REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

COUR DES COMPTES
Compétence Performance Intégrité
Transparence Développement du Personnel

RAPPORT N° 04/22-ADM/AUDIT/ROD/ORG COVID-19

SUR L'AUDIT ORGANISATIONNEL (APPROCHE SYSTEMIQUE) DE LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE LIEE A LA COVID-19

POUR L'ANNEE 2020

Juillet 2021

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS iv
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES viii
SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS 1
INTRODUCTION 5
CONTEXTE DE LA MISSION 5
1. Mandat de la Cour des comptes 5
2. Objectif de l'audit 6
3. Périmètre d'intervention 6
4. Méthodologie 7
5. Calendrier de réalisation 11
6. Communication des résultats de l'audit 11
RESULTATS DE L'AUDIT 12
I. ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE 12
1. Aspects juridiques et planification 12
1.1 Obsolescence des textes législatifs et règlementaires de référence 12
1.2 Des plans d'interventions incomplets, hors période et/ou incohérents 14
1.3 Implémentation ultérieure à la fin de la première vague 2020 du plan d'intervention 17
2. Aspects administratifs 18
2.1. Non-respect des différents plans en place et ses conséquences 18
2.1.1 Interruption des préparatifs au niveau du MSANP suite à la création du CCO 19
2.1.