue depuis quelques années.

b) Au niveau de la société civile

Le mouvement associatif pour la protection des droits des personnes âgées existe depuis 2005. Le « Firaisamben'ny Zokiolona eto Madagasikara » (FIZOMA) ou Fédération du Troisième Âge à Madagascar, est devenue une ONG à vocation nationale en 2011 ; il regroupe actuellement 154 associations et compte plus de 11 000 membres dont 3 600 recensés sur Analamanga. Les associations d'Antananarivo et environ sont très actives à travers des réunions hebdomadaires, des rencontres annuelles, diverses activités de promotion de la santé, ou des activités culturelles, agricoles, artisanales, parfois génératrices de revenus. Malgré leur grand désir de gagner en notoriété pour la défense de leurs droits, le FIZOMA est limité par le manque d'appui institutionnel, l'insuffisance de ressources financières, le manque de crédibilité. Il éprouve ainsi des difficultés à jouer pleinement son rôle de fédérateur dans l'appui aux associations régionales et par le fait que les membres n'ont plus le dynamisme qu'ils pouvaient avoir quand ils étaient plus jeunes.

c) Au niveau des structures privées et confessionnelles

Les hospices et foyers d'accueil pour personnes âgées existent essentiellement en milieu urbain et sont insuffisants pour répondre aux demandes de plus en plus croissantes. Certains offrent gratuitement aux personnes âgées démunies un lieu de vie comme «Akamasoa» ou le « Foyer de Vie » à Antanimora. Tous deux disposent d'un Centre de Santé de Base privé facilitant la prise en charge médicale de leurs pensionnaires âgés. D'autres sont payants comme le « Centre Olombaovao Hospice et Orphelinat » fondé en 1950 ou «Karibo». Certains assurent un accueil de jour et offrent le déjeuner, à l'instar du « Foyer de Cœur ».

Des associations et groupements divers d'ordre professionnel, confessionnel ou autres (inspecteurs des douanes, journalistes, «Dorkasy», etc....) manifestent de façon ponctuelle leur solidarité aux personnes âgées, à l'occasion des fêtes nationales ou de fin d'année, sous forme de repas ou de produits de première nécessité habituellement.

d) Violence et maltraitance

La maltraitance des aînés peut notamment se traduire par des agressions physiques, sexuelles, psychologiques ou pécuniaires. Elle englobe les aspects sociétaux tels que la négligence (exclusion sociale et abandon), la violation des droits et la privation de choix, de décisions ou de finances. La maltraitance des personnes âgées, cause importante de traumatismes, de maladie, de perte de productivité, d'isolement et de désespoir, est encore mal documentée à Madagascar.

En 2016, 275 cas de violence ont été répertoriés chez les personnes âgées au niveau des CSB.

De nombreux cas de violences verbales ont été enregistrés lors des écoutes effectuées au niveau des 4 centres de santé de la CUA.

Certaines formes de maltraitance commencent également à être mises en évidence, comme l'exclusion ou l'abandon, surtout en milieu urbain. Les victimes constituent les pensionnaires des différents foyers d'accueil.

3.2.5. Appareillages et aides techniques

Les appareillages en général ne sont pas toujours accessibles aux personnes âgées en raison de leur coût. C'est ainsi que les prothèses dentaires ou les appareillages des membres, les cannes et fauteuils roulants pour les personnes âgées physiquement déficientes, sont pratiquement hors de portée de la plupart des bourses.

Il en est de même pour les lunettes correctrices qui sont encore jugées chères par les personnes âgées, au prix de 30 000 Ariary à 50 000 Ariary, en dépit d'une réduction de 10% qui leur est accordée.

Par contre, les personnes âgées sourdes ont pu bénéficier de prothèses auditives gratuites depuis 2011, grâce à l'appui de la Fondation Starkey pour l'audition (Starkey Hearing Foundation). Les régions d'Analamanga, Vakinankaratra et Alaotra Mangoro en étaient les bénéficiaires jusqu'ici.

III.3. Facteurs économiques

III.3.1. Protection sociale

Les politiques sociales de soutien à la vieillesse se limitent encore aux pensions de retraite dont les seuls bénéficiaires sont les agents de l'Etat et les employés du secteur privé affiliés à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale. Ceci ne concerne en fait qu'une minorité de personnes âgées, estimée à environ 9%, soit 74 064 individus retraités de la fonction publique. La majeure partie des personnes âgées ne bénéficie donc d'aucune forme de sécurité sociale.

Après l'élaboration d'un projet de Loi portant protection des droits des personnes âgées, mais qui n'a pu être promulgué durant la période de transition, le Ministère en charge de la Population s'est penché sur l'élaboration d'un document de Politique Nationale de Protection Sociale. Validé en 2015, celui-ci reconnaît les personnes âgées comme une population vulnérable. Il prévoit notamment la «Protection et la promotion des droits des personnes âgées», ainsi que l'«Amélioration de l'accès des personnes âgées extrêmement pauvres aux services sociaux de base». Les textes d'application sont en instance.

La Commune Urbaine d'Antananarivo (CUA) a mis en place depuis 2009, un système de couverture sanitaire à travers la distribution d'une «carte orange» aux personnes âgées démunies. Au total, 4199 «cartes oranges» ont été distribuées depuis, en collaboration avec les associations locales. Les détenteurs de la carte bénéficient de prestations gratuites (consultation, soins, écoute) et de médicaments essentiels dans ses 4 CSB privés implantés à Namontana, Isotry, Andravoahangy et Volosarika (Ambanidia) où 1110 personnes âgées ont été consultées en 2016. Les investigations complémentaires ne sont pas prises en charge et l'absence d'ambulance pose parfois un problème en cas de référencement en urgence.

Au niveau du Ministère de la Santé Publique, la Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (CSU) a également été adoptée en 2015. Celle-ci vise notamment à ce que la population, particulièrement celle la plus défavorisée, ait accès à des services de santé de qualité, en évitant de déplacer l'individu et sa famille dans une situation financièrement difficile.

Actuellement, une caisse de solidarité pour la Santé est fonctionnelle à Andranofeno Sud, Ankazobe, 79% de la population y ont adhéré dont 1,29% seulement sont des personnes âgées.

Par ailleurs, le dispositif de prépaiement des services de santé est implanté au niveau de 3 régions : Amoron'i Mania, Atsinanana et Vakinankaratra.

III.3.2. Revenus

Les personnes âgées disposant d'un revenu stable à travers la pension de retraite, évaluée en moyenne à 357 954 Ariary par mois pour les agents de l'Etat ³⁸ont plus facilement accès aux soins et peuvent prétendre à un remboursement de leurs frais médicaux.

Plus de 1/3 de ces agents pensionnés de l'Etat résident dans la capitale et ses environs.

³⁸ [Ministère des Finances et du Budget, Direction Technique de la Législation et des Etudes,]

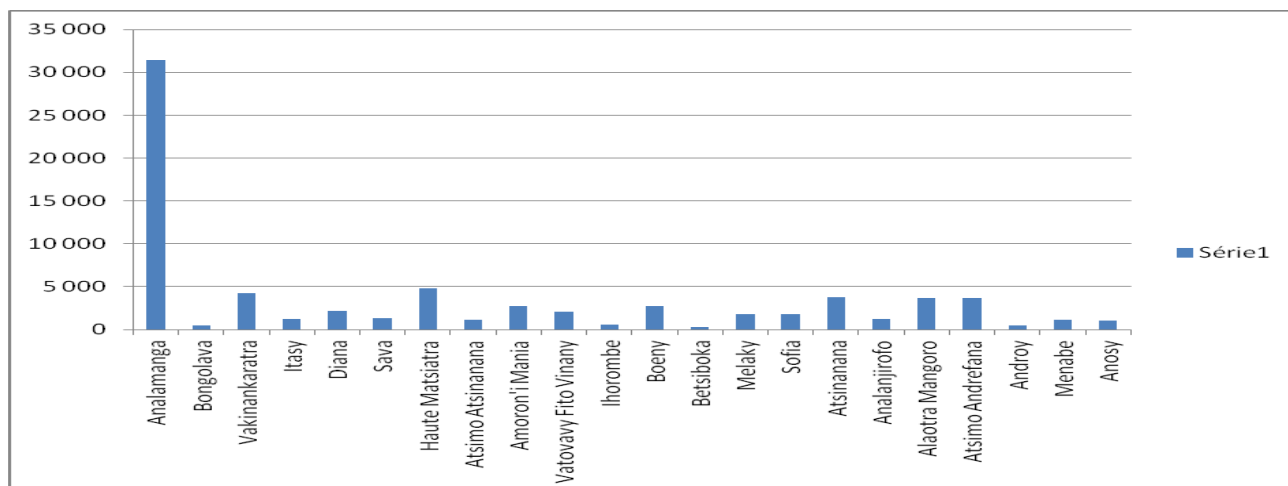


Figure 9 : Répartition par Région des agents pensionnés de l'Etat en 2016 (n=74 064)

Source: Direction Technique de la Législation et des Etudes, MFB.

Ainsi, la majeure partie des personnes âgées est quasiment démunie, même quand elles restent actives, si l'on en juge le niveau moyen du revenu mensuel dans l'agriculture qui n'est que de 81 000 Ar³⁹. Cette pauvreté flagrante rend les personnes vulnérables plus exposées aux risques de maladie et d'incapacité.

Travail :

Les personnes âgées à Madagascar restent le plus longtemps possible économiquement actives. En effet, jusqu'à 70 ans, plus de 60% d'entre elles continuent de travailler. L'incapacité physique due à la vieillesse et les handicaps représentent 10% des motifs d'inactivité⁴⁰.

Dans certains milieux ruraux, la migration des adultes et des jeunes favorise l'émergence d'une autre forme de solidarité intergénérationnelle entre parents âgés et migrants. Soutenus financièrement par ces derniers, les personnes âgées restant au village assurent l'exploitation des terres, l'entretien du patrimoine et le maintien du prestige social de la famille. Cet exemple met en exergue le rôle important que les personnes âgées sont parfois amenées à jouer et l'intérêt que les communautés ont à ce qu'elles restent actives⁴¹.

Par ailleurs, les personnes âgées, particulièrement les femmes, fournissent souvent un travail non rémunéré au sein du foyer, en contribuant aux activités domestiques et à l'éducation des enfants.

³⁹[Institut National de la Statistique. Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar, Objectif 01, 2012-2013]

⁴⁰[Institut National de la Statistique. Enquête périodique auprès des ménages, 2010].

⁴¹[Rakotonarivo Andonirina. La solidarité intergénérationnelle en milieu rural malgache. Le rôle des personnes âgées dans la migration. Autre part, 1/2010 (n° 53), p. 111-130]

IV. ENJEUX ET DÉFIS

IV.1. Enjeux

Il a été constaté qu'il existe bel et bien un accroissement rapide du vieillissement de la population à Madagascar comme partout dans le monde, confirmant la mutation démographique qui est en train de se produire et qui doit retenir l'attention.

Au total, l'analyse situationnelle a mis en exergue des enjeux et défis qui ont trait non seulement à la personne âgée elle-même, mais également aux déterminants de la santé.

En effet, la situation des facteurs déterminants du vieillissement actif a fait état de problèmes dans tous les domaines, qu'il s'agisse des facteurs personnels (comportementaux et psychologiques), environnementaux (physiques, sanitaires, sociaux) ou économiques (revenus et protection sociale). Deux enjeux majeurs ont ainsi été identifiés afin que les personnes âgées soient en bonne santé et actives le plus longtemps possible :

- *la santé et le mieux-être des personnes âgées à Madagascar dépendront de la considération de leur problématique et de leurs droits dans un environnement plus favorable au vieillissement actif.*
- *le système de santé doit faire face à la complexité des défis liés à la santé des personnes âgées.*

Il est ressorti que cette population vieillissante reste productive, mais qu'elle n'échappe pas aux problèmes de santé généralement associés au vieillissement. Elle est par ailleurs exposée aux maladies épidémiques, surtout aux infections digestives et respiratoires, aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et aux incapacités auditives, visuelles et motrices.

Vivre vieux, mais vieillir mieux est donc le principal enjeu à considérer dans un système de santé qui doit faire face à la charge croissante due aux maladies chroniques et aux incapacités, et qui jusqu'ici répondait insuffisamment aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Face aux enjeux identifiés, plusieurs défis sont à relever, mais qui tiendront également compte des opportunités qui existent tant au plan national qu'international.

IV.2. Défis

IV.2.1. Défis relatifs à l'amélioration de l'environnement pour permettre un vieillissement actif

a. Obtenir une volonté et un engagement politique plus marqués est essentiel.

En effet, Il n'existe pas encore de loi, ni de textes sur les droits des personnes âgées malgré l'adoption de la Politique Nationale de Protection Sociale. Madagascar n'a pas encore ratifié le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des personnes âgées bien qu'ayant signé la Déclaration politique et le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement en 2002.

Même si les divers documents de Politique énoncent tous les principes d'équité et de solidarité en faveur des populations vulnérables, aucune mesure spécifique ne concerne les personnes âgées.

Les différentes parties prenantes mènent des actions de façon isolée, non coordonnées, sans pérennisation ni impact palpable sur la population âgée. Des initiatives en faveur des personnes âgées existent mais sont ponctuelles, les partenaires ne sont pas mobilisés.

Opportunités :

- L'existence au sein de la Société Civile d' Organisations Non Gouvernementales œuvrant en faveur des personnes âgées est un atout pour accompagner les actions de plaidoyer en vue de l'adoption d'un projet de loi déjà élaboré. L'engagement du Ministère en charge de la Santé Publique peut être un levier pour accélérer l'adoption de textes d'application sur les droits des personnes âgées.
- Le défi majeur sera de pouvoir appliquer assez rapidement l'orientation stratégique 6 de la Couverture Santé Universelle (CSU) qui prévoit de « Faire accéder la population en extrême pauvreté à un socle de protection sociale et de santé ». Le document stratégique fait référence à la définition émise par l'INSTAT/ENSOMD 2012-2013 pour définir la population en extrême pauvreté, à savoir celle vivant avec un revenu inférieur au seuil national de 374 941 Ar par personne par an.

Le dispositif de la CSU prévoit en effet la création d'un organisme d'assurance-santé dénommé Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé (CNSS) et d'un fonds dédié. Les personnes vulnérables seraient assurés par affiliation, c'est-à-dire que l'Etat ou un Partenaire Technique et Financier prendrait en charge les cotisations d'assurance santé de ces personnes démunies.

- Par ailleurs, Madagascar a ratifié La Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH) et dispose d'un Plan National d'Inclusion du Handicap dont la mise en œuvre devrait jouer en faveur des personnes âgées.

b. La capacité de générer et de disposer de données fiables sur les personnes âgées et le vieillissement est capitale.

Les données statistiques et les différents rapports nationaux n'ont pratiquement pas fait état des personnes âgées. Les données sur les personnes âgées ne sont pas mises en exergue dans les rapports mensuels des hôpitaux.

Les recherches sur le vieillissement sont encore rares, pourtant celles-ci permettraient de trouver des solutions basées sur l'évidence, pour faire face aux défis de santé que présente la complexité de l'état de santé des personnes âgées.

Opportunité :

Les multiples thèses de fin d'études devraient être mises à profit pour effectuer des recherches opérationnelles sur la santé des personnes âgées.

c. Obtenir un changement de comportement de la population pour un impact positif sur la santé et le mieux être est un défi primordial.

i) Changer les mentalités et les attitudes négatives de la société à l'égard du vieillissement et des personnes âgées lesquelles doivent dorénavant être considérées comme des membres actifs contribuant à la société, est un défi à relever.

En effet, l'environnement familial et communautaire, associatif ou non, constitue un déterminant majeur pour assurer un mieux être, surtout au moment de la vieillesse, face à la tendance à la diminution du soutien familial.

ii) La santé et le mieux être de la population au cours de la trajectoire du vieillissement sont également des défis à relever.

Les conditions précaires dans lesquelles vit la majorité de la population, souvent malnutrie, ayant un faible accès à l'eau potable améliorée, expliquent sa vulnérabilité aux maladies diarrhéiques et autres maladies infectieuses quel que soit l'âge. Le faible niveau d'éducation de la population concourt à l'insuffisance d'hygiène (corporelle, bucco-dentaire, etc...) et l'adoption de comportements parfois nocifs pour la santé.

La pollution domestique ou atmosphérique, le comportement adopté par la population en général, avec une forte prévalence du tabagisme dès l'adolescence, de l'alcoolisme, d'une alimentation déséquilibrée, exposent assez tôt les individus aux maladies chroniques non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, affections respiratoires chroniques, cancers...).

Les causes de traumatismes sont nombreuses tant en milieu urbain qu'en milieu rural dans un environnement mal sécurisé.

La prévention des maladies et les actions de promotion de santé sont donc à renforcer et doivent considérer la trajectoire de vie comme déterminant d'un vieillissement actif et satisfaisant.

Opportunités :

- La mise en œuvre de la Politique Nationale de Promotion de la Santé, qui compte promouvoir une approche intersectorielle et faire intégrer le volet Santé dans toutes les politiques, devrait faciliter l'engagement multisectoriel.
- La journée internationale des personnes âgées, et celle de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, célébrées respectivement le 1er octobre et le 15 juin, sont à saisir pour renforcer les actions de sensibilisation de la population.

IV.2.2. Défis relatifs à l'amélioration de la santé et du mieux-être des personnes âgées elles-mêmes

Mieux vivre vieux pose des défis complexes et nombreux en raison du risque accru de maladies chroniques, d'incapacités et de pertes cognitives. Ces défis sont :

a. La capacité de mettre en place ou de renforcer des interventions ciblées pour répondre aux besoins spécifiques en santé d'une population vieillissante.

L'analyse de situation a mis en exergue des affections plus fréquentes que d'autres et qui nécessitent plus d'actions de prévention, de dépistage et de traitement précoce, comme:

- l'HTA et la cataracte, car hautement pourvoyeuses d'incapacité ;
- la dépression, car synonyme de mauvaise qualité de vie et à fort risque de suicide si elle est négligée et non traitée. Rappelons que 31 cas de suicide ont été répertoriés au niveau des CSB en 2016 chez les personnes âgées ;
- le cancer du sein qui reste le premier cancer diagnostiqué sur l'ensemble des cas ;
- les affections respiratoires, d'origines infectieuses ou chroniques. La grippe, qui concernait 4,3% des nouveaux cas consultés au niveau des CSB en 2016, constitue un élément important de décompensation cardiaque chez la personne âgée et qu'il faudrait endiguer ;
- les maladies hépatiques dont celles causées par les infections virales, doivent faire l'objet d'une prévention bien avant l'âge de la vieillesse.

Par ailleurs, le personnel soignant n'est pas encore sensibilisé sur l'importance des syndromes gériatriques qui résultent de facteurs multiples et mettent en jeu l'indépendance fonctionnelle de la personne âgée quand ils ne sont pas considérés.

Opportunité :

Tous les programmes de santé devraient cibler les personnes âgées dans leur mise en œuvre, en mettant l'accent sur les priorités relevées dans l'analyse de situation.

b. Une meilleure réponse du système de santé à la complexité de l'état de santé des personnes âgées.

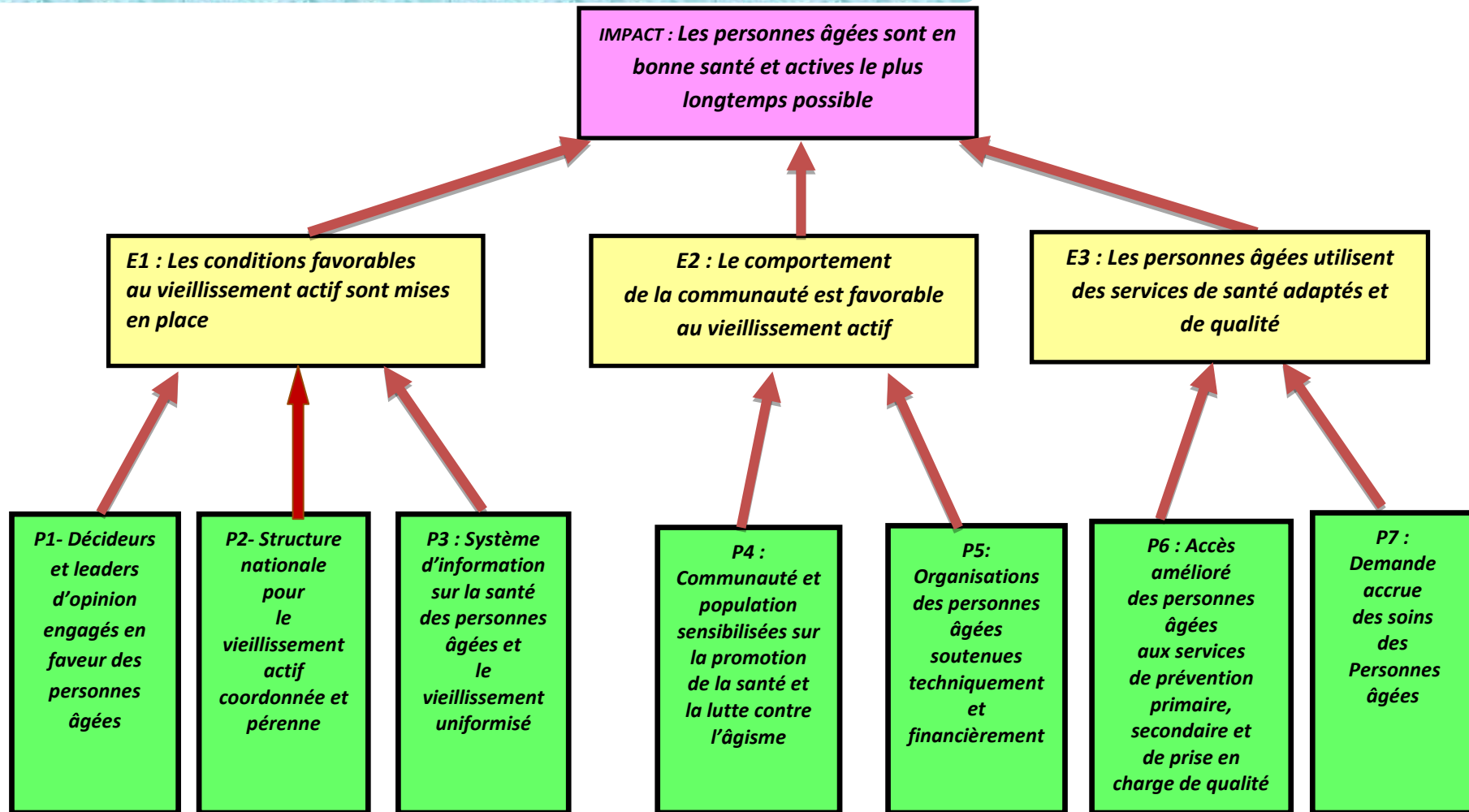
L'insuffisance de prise en charge des personnes âgées résulte :

- d'une insuffisance de ressources humaines formées ou spécialisées en gériatrie, ou dans le domaine psychosocial ;
- d'une insuffisance d'intrants, de matériels, d'équipements et d'aides techniques pour la prise en charge des personnes âgées ;
- d'une accessibilité limitée des personnes âgées aux soins. En effet, la majorité des personnes âgées sont démunies, sans revenu :
 - ✓ les Fonds d'Équité et la CSU ne ciblent pas expressément les personnes âgées, et les quelques initiatives de protection sociale à travers l'utilisation des cartes vertes ou orange sont aléatoires ;
 - ✓ il n'existe pas d'accueil spécifique pour les personnes âgées au niveau des CSB. Et même si des structures d'accueil et quelques structures privées les prennent en charge spécifiquement, celles-ci sont en nombre insuffisant et n'ont qu'une couverture limitée pour pouvoir répondre à tous les besoins. Il n'existe pas de services de gériatrie ;
 - ✓ les services de rééducation fonctionnelle sont encore insuffisants pour répondre de façon satisfaisante aux besoins d'une population à fort risque d'incapacité physique ;
- d'une insuffisance de mesures d'accompagnement dans la prise en charge des personnes âgées, comme l'atteste l'absence :
 - ✓ de soins de proximité nécessaires à des personnes aux capacités de déplacement limitées physiquement et financièrement ;
 - ✓ d'un système de référencement plus adapté, face aux besoins d'une population nécessitant une prise en charge à composantes multiples ;
 - ✓ de structuration et de coordination de l'offre de services pour les personnes âgées ;
 - ✓ de soins de santé au long cours.

Opportunités :

- L'existence d'institutions de formation de travailleurs sociaux soit dans le privé, soit à l'Université d'Antananarivo constitue une opportunité à saisir. Elle offre la possibilité d'offrir une meilleure prise en charge aux personnes âgées à travers une approche médico-sociale.
- La Politique Nationale de Santé Communautaire peut également être mise à profit. Elle vise entre autres, à «optimiser l'utilisation des prestations prioritaires de santé au niveau de la communauté en faveur des activités promotionnelles, préventives, curatives et de réadaptation».

V. CHAINE DE RESULTATS



VI. CADRE LOGIQUE DU PLAN

<i>Niveau</i>	<i>Résultats</i>	<i>Indicateurs (traceurs de résultats)</i>	<i>Baseline</i>	<i>Cible</i>	<i>Moyens de vérification</i>	<i>Risques et hypothèses</i>
Impact	Les personnes âgées sont en bonne santé et actives le plus longtemps possible	Esperance de vie	-64 ans pour les hommes -67 ans pour les femmes	-69 ans pour les hommes -72 ans pour les femmes	EDS	
Effet 1	Les conditions favorables au vieillissement actif sont mises en place	Proportion de textes sur les droits des personnes âgées appliqués par rapport à ceux adoptés	Absence de loi sur les droits des personnes âgées	Disponibilité de textes d'application d'une loi sur les droits des personnes âgées	JORM	<ul style="list-style-type: none"> - Changements itératifs des staffs ministériels - Insuffisance de ressources budgétaires et humaines - Instabilité sociopolitique - Insécurité - Aléas climatiques
Effet 2	Le comportement de la communauté est favorable au vieillissement actif	Proportion de personnes de plus de 45 ans présentant plus de 3 facteurs de risque de MNT	19,5%	15%	Enquête STEPS	Instabilité politique et socio-économique
		Proportion de personnes âgées occupant un emploi rémunéré ou participant bénévolement à une activité citoyenne	ND	50%	Associations locales	

<i>Niveau</i>	<i>Résultats</i>	<i>Indicateurs (traceurs de résultats)</i>	<i>Baseline</i>	<i>Cible</i>	<i>Moyens de vérification</i>	<i>Risques et hypothèses</i>
Effet 3	Les personnes âgées utilisent des services de santé adaptés et de qualité	Taux d'utilisation des services de gériatrie (CHRR et CHU) (CE et Hospitalisation)	0	10%	-Rapports d'activité -Registres des CHRR & CHU	- Insécurité - Mobilité /affectation des agents formés - Insuffisance de postes budgétaires - Insuffisance de motivation des agents communautaires
		Taux de Chirurgie de la Cataracte	350/million d'habitant/an	2000/million d'habitant/an		
		Taux d'adhésion des personnes âgées aux systèmes de prépaiement dans les districts cibles.	ND	15%	SDSP	

VII. STRATÉGIES

Les axes stratégiques de ce PSNSPA s'appuient sur la Politique Nationale de Santé qui vient d'être réactualisée et qui a pour but de garantir le bien-être de la population malagasy à travers l'offre de services de santé de qualité et accessibles pour tous et par tous, basé sur le principe d'équité, de qualité, de globalité et de l'universalité afin d'assurer une vie meilleure et productive.

Par ailleurs, les objectifs de ce PSNSPA rejoignent ceux de la Politique Nationale de Lutte Intégrée contre les MNT et la prévention du handicap en vue de la réduction significative de la mortalité liées aux MNT, la morbidité, l'incapacité ainsi que le niveau d'exposition aux facteurs de risque pour la santé.

Axe stratégique 1: Mise en place de conditions favorables au vieillissement actif

Il a été prouvé que si des mesures appropriées sont en place pour garantir des soins de santé, un revenu régulier, des réseaux sociaux et une protection juridique, les générations présentes et futures pourront recueillir un dividende de la longévité (Ageing Helpage UNFPA).

Produit 1- Décideurs et leaders d'opinion engagés en faveur des personnes âgées

Intervention prioritaire 1 : Plaidoyer pour la ratification des conventions et protocoles internationaux, ainsi que l'adoption de textes relatifs aux droits des personnes âgées.

Intervention prioritaire 2 : Vulgarisation et application des textes relatifs au vieillissement actif.

Intervention prioritaire 3 : Plaidoyer pour la mobilisation et l'accroissement des ressources en faveur des plans d'action pour le vieillissement actif.

Produit 2- Structure nationale pour le vieillissement actif coordonnée et pérenne

Intervention prioritaire 4 : Mise en place d'une plateforme de réflexion et d'action pour le vieillissement actif

Intervention prioritaire 5 : Plaidoyer pour l'intégration de la problématique des personnes âgées dans les programmes nationaux de développement à tous les niveaux.

Intervention prioritaire 6 : Développement du partenariat public et privé multisectoriel en faveur des personnes âgées.

Intervention prioritaire 7 : Renforcement de la coordination des interventions des parties prenantes et des actions multisectorielles pour le vieillissement actif

Intervention Prioritaire 8 : Renforcement de la couverture médicale pour les personnes âgées afin de faciliter l'accessibilité des soins, à travers des stratégies d'aide sociale structurées ou informelles (Fond d'Equité, cartes vertes, cartes oranges, affiliation des personnes âgées à la Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé de la CSU, etc...).

Produit 3 : Système d'information sur la santé des personnes âgées et le vieillissement uniformisé

Intervention prioritaire 9 : Mise en place d'une base de données relative aux personnes âgées.

Intervention prioritaire 10: Promotion de la recherche sur les personnes âgées, le vieillissement et ses déterminants.

Créer des liens avec tous les acteurs concernés, de même qu'avec les autres organismes subventionnaires, programmes et plateformes de recherche, au pays comme à l'international afin de s'assurer que le vieillissement devienne une préoccupation pour tous les domaines de recherche.

Intervention prioritaire 11: Évaluation de la mise en œuvre des activités relatives à la santé des personnes âgées.

Axe stratégique 2 : Comportement de la communauté favorable au vieillissement actif

Il est possible de vivre plus longtemps en optimisant sa santé et son bien-être en adoptant des mesures fondées sur le parcours de vie et une approche globale. De la sorte, on peut optimiser la santé dans la longévité

Le fait d'encourager dès la jeunesse les habitudes saines en assurant les possibilités d'éducation et l'accès aux services de santé, constitue le meilleur investissement pour améliorer la vie des futures générations de personnes âgées. Il est faisable aussi de favoriser les attitudes positives de la communauté envers les personnes âgées.

Produit 4 : Communauté et population sensibilisées sur la promotion de la santé et la lutte contre l'âgisme

Intervention prioritaire 12 : Promotion de la santé et le bien être tout au long de la vie

Une approche portant sur tout le cycle de vie exige de reconnaître que les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies doivent viser à maintenir l'indépendance, à prévenir et à retarder l'apparition des maladies et des incapacités.

- De la conception à la vieillesse :
 - ✓ promouvoir l'hygiène bucco-dentaire.
- Prévention des facteurs de risque des MNT dès la petite enfance :
 - ✓ promouvoir l'activité physique, la lutte contre le tabagisme actif et passif, l'alcoolisme, et l'excès pondéral ;
 - ✓ promouvoir une alimentation saine et équilibrée.

- Préparation à la vieillesse :
 - ✓ sensibiliser les jeunes sur le vieillissement actif ;
 - ✓ encourager la préparation psychologique à partir de 45-50 ans ;
 - ✓ encourager la bonne observance des traitements ;
 - ✓ encourager la participation citoyenne et l'emploi rémunéré ou le bénévolat.

Intervention prioritaire 13 : Lutte contre l'âgisme (Valorisation du statut des personnes âgées au sein de la famille et de la société)

- Effectuer un plaidoyer pour l'intégration de cours sur le vieillissement et les personnes âgées dans les programmes scolaires du primaire et du secondaire.
- Sensibiliser le grand public à travers les médias et les journées internationales, au respect des personnes âgées et à la reconnaissance de leurs compétences, expérience, savoir-faire et savoir-être en tant qu'éléments clefs du développement social durable.
- Susciter des initiatives visant à promouvoir des échanges mutuels et féconds entre les générations, la solidarité, la complémentarité et l'harmonie intergénérationnelles.
- Former toutes les parties prenantes (Ministères, responsables centraux et régionaux, associations, ONG, responsables communaux, et autres) sur la problématique du vieillissement.

Produit 5: *Association des personnes âgées, OSC et ONG œuvrant pour les personnes âgées soutenues techniquement et financièrement*

Intervention prioritaire 14 : Appui des associations de personnes âgées pour l'autonomisation et l'inclusion des personnes âgées dans la communauté [loisirs, activités physiques et sportives, activités culturelles, participation civique, Activités Génératrices de Revenu (AGR)...].

Intervention prioritaire 15 : Renforcement de capacité des responsables des OSC et ONG s'occupant des personnes âgées, sur l'accompagnement des personnes âgées et de leurs familles, la prévention de l'isolement social et la prévention des maltraitances (information, formations,...).

Axe stratégique 3 : Utilisation de services de santé de qualité et adaptés aux personnes âgées

Produit 6 : *Accès amélioré des personnes âgées aux services de prévention primaire, secondaire et de prise en charge de qualité*

Les maladies cardio-vasculaires, pneumologiques, gastroentérologiques dont les affections hépatiques, ainsi que les maladies néoplasiques tiennent les premières places en matière de morbidité chez la personne âgée. Les traumatismes figurent également parmi les premiers motifs d'hospitalisation. Pour une meilleure efficacité, la prévention primaire de ces maladies, des accidents et des chutes sera privilégiée.

Le virus de la grippe est un des facteurs de décompensation cardiaque chez la personne âgée.

Le dépistage et le traitement précoce s'adresseront en priorité aux pathologies prévalentes dont l'HTA et les cancers, et celles qui détériorent le plus la qualité de vie, à savoir les troubles mentaux (surtout la dépression et la maladie d'Alzheimer) et les déficiences sensorielles.

Intervention prioritaire 16 : Introduction de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées.

Intervention prioritaire 17 : Développement des activités de communication pour l'impact comportemental en matière de prévention des facteurs de risque comportementaux des MNT (tabac, alcool, sédentarité, alimentation non équilibrée), et de prévention des chutes et traumatismes (chez les piétons, à domicile, etc...).

Intervention prioritaire 18 : Promotion d'une nutrition adéquate pour toutes les personnes âgées, répondant aux besoins particuliers en protéines, vitamines et minéraux, fondée sur les produits locaux.

Intervention prioritaire 19 : Renforcement du dépistage et de la prise en charge précoce des MNT (HTA, diabète, cancer du col utérin, cancer du sein, cancer colorectal ...), les déficiences visuelles dont la cataracte et les déficiences auditives.

Intervention prioritaire 20 : Renforcement de la capacité d'accueil et de la prise en charge des personnes âgées au niveau des CSB, des services d'ophtalmologie et des services de dentisterie en vue de prévenir et de traiter les troubles pouvant gêner la consommation d'aliments et être la cause de malnutrition (formations, intrants, PMA et outils techniques).

Intervention prioritaire 21 : Renforcement de la capacité des CSB sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques liés à l'utilisation de substances psycho-actives chez les personnes âgées, selon le programme d'action mhGAP (dépression, épilepsie/crises convulsives, troubles de la mémoire, démence, ...).

Intervention prioritaire 22 : Facilitation de l'accès à des services de soins de proximité, voire des soins à domicile pour les personnes âgées.

- Assurer des soins communautaires (soins de suite, soins palliatifs, réadaptation à base communautaire,...).
- Fournir une assistance (informations et formations) aux familles des personnes âgées nécessitant des soins.

Intervention prioritaire 23 : Mise en place de services de gériatrie au niveau des CHU et CHRR (Formations, intrants, équipements, normes, circuits...).

Intervention prioritaire 24 : Renforcement de capacité des services de réadaptation physique aux personnes âgées souffrant de déficiences et d'incapacités (infrastructures, équipements, intrants, ressources humaines, formations...).

Intervention prioritaire 25 : Renforcement de capacité des centres d'accueil dans l'offre de soins aux personnes âgées (Formations, intrants, outils techniques, mesures d'incitation).

Intervention prioritaire 26 : Mise en place d'un système de référence/contre-référence adapté aux personnes âgées (réseaux de référence fonctionnels entre services hospitaliers et formations sanitaires de base).

Intervention prioritaire 27 : Facilitation de l'accès aux appareillages et aides techniques (lunettes, prothèses auditives, orthèses et prothèses des membres, cannes, fauteuils roulants, etc...), pour la réduction des incapacités (subventions).

Produit 7 : Demande accrue des soins des personnes âgées

Intervention prioritaire 28 : Renforcement de la communication et l'information adaptée aux aînés, pour l'utilisation des services de santé par les personnes âgées.

Intervention prioritaire 29 : Accompagnement psychosocial des personnes âgées, leurs familles et les aidants (Renforcement de compétences des agents communautaires, recrutement et formation de travailleurs sociaux : information, sensibilisation, accompagnement psycho-social ...)

VIII. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Ce Plan Stratégique National de Santé des Personnes Agées est conçu pour une période de cinq ans (2019- 2023).

Les personnes âgées étant pour la plupart vulnérables, et vu l'importance des déterminants environnementaux du vieillissement, la mise en œuvre de ce PSNSPA s'appuiera sur une approche holistique. Le Ministère de la Santé Publique assurera sous son leadership, une coordination intra et intersectorielle au niveau central et aux niveaux intermédiaires de la pyramide sanitaire (région et district), en vue d'alléger la pauvreté et d'améliorer la qualité de vie de ces personnes.

Devant la situation économique Nationale et la vulnérabilité des personnes âgées, la conduite d'action préventive sera appropriée. Il convient avant tout d'intégrer la question du vieillissement et les problèmes des personnes âgées dans les programmes nationaux de développement et d'élimination de la pauvreté. Par exemple, l'amélioration de la nutrition des personnes âgées devra être priorisée.

La Commission Nationale des Déterminants Sociaux de la Santé (CNDSS), sous le leadership de la Direction en charge de la Promotion de la Santé, serait en cours de création, et devrait être mise à profit pour aborder aussi les questions liées au vieillissement actif. Les Comités techniques intersectoriels de Promotion de la Santé, de MNT et handicap devraient être fusionnés et collaborer étroitement selon une approche globale. Des plans de mise en œuvre découleront de ce PSNSPA en tenant compte des opportunités et des spécificités (culturelles, selon le genre, etc...) propres à chaque région et identifieront les responsables de chaque intervention.

Il est recommandé que les Equipes de Management de la Région et du District (EMAR et EMAD) soient les responsables de l'opérationnalisation de ce PSNSPA.

En matière de soins, la mise en œuvre de ce PSNSPA s'appuiera sur les principes directeurs énoncés :

- dans la Politique Nationale de Santé, à savoir (i) la décentralisation, (ii) l'appropriation nationale, (iii) l'équité, (iv) la couverture santé universelle, (v) la bonne gouvernance et l'implication de tous les secteurs.

De solides liens de partenariat devront se nouer entre le Secteur Santé, les organisations de personnes âgées, le secteur privé et la communauté, les Instituts de formation et Universités. La mobilisation des partenaires est fondamentale.

- et par les Nations Unies spécifiquement pour les personnes âgées, parmi lesquels figurent (i) l'accès à des soins de santé qui aident les personnes âgées à conserver ou retrouver un niveau de bien-être physique, mental et émotionnel optimal et qui servent à prévenir ou à retarder l'arrivée de la maladie; (ii) l'accès à des services hospitaliers capables d'assurer leur protection, leur réadaptation et leur stimulation sociale et mentale dans un environnement humain et sûr; (iii) la possibilité de vivre dans la dignité et la sécurité sans être exploitées ni soumises à des sévices physiques ou mentaux; (iv) le traitement avec justice quels que soient leur âge, leur sexe, leur race ou leur origine ethnique, leurs handicaps, et ce, indépendamment de leur contribution économique.

Les personnes âgées ayant des capacités de déplacement limitées en général, les soins de proximité au niveau des formations sanitaires de base seront privilégiées. Mais il sera nécessaire de compléter par la mise en place de réseaux de services pour assurer un continuum de soins de santé. Les services de proximité pourront solliciter les familles, les agents communautaires, les institutions religieuses, les communes, les organisations caritatives ou les groupes associatifs, les clubs amis des personnes âgées au niveau des centres de rencontres et de loisirs.

Les bénévoles de tous âges sont encouragés à aider les aînés au sein de ces structures sanitaires et de proximité. Une bonne coordination entre les services de soins de santé primaires, les services de soins de longue durée, les services sociaux et les autres services communautaires est de mise.

Chaque Région devrait disposer d'un Service de gériatrie. Une bonne coordination doit également s'installer entre les soins primaires, les soins intensifs, la réadaptation y compris la réadaptation à base communautaire et les soins palliatifs.

Les stratégies de prise en charge doivent inclure l'éducation des membres de la famille ou des aidants et prévoir un appui psychosocial.

Le soutien social, les possibilités d'éducation et de formation permanente, ainsi que la protection contre la violence et la maltraitance sont des facteurs fondamentaux qui favorisent la santé, l'indépendance et la participation des personnes âgées.

Afin de permettre aux familles de mieux s'occuper de leurs proches plus âgés, et de fournir des services à long terme, la mise en place de systèmes d'aide sociale est nécessaire, que ceux-ci soient structurés (CSU par exemple) ou informels.

La création d'une plateforme multisectorielle du vieillissement actif permettra de mener des réflexions, notamment autour des relations interservices. La constitution d'une base de données fiable sur les personnes âgées, ainsi que des recherches guidera les interventions et l'évaluation des acquis.

IX. CADRE DE SUIVI ÉVALUATION

Le système de suivi et d'évaluation de la performance du système de santé constitue une suite logique de la mise en œuvre des activités planifiées, permettant ainsi de réajuster au besoin les approches stratégiques, pour atteindre les résultats fixés dans le domaine de la santé des personnes âgées, dans le délai imparti.

Ainsi, un cadre de suivi évaluation par année s'avère nécessaire aux responsables pour le suivi des réalisations et de l'évolution des indicateurs de résultats du secteur public, parapublic, privé et ONG œuvrant dans le domaine de la santé des personnes âgées. Ceci constitue un outil d'aide à la décision tout au long de la mise en œuvre de ce plan quinquennal.

Une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de celui-ci sera effectuée pour apprécier le degré de réalisation des activités et l'obtention des résultats relatifs aux objectifs fixés dans ce Plan stratégique national de sante des personnes âgées de Madagascar.

Une évaluation finale sera également effectuée fin 2023 conjointement par le Ministère de la Santé Publique et les partenaires au développement.

TABLEAU DE SUIVI DES RÉSULTATS

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
IMPACT : LES PERSONNES ÂGÉES SONT EN BONNE SANTE, AUTONOMES ET ACTIVES LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE								
Effet 1: Les conditions favorables au vieillissement actif sont mises en place	Proportion de textes sur les droits des personnes âgées appliqués par rapport à ceux adoptés	ND	100%	25%	50%	100%	MPPSPF MSANP Ministère de la Justice Autres Départements Assemblée Nationale	
P1- Décideurs et leaders d'opinion engagés en faveur des personnes âgées	Loi sur les droits des personnes âgées promulguée	0	1	1			MPPSPF MSANP Ministère de la Justice Autres Départements Ministériels, OSC	
	Décret et arrêtés d'application sur les droits des personnes âgées adoptés	0	1	1				
IP1: Plaidoyer pour la ratification des conventions et protocoles internationaux, ainsi que l'adoption de textes relatifs aux droits des personnes âgées	Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des personnes âgées ratifié	0	1	1			MPPSPF MSANP Ministère de la Justice OSC, MAE	
IP2: Vulgarisation et application des textes relatifs au vieillissement actif	Proportion de textes sur les droits des personnes âgées vulgarisés et appliqués par rapport à ceux adoptés	ND	100%	25%	50%	100%	MPPSPF MSANP MEF Ministère de la Justice Autres Départements Assemblée Nationale	

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
IP3 : Plaidoyer pour la mobilisation et l'accroissement des ressources en faveur des plans d'action pour le vieillissement actif		Pourcentage du budget de la Santé alloué au programme pour les personnes âgées	0,08% (SPPV 2016)	10%	1%	5%	10% (programme national)	MSANP Comité technique pour les personnes âgées MPPSPF
P2- Structure nationale pour le vieillissement actif coordonnée et pérenne		Revue Nationale annuelle effectuée	0	2/ an	4	4		MSANP DLMNT (Service en charge des personnes âgées) DPS Autres Départements Partenaires
		Commission Nationale des Déterminants Sociaux de la Santé fonctionnelle	0	1	1	1	1	
IP4 : Mise en place d'une plateforme de réflexion et d'action pour le vieillissement actif		Existence d'une plateforme de réflexion et d'action pour le vieillissement actif	0	1	1	1	1	
IP5 : Plaidoyer pour l'intégration de la problématique des personnes âgées dans les programmes nationaux de développement à tous les niveaux		Proportion de Départements ministériels intégrant la problématique des personnes âgées dans leurs plans de travail	0%	100%	25%	40%	100%	Ministères : - MSANP - MPPSPF - MEEH - MJ - MEF - MTEFPLS - MTTM - MATHTP - MJS - MID - MESupRS
IP6 : Développement du partenariat public et privé multisectoriel en faveur des personnes âgées		Proportion de SDSP développant des initiatives favorisant le continuum de soins pour les personnes âgées par rapport aux districts cibles	0	75%	15%	50%	75%	MSANP MPPSPF Partenaires OSC

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
IP7: Renforcement de la coordination des interventions des parties prenantes et des actions multisectorielles pour le vieillissement actif	Pourcentage de participation des parties prenantes aux réunions de coordination	0	90%	80%	80%	90%	MSANP	
IP8: Renforcement de la couverture médicale pour les personnes âgées	Proportion de communes disposant de stratégies d'aide sociale structurées ou informelles facilitant l'accessibilité des soins pour les personnes âgées (FE, cartes vertes, cartes orange, affiliation des personnes âgées à la Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé de la CSU, etc. ...) par rapport au communes des districts cibles	ND	50%	15%	30%	50%	MPPSPF MSANP MEF Communes Partenaires	
P3 : Système d'information sur la santé des personnes âgées et le vieillissement uniformisé	Proportion de formations sanitaires/ Centres utilisant le Système d'information uniformisé	0	80%	15%	80%	80%	MSANP	
IP9: Mise en place d'une base de données relative aux personnes âgées	Données sur les personnes âgées intégrées dans le système national d'information sanitaire et la surveillance intégrée des maladies.	0	1	0	1	1	DLMNT DEP	
IP10: Promotion de la recherche sur les personnes âgées, le vieillissement et ses déterminants	Nombre de recherches menées (sur les syndromes gériatriques, les déficiences chez la personne âgée, etc...)	0	5	2	2	1	MSANP MPPSPF MENTP MESupReS	

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
IP11 : Evaluation de la mise en œuvre des activités relatives à la santé des personnes âgées	Nombre d'évaluations effectuées	0	3	1	1	1	MSANP MPPSPF	
	Nombre d'études d'impact menées pour évaluer la santé et le niveau d'activité des personnes âgées	0	2	1		1		
Effet 2: Le comportement de la communauté est favorable au vieillissement actif	Proportion de personnes de plus de 45 ans présentant plus de 3 facteurs de risque de MNT	19,5%	15%	18%	16%	15%	MSANP MPPSPF PTF	
	Proportion de personnes âgées occupant un emploi rémunéré ou participant bénévolement à une activité citoyenne	ND	50%	20%	40%	50%		MPPSPF MTEFPLS OSC Communes
P4- Communauté et population sensibilisées sur la promotion de la santé et la lutte contre l'âgisme	Proportion de responsables étatiques, communaux, leaders communautaires connaissant au moins 50% des déterminants du vieillissement actif	0	80%	20%	60%	80%	MSANP	
	Proportion de jeunes connaissant les facteurs comportementaux du vieillissement actif	0	80%	10%	60%	80%		

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
IP12 : Promotion de la santé et le bien être tout au long de la vie								
	<i>Volet hygiène bucco-dentaire</i>	Pourcentage des écoles primaires des districts cibles, ayant bénéficié d'au moins une séance de sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire	2851(N)	80%	20%	40%	80%	MSANP MENTP DLMNT
	<i>Volet facteurs de risque des MNT</i>	Prévalence du tabagisme chez le jeune	20%	16%	19%	17%	16%	MSANP DLMNT OFNALAT (Enquête GYTS, Enquête STEPS) INSTAT
		Prévalence de l'alcoolisme	31,7%	25%	30%	27,5%	25%	
		Prévalence de la surcharge pondérale chez la femme en milieu urbain	13%	10%	12,5%	11%	10%	
	<i>Volet préparation à la vieillesse</i>	Volet « Vieillesse active » intégré dans le programme de la Santé des adolescents et le programme de sensibilisation des jeunes	0	1		1		MSANP MJS MCC
		Proportion d'adhérents à l'assurance retraite	ND	30%	5%	15%	30%	
		Proportion des personnes âgées de 40 à 45 ans préparés psychologiquement à la vieillesse	ND	50%	10%	25%	50%	MSANP MPPSPF

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
IP13 : Lutte contre l'âgisme (Valorisation du statut des personnes âgées au sein de la famille et de la société)	Intégration de notions sur le vieillissement actif dans les programmes scolaires du primaire et du secondaire.	0	1	1			MSANP MENTP	
	Existence d'un plan de communication pour lutter contre l'âgisme et pour la promotion du vieillissement actif.	0	1	1			MSANP /DLM NT/SPC/MCRI/ MPPSPF	
	Nombre de journées internationales célébrées (Journée internationale des personnes âgées le 1 octobre, Journée de lutte contre la maltraitance des personnes âgées le 15 juin).	0	2 Journées célébrées par an	4	4	2	MSANP et/ou MPPSPF OSC Partenaires	
	Pourcentage des responsables ministériels, associations, ONG, responsables communaux formés sur la problématique du vieillissement, au niveau des districts cibles.	0	90%	40%	80%	100%	MSANP/PTF	

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
	P5- Association des personnes âgées, OSC et ONG œuvrant pour les Personnes âgées soutenues techniquement et financièrement							
	IP14 : Appui des associations de personnes âgées pour l'autonomisation et l'inclusion des personnes âgées dans la communauté	Proportion d'associations dans les communes des districts cibles, proposant des activités favorisant le bien-être des personnes âgées	ND	100%	30%	60%	100%	MSANP/MPPS PF/OSC/PTF/ MAEP /MICA
	IP15 : Renforcement de la capacité des responsables des OSC et ONG œuvrant pour les aînés	Pourcentage de responsables d'OSC et ONG œuvrant pour les personnes âgées formés sur l'accompagnement des personnes âgées et de leurs familles, la prévention de l'isolement social et la prévention des maltraitances (information, formations,...).	ND	90%	30%	60%	90%	MSANP/ MPPSPF/ OSC/PTF
	Effet 3: Les personnes âgées utilisent des services de santé adaptés et de qualité	Taux d'utilisation des services de gériatrie (CHRR et CHU) (Consultations externes et Hospitalisation)	0	10%	2%	8%	10%	MSANP PTF
		Taux d'adhésion des personnes âgées aux systèmes de prépaiement dans les districts cible	ND	10%	2%	8%	10%	
		Taux de Chirurgie de la Cataracte	346,62/ an	2000	500	1000	2000	MSANP

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
P6-Accès amélioré des personnes âgées aux services de prévention primaire, secondaire et de prise en charge de qualité		Proportion de personnes âgées consultant au niveau CSB	X% (valeur 2017)	(X+5)%	(X+2)%	(X+4)%	(X+5)%	MSANP
IP16 : Introduction de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées		Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes âgées les plus vulnérables	0	30%	5%	10%	30%	DPEV DLMNT
IP17: Développement des activités de communication pour l'impact comportemental en matière de prévention des facteurs de risque comportementaux des MNT, des chutes et traumatismes		Pourcentage des CSB cibles intégrant les activités de communication pour la prévention des facteurs de risque comportementaux des MNT, dans leurs plans de travail	ND	75%	30%	50%	75%	DLMNT DRSP SDSP
		Pourcentage des communes des districts cibles intégrant les activités de communication pour la prévention des chutes et traumatismes, dans leurs plans de travail	ND	100%	30%	50%	100%	DLMNT DRSP SDSP Ministères (Travaux publics...)
IP18 : Promotion d'une nutrition adéquate pour toutes les personnes âgées, répondant aux besoins particuliers en protéines, vitamines et minéraux, fondée sur les produits locaux		Prise en compte de la nutrition des personnes âgées dans le Programme National de Nutrition	0	1	0	1	1	DLMNT DSFa ONN

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
IP19 : Renforcement du dépistage et la prise en charge précoce des MNT (HTA, diabète, cancer du col utérin, cancer du sein, cancer colorectal ...), des déficiences visuelles dont la cataracte et des déficiences auditives	Proportion de personnes âgées suivies périodiquement pour une HTA	ND	90%	30%	70%	90%	DLMNT	
	Proportion de personnes âgées consultées au niveau des CSB ayant bénéficié un test de dépistage de diabète	ND	90%	30%	40%	90%		
IP20 : Renforcement de l'accueil et de la prise en charge des personnes âgées au niveau des CSB, des services d'ophtalmologie et des services de dentisterie (formations, intrants, PMA et outils techniques,)	Proportion des agents de santé formés sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge des maladies liées aux grands âges	0	50%	10%	25%	50%	DLMNT PTF	
	Proportion de CSB publics et privés amis des personnes âgées	0	50%	10%	30%	50%	DLMNT	
	Proportion des services ophtalmologiques amis des personnes âgées	0	50%	10%	30%	50%		
	Proportion de dentisteries amies des personnes âgées (Prothèses dentaires à coût accessible aux personnes âgées ...)	0	50%	10%	30%	50%		
IP21 : Renforcement de capacité des CSB sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques liés à l'utilisation de substances psychoactives (TMNS) chez les personnes âgées, selon mhGAP (dépression, épilepsie, crises convulsives, troubles de la mémoire, démence, ...)	Proportion de SDSP ciblés disposant d'équipes formées au diagnostic et à la prise en charge des TMNS	6%	50%	10%	25%	50%	DLMNT DRSP PTF	

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
IP22: Accès à des services de soins de proximité, voire des soins à domicile pour les personnes âgées	Proportion de SDSP ciblés offrant des soins de proximité ou à domicile (soins de suite, soins palliatifs, réadaptation à base communautaire)	6%	30%	10%	15%	30%	DLMNT DRSP PTF	
IP 23 : Mise en place de services de gériatrie au niveau des CHU et CHRR (Formations, intrants, équipements, normes, circuits...)	Postes d'internat de spécialité ouverts au niveau de la Faculté de Médecine (ou Diplôme d'Université)	0	7	0	0	7	Faculté de Médecine MSANP DLMNT	
	Nombre de CHU/CHRR disposant de service de gériatrie	0	7	0	4	7		
IP 24: Renforcement des services de réadaptation physique aux personnes âgées souffrant de déficiences et d'incapacités physiques (infrastructures, équipements, intrants, ressources humaines, formations...)	Proportion des services de réadaptation physique renforcés en capacité de prise en charge des personnes âgées souffrant de déficiences et d'incapacité physique	10%	50%	10%	20%	50%	MSANP DLMNT	
IP 25: Renforcement de la capacité des centres d'accueil dans l'offre de soins aux PA (Formations, intrants, outils techniques, mesures d'incitation)	Nombre de centres d'accueil offrant de soins sanitaires aux personnes âgées renforcés en capacité	0	23	4	12	23	MSANP DRSP PTF Autres	
IP 26 : Mise en place d'un système de référence/contre-référence adapté aux personnes âgées	Proportion de SDSP ciblés disposant de réseaux de référence fonctionnels entre services hospitaliers et formations sanitaires de base	0	25 %	5 %	10%	25%	MSANP DRSP PTF	

EFFETS / PRODUITS (P)	INTERVENTIONS PRIORITAIRES (IP)	I.O.V.			VALEUR CIBLE			RESPONSABLES
		DENOMINATION	BASELINE	VALEUR CIBLE	2019– 2020	2021 - 2022	2023	
IP 27 : Facilitation de l'accès aux appareillages et aides techniques (lunettes, prothèses auditives, orthèses et prothèses des membres, cannes, fauteuils roulants, etc...), pour la réduction des incapacités (subventions)	Nombre de personnes âgées bénéficiant d'appareillages ou aides techniques répondant à leurs besoins dans les districts cibles	ND	3 000	500	1500	3000	ETAT PTF	
P7- Demande accrue des soins des personnes âgées								
IP 28 : Renforcement de la communication et de l'information, adaptée aux personnes âgées, pour l'utilisation des services de santé par les personnes âgées	Proportion de SDSP cibles véhiculant les informations aux associations locales et aux médias locaux sur les services disponibles, les modalités et le circuit de prise en charge	0	100 %	25 %	70%	100%	DLMNT DRSP SDSP	
IP 29 : Accompagnement psychosocial des personnes âgées, de leurs familles et des aidants (Renforcement de compétences des agents communautaires, recrutement et formation de travailleurs sociaux)	Proportion de CSB des districts cibles collaborant avec les Agents Communautaires formés dans l'accompagnement psychosocial des personnes âgées	0	80%	20%	60%	80%	DLMNT DRSP SDSP	
	Proportion de SDSP cibles disposant de travailleurs sociaux impliqués dans la prise en charge des personnes âgées	ND	50%	10%	40%	50%	MSANP DRSP SDSP	

X. PLAN QUINQUENAL GLOBAL PAR INTERVENTION PRIORITAIRE

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COUT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
Axe stratégique 1 : Mise en place de conditions favorables au vieillissement actif (Effet 1)						Proportion de textes sur les droits des personnes âgées appliqués par rapport à ceux adoptés	1 879 000	
P1- Décideurs et leaders d'opinion engagés en faveur des personnes âgées	X	X	X	X	X	Loi sur les droits des personnes âgées promulguée Proportion de décret et arrêtés d'application sur les droits des personnes âgées adoptés	150 000	
IP1 : Plaidoyer pour la ratification des conventions et protocoles internationaux, ainsi que l'adoption de textes relatifs aux droits des personnes âgées	X	X				Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des personnes âgées ratifié	20 000	
IP2 : Vulgarisation et application des textes relatifs au vieillissement actif		X	X	X	X	Proportion de textes sur les droits des personnes âgées appliqués par rapport à ceux adoptés	80 000	
IP3 : Plaidoyer pour la mobilisation et l'accroissement des ressources en faveur des plans d'action pour le vieillissement actif	X	X	X	X	X	Pourcentage du budget de la santé alloué au programme pour les personnes âgées	50 000	

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COUT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
P2- Structure nationale pour le vieillissement actif coordonnée et pérenne						Revue Nationale annuelle effectuée Commission Nationale des Déterminants Sociaux de la Santé fonctionnelle	769 000	
IP4 : Mise en place d'une plateforme de réflexion et d'action pour le vieillissement actif	X					Plateforme de réflexion et d'action pour le vieillissement actif fonctionnelle	4 000	
IP5 : Plaidoyer pour l'intégration de la problématique des personnes âgées dans les programmes nationaux de développement à tous les niveaux			X	X	X	Proportion de départements ministériels intégrant les problématiques des personnes âgées dans leur plan de travail	15 000	
IP6 : Développement du partenariat public et privé multisectoriel en faveur des personnes âgées				X	X	Proportion de SDSP développant des initiatives favorisant le continuum de soins pour les personnes âgées	80 000	
IP7: Renforcement de la coordination des interventions des parties prenantes et des actions multisectorielles pour le vieillissement actif			X	X	X	Pourcentage des parties prenantes participant aux réunions de coordination	70 000	
IP8 : Renforcement de la couverture médicale pour les personnes âgées	X	X	X	X	X	Proportion de communes des districts cibles, disposant de stratégies d'aide sociale facilitant l'accessibilité des soins pour les personnes âgées	600 000	

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COUT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
P3- Système d'information sur la santé des personnes âgées et le vieillissement uniformisé						Proportion de formations sanitaires/ Centres rapportant des données sur la santé des personnes âgées	960 000	
IP 9 : Mise en place d'une base de données relative aux personnes âgées	X					Données sur les personnes âgées intégrées dans le système national d'information sanitaire et la surveillance intégrée des maladies.	10 000	
IP 10: Promotion de la recherche sur les personnes âgées, le vieillissement et ses déterminants	X	X	X	X	X	Nombre de recherche sur les personnes âgées, le vieillissement et ses déterminants menés	600 000	
IP 11 : Évaluation de la mise en œuvre des activités relatives à la santé des personnes âgées	X	X	X	X	X	Nombre d'évaluation de la mise en œuvre des activités relatives à la santé des personnes âgées réalisées Nombre d'études d'impact menées pour évaluer la santé et le niveau d'activité des personnes âgées	350 000	

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COUT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
Axe stratégique 2 : Comportement de la communauté favorable au vieillissement actif (Effet 2)						Proportion de personnes de plus de 45 ans présentant plus de 3 facteurs de risque de MNT Proportion de personnes âgées occupant un emploi rémunéré ou participant bénévolement à une activité citoyenne	2 070 000	
P4- Communauté et population sensibilisées sur la promotion de la santé et la lutte contre l'âgisme	X	X	X	X	X	Proportion de responsables étatiques, communaux, leaders communautaires connaissant au moins 50% des déterminants du vieillissement actif Proportion de jeunes connaissant les facteurs comportementaux du vieillissement actif	1 220 000	
IP 12 : Promotion de la santé et le bien être tout au long de la vie							715 000	
Promouvoir l'hygiène bucco-dentaire	X	X	X	X	X	Pourcentage des écoles primaires ayant bénéficié des séances de sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire	200 000	
Promouvoir la prévention des facteurs de risque des MNT	X	X	X	X	X	Proportion de jeunes connaissant et adoptant les comportementaux favorables au vieillissement actif	240 000	

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COUT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
			X	X		Volet « Vieillissement actif » intégré dans le programme de la santé des adolescents et le programme de sensibilisation des jeunes	5 000	
Promouvoir la préparation à la vieillesse	X	X	X	X	X	Proportion de parties prenantes formées sur la problématique du vieillissement	100 000	
	X	X	X	X	X	Proportion d'adhérents à l'assurance retraite	20 000	
	X	X	X	X	X	Proportion des personnes âgées de 45 à 50 ans préparés psychologiquement à la vieillesse	150 000	
IP 13 : Lutte contre l'âgisme	X	X	X	X	X		505 000	
Établir un plan de communication pour lutter contre l'âgisme et pour la promotion du vieillissement actif	X	X				Plan de communication pour lutter contre l'âgisme et pour la promotion du vieillissement actif disponible	40 000	
Effectuer un plaidoyer pour l'intégration de cours sur le vieillissement et les personnes âgées dans les programmes scolaires	X	X				Cours sur le vieillissement et la santé des personnes âgées intégré dans les programmes scolaires	5 000	
Sensibiliser le grand public à travers les médias et les journées internationales	X	X	X	X	X	Proportion de séance d'IEC/CC du grand public sur le respect des personnes âgées et la reconnaissance de leurs compétences, expérience réalisée	400 000	

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COUT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
						Proportion de journées internationales célébrées (Journée internationale des personnes âgées le 1er Octobre, Journée de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées le 15 juin)		
Former les parties prenantes sur la problématique du vieillissement		X	X	X	X	Pourcentage des responsables ministériels, associations, ONG, responsables communaux, formés sur la problématique du vieillissement, au niveau des districts cibles	60 000	
P5: Organisations des PA soutenues techniquement et financièrement							850 000	
IP 14 : Appuyer les associations de personnes âgées pour l'autonomisation et l'inclusion des personnes âgées dans la communauté		X	X	X	X	Proportion d'associations dans les communes des districts cibles, proposant des activités favorisant le bien-être des personnes âgées	450 000	
IP 15 : Renforcement de la capacité des responsables des OSC et ONG œuvrant pour les personnes âgées		X	X	X	X	Pourcentage de responsables d'OSC et ONG s'occupant des personnes âgées, formés sur l'accompagnement des personnes âgées et de leurs familles, la prévention de l'isolement social et la prévention des maltraitances	400 000	

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COUT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
Axe stratégique 3 : Utilisation de services de santé de qualité et adaptés aux personnes âgées (Effet 3)						Taux d'utilisation des services de gériatrie (CHRR et CHU) (Consultations externes et Hospitalisation)	7 517 000	
						Taux d'adhésion des personnes âgées aux systèmes de prépaiement dans les districts cibles		
P6- Accès amélioré des personnes âgées aux services de prévention primaire, secondaire et de prise en charge de qualité						Proportion de personnes âgées consultant au niveau des CSB	6 717 000	
IP 16 : Introduction de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées		X	X	X	X	Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes âgées	100 000	
IP 17: Développement des activités de communication pour l'impact comportemental en matière de prévention des facteurs de risque comportementaux des MNT, des chutes et traumatismes	X	X	X	X	X	Proportion des CSB intégrant les activités de communication pour la prévention des facteurs de risque comportementaux des MNT (tabac, alcool, sédentarité, alimentation,...), et de prévention des chutes et traumatismes	300 000	
IP 18 : Promotion d'une nutrition adéquate pour toutes les personnes âgées, répondant aux besoins particuliers en protéines, vitamines et minéraux, fondée sur les produits locaux			X	X	X	Prise en compte de la nutrition des personnes âgées dans le Programme National de Nutrition	5 000	

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COÛT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
IP 19 : Renforcement du dépistage et de la prise en charge précoce des MNT (HTA, diabète, cancer du col utérin, cancer du sein, cancer colorectal ...), des déficiences visuelles dont la cataracte et des déficiences auditives	X	X	X	X	X	Proportion de personnes âgées consultant au niveau des CSB suivies pour HTA Proportion de personnes âgées consultant au niveau des CSB ayant bénéficié un dépistage de diabète	700 000	
IP 20 : Renforcement de l'accueil et de la prise en charge des personnes âgées au niveau des CSB, des services d'ophtalmologie et des services de dentisterie (formations, intrants, PMA et outils techniques,)	X	X	X	X	X	Proportion des agents de santé formés sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge des maladies liées aux grands âges Proportion des CSB amis des personnes âgées Proportion des dentisteries amies des personnes âgées Proportion des services ophtalmologiques amis des personnes âgées	1 100 000	
IP 21 : Renforcement de capacité des CSB sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques liés à l'utilisation de substances psychoactives (TMNS) chez les personnes âgées, selon mhGAP (dépression, épilepsie, crises convulsives, troubles de la mémoire, démence, ...)	X	X	X	X	X	Proportion des agents de santé formés sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge des TMNS	200 000	

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COÛT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
IP 22: Accès à des services de soins de proximité, voire des soins à domicile pour les personnes âgées		X	X	X	X	Proportion des communes ayant la capacité d'offrir des services de soins de proximité	350 000	
IP 23 : Mise en place de services de gériatrie au niveau des CHU et CHRR (Formations, intrants, équipements, normes, circuits...)			X	X	X	Proportion de CHU/CHRR disposant de service de gériatrie	1 200 000	
Créer des postes d'internat de spécialité de gérontologie au niveau de la faculté de Médecine			X	X	X	Proportion de poste d'Internat de spécialité de gérontologie ouvert au niveau de la faculté de Médecine (ou Diplôme d'Université)	200 000	
IP 24 : Renforcement des services de réadaptation physique aux personnes âgées souffrant de déficiences et d'incapacités physiques (infrastructures, équipements, intrants, ressources humaines, formations...)		X	X	X	X	Proportion de service de réadaptation physique renforcé en capacité de prise en charge des personnes âgées souffrant de déficiences et d'incapacités	500 000	
IP 25 : Renforcement de la capacité des centres d'accueil dans l'offre de soins aux personnes âgées (Formations, intrants, outils techniques, mesures d'incitation)		X	X	X	X	Proportion des centres d'accueil des personnes âgées renforcé en capacité de prise en charge (offre de soins)	1 400 000	
IP 26 : Mise en place d'un système de référence/contre-référence adapté aux personnes âgées			X	X	X	Proportion de SDSP disposant de réseaux de référence fonctionnels entre services hospitaliers et formations sanitaires de base	12 000	

AXES STRATÉGIQUES / PRODUITS	CHRONOGRAMME					INDICATEURS	COUT GLOBAL (en millier d'ariary)	OBSERVATIONS
	2019	2020	2021	2022	2023			
IP 27 : Facilitation de l'accès aux appareillages et aides techniques (lunettes, prothèses auditives, orthèses et prothèses des membres, cannes, fauteuils roulants, etc...), pour la réduction des incapacités (subventions)		X	X	X	X	Proportion des personnes âgées bénéficiant d'appareillage et d'aides techniques	650 000	
<i>P7 : Demande accrue des soins des personnes âgées</i>							800 000	
IP 28 : Renforcement de la communication et de l'information, adaptée aux aînés, pour l'utilisation des services de santé par les personnes âgées			X	X	X	Proportion des CSB réalisant des IEC/CC adaptée aux aînés, pour l'utilisation des services de santé par les personnes âgées	100 000	
IP 29 : Accompagnement psychosocial des personnes âgées, de leurs familles et des aidants (Renforcement de compétences des agents communautaires, recrutement et formation de travailleurs sociaux)			X	X	X	Proportion de CSB des districts disposant des Agents Communautaires formés en accompagnement psycho-social des personnes âgées Proportion de SDSP disposant de travailleurs sociaux impliqués dans la prise en charge des personnes âgées	700 000	
TOTAL							11 466 000	

CONCLUSION

La vie forme un tout et vieillir n'est pas une maladie. La prise en compte du vieillissement nécessite une approche holistique fondée sur l'interdisciplinarité.

Le Ministère de la santé Publique a décidé d'élaborer ce Plan Stratégique National de Santé des Personnes Agées afin de disposer d'un cadre de référence des actions à mener pour mieux servir les personnes âgées classées vulnérables.

Ce plan offre une vue d'ensemble sur le profil sanitaire des personnes âgées à Madagascar, les situations des facteurs déterminants d'un vieillissement actif, les enjeux et défis du secteur santé, la chaîne de résultats attendus des interventions, 03 axes stratégiques dont la mise en place de conditions favorables au vieillissement actif, le comportement de la communauté favorable au vieillissement actif, l'utilisation de services de santé de qualité et adaptés aux personnes âgées et les interventions prioritaires. Un plan quinquennal global par interventions prioritaires a été inséré dans ce document.

Les personnes âgées en bonne santé et actives le plus longtemps possible constituent l'impact de ce plan stratégique.

Pour obtenir ce résultat, l'implication du gouvernement, des partenaires technique et financier, de la Société civile, du secteur privé, de la communauté et des agents de santé s'avère primordiale.

BIBLIOGRAPHIE

- <http://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/countryinfo.html> consulté le 30 décembre 2016
- Organisation Mondiale de la Santé, Vieillesse et santé, Aide-mémoire N°404 Septembre 2015
- Ministère de la Santé Publique, Organisation Mondiale de la Santé. Profil sanitaire des personnes âgées à Madagascar, 2014
- Ministère de la Santé Publique, Annuaire des Statistiques du Secteur Santé de Madagascar, 2013
- Ministère de la Santé Publique, Annuaire des Statistiques du Secteur Santé de Madagascar, 2016
- Enquête nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar, Objectif 07, 2012-2013
- Institut National de la Statistique (INSTAT). Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar (ENSOMD). Caractéristiques sociodémographiques de la population, 2012-2013
- Institut National de la Statistique. Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar, Objectif 07, 2012-2013
- Organisation Mondiale de la Santé. Vieillesse en bonne santé dans la Région Africaine : Analyse de situation et perspectives. FR/RC63/4, 2 Septembre 2013
- UNFPA et Helpage International, Vieillir au vingt et unième siècle : Une victoire et un défi, Résumé, 2012
- UNFPA et Helpage International. Ageing in the Twenty-First Century: a Celebration and a Challenge, 2012.
- OMS, Dossier pour la Journée mondiale de la Santé 2012. Genève, 2012
- Voahirana Tantely Annick ANDRIANANTOANDRO. Solidarités familiales et rôles des personnes âgées dans l'organisation des activités en milieu rural malgache. Centre de recherche pour le développement, France, Madagascar, 2011
- Institut National de la Statistique. Enquête périodique auprès des ménages, 2010
- Rakotonarivo Andonirina. La solidarité intergénérationnelle en milieu rural malgache. Le rôle des personnes âgées dans la migration. Autre part, 1/2010 (n° 53), p. 111-130
- Ministère de la Santé Publique, Organisation mondiale de la Santé. Rapport d'étude sur la situation et l'ampleur des traumatismes et de la violence à Madagascar, 2010
- Enquête Démographique et de Santé, Madagascar, 2008-2009
- INSTAT. Enquête Démographique et de Santé, Madagascar, 2008-2009
- Ministère de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé, Centers for Disease Control and Prevention. Rapport Global Youth Tobacco Survey Madagascar, 2008
- Enquête nationale IOSTM 2001-2002
- Organisation Mondiale de la Santé, Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation, 2002
- Ministère des Finances et du Budget, Direction Technique de la Législation et des Études

ANNEXE

« Le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des personnes âgées »

Adopté par la 26ème session ordinaire de la Conférence des chefs d'Etat et de gouvernement, tenue à Addis-Abeba, le 31 janvier 2016, ce Protocole est actuellement ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion des Etats membres de l'Union africaine.

Plusieurs articles de ce Protocole sont à considérer dans ce PSNSPA, dont :

Article 3 Elimination de la discrimination à l'égard des personnes âgées

Article 7 Protection sociale

2. « S'assurer que les mécanismes de protection sociale universelle existent pour garantir la sécurité du revenu pour les personnes âgées qui n'ont pas eu la possibilité de contribuer à toutes les dispositions de sécurité sociale »

Article 9 Protection des femmes âgées

Article 10 Soins et prise en charge

3. Garantir un traitement préférentiel en matière de prestation de services aux personnes âgées.

Article 11 Soins en établissement

1. Promulguer ou réviser les lois qui garantissent que les soins en établissement soient facultatifs et abordables pour les personnes âgées ;

2. Veiller à ce que les personnes âgées placées en établissement bénéficient des soins qui répondent aux normes minimales régionales et internationales ; et

3. Veiller à ce que les personnes âgées soumis aux soins palliatifs reçoivent des soins et des antalgiques appropriés.

Article 13 Protection des personnes âgées handicapées

3. Veiller à ce que les personnes âgées handicapées aient accès à des appareils et accessoires fonctionnels ainsi qu'à des soins spécialisés qui répondent à leurs besoins au sein de leurs communautés.

Article 15 Accès aux services de santé

1. Garantir les droits des personnes âgées pour assurer l'accès aux services de santé qui répondent à leurs besoins spécifiques ;

2. Prendre des mesures raisonnables pour faciliter l'accès aux soins de santé et à la couverture d'assurance médicale en fonction des ressources disponibles ;

3. Veiller à l'inclusion de la gériatrie et de la gérontologie dans la formation du personnel de santé.

Article 17 Participation aux programmes et aux activités de loisirs

Article 19 Sensibilisation au vieillissement et préparation à la vieillesse

1. Adopter des mesures pour promouvoir la mise en place de programmes de sensibilisation pour former les jeunes sur le vieillissement et les personnes âgées, en vue de combattre les attitudes négatives envers les personnes âgées et

2. Adopter des mesures pour mettre en œuvre des programmes de formation qui préparent les personnes âgées à faire face aux difficultés rencontrées dans la vieillesse, y compris la retraite.

Article 21 Coordination et collecte des données

Procéder à la collecte et à l'analyse systématique des données nationales sur les personnes âgées.

REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre profonde gratitude au groupe technique de travail et à tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce document, et particulièrement à l’OMS pour son appui technique et financier.

LISTE DES PARTICIPANTS À L'ÉLABORATION

Consultance	
Dr ANDRIANABELA Sonia	Consultante
Ministère de la Santé Publique	
Dr RANDRIANARIVO Harinjaka Mamiarisoa	Directeur /DLMNT
Dr RAKOTOTIANA Lanto Barthélemy	Assistant Technique/SG
Mr SOBINSON Ernest Miandrisoa	Assistant Technique/DGS
Dr LEONDARIS Félicien Georges	Chef de Service/SPPV/DLMNT
Dr RAKOTONOMENJANAHARY Henintsoa Suzanne	Chef de Service/CSEpALMNT/DLMNT
Dr RAZANAKOLONA Raivotiana	Chef de Service/SSM/DLMNT
Dr RANDRIATSARA Hanitra	Assistante Technique/DLMNT
Mme RAHELIARIJAONA Nantenaina Sabrina	Assistant Technique/SPSS/CACSU
Dr RARIVOARISON Andrianantenaina Bertin	Equipe Technique/SPPV/DLMNT
Dr RAZAFINDRANAZY Eulalie	Equipe Technique/SPPV/DLMNT
Dr RAKOTONIRINA Holy Voahangy	Equipe Technique/SPPV/DLMNT
Dr RANAIVOARIVOLOLONA Sampana Hitondra Salohy	Equipe Technique/SPPV/DLMNT
Dr RAHARIHANIDRAKOTO Miaranjanahary	Equipe Technique/SLMV/DLMNT
Dr RAMAHALISON Andry	Equipe Technique/SSOABD/DLMNT

Dr HANTAMALALA Elisa	Equipe Technique/SSC/DDS
Dr RANDRETSA Harilalao	Assistante Technique/Médecine Interne Pavillon Spécial B/CHUJRB
Dr RAHELIARISOA Vonjy Harivelo	Médecin Traitant/ Neuropsychiatrie / CHUJRB
Dr RAZAFITAHINJANAHARY Clarat Lucien	Assistant Technique/ Urologie B / CHUJRA
Dr RAKOTONDRAJOA Hanitriniaina	Responsable MNT/ DRSP Vakinankaratra
Dr RAHANITRINIAINA Janie	Médecin Chef / CSB 2 Ambalavato / Antsirabe1
Dr RAMALANJAONA Lisinirina Bakoly	Médecin Traitant /CNCT Antsirabe
Mme RAZAFINDRAMAVO Meltine	Administrative / SPPV

Autres Départements ministériels

Mme RAZAFIMAMONJIARISOA Marie Georgine	Chef de Service/ SPA / DHPA (MPPSPF)
--	--------------------------------------

Organismes internationaux

Dr RAMILIARIJAONA Masy	NPO / NTD-NCD/ OMS
Dr ANDRIANARISOA Samuel Hermas	NPO /FHP / OMS
Dr ANDRIANASOLO Seheny	OMS

Organisations Non Gouvernementales et Associations

Dr RAKOTONDRA SOA Nicolas	Directeur/ Foyer de Vie
Mme RANDRIANARISON Béatrice Olga	Membre CA/ FIZOMA

Collectivités territoriales décentralisées

Mme RAZAFINJATOVO Tianasoa	Coordinatrice des soins/DSH/CUA
----------------------------	---------------------------------

LISTE DES PARTICIPANTS À LA VALIDATION

Consultance	
Dr ANDRIANABELA Sonia	Consultante
Ministère de la Santé Publique	
Dr RAZANAMANANA Edwige	Directeur /DLMNT
Dr RAHERIVOLOLONA R. Evelyne	Assistant Technique/DGS
Dr LEONDARIS Félicien Georges	Chef de Service/SPPV/DLMNT
Dr RAZANAKOLONA Raivotiana	Chef de Service/SSM/DLMNT
Dr RANAIVOARIMIANDRY Abel Richard	Chef de service/SSTOI/DLMNT
Dr RATEFINJANAHARY Mahefa	SSE/CACSU
Dr RAKOTONDRAZAKA Celestin	Equipe Technique/SPPV/DLMNT
Dr RAZAFINDRANAZY Eulalie	Equipe Technique/SPPV/DLMNT
Dr RAKOTONIRINA Holy Voahangy	Equipe Technique/SPPV/DLMNT
Dr RANAIVOARIVOLOLONA Vonimboahanginirina Sampana Hitondra Salohy	Equipe Technique/SPPV/DLMNT
Dr RATSISALOVANINATORO Hery	Equipe Technique/SPPV/DLMNT
Dr NOELIARISOA Eulalie	Equipe Technique/SSOABD/DLMNT
Dr RASOAMANANA Tiana Alisoa	Equipe Technique/SDP/DP
Dr ANDRAMARO Vololomboahanginirina	Equipe Technique/SACPS/DPS
Dr RASAHOBILALARANJALIVA	Equipe Technique/DHRD
Dr RAMANOELINA Saholiarisoa	Equipe Technique/DSFa
Dr GNETSA Hery Suzanette	Chef de service SAGD/ DDS
Dr RAZAKARIVONY Gazela Meva	Représentant DGEHU
Mme RAFANJASOA Eugenie	CSEpALMNT/DLMNT
Mme RAMIRANA Myriam	Administrative /SPPV

Autres Départements ministériels

Mme MAHATOVO Ranja	Chef de service Centre d'écoute- CNaPS
Mme DINA JACOB Elisa	Responsable communication DGEFA/MEN
Dr RAKOTOHARINIVO Ando	Chef SMS/MEN
Dr LARIHAJA Ronald	Chef DSS/ MEN
Mme DIADEMANIRAINY Rantoanina	Chef de service administratives et financiers MFPRATELS

Organisations Non Gouvernementales et Associations

Dr RAKOTONDRA SOA Nicolas	Directeur Foyer de vie
Mme RASON ANDRIAMARO Yollande	Presidente ONG Madagascar Alzheimer « Masoandromody »
Dr RANDRIANARISON Olga	Vice Presidente FIZOMA
Mr RAHARISON Gerard	SG ONG FIZOMA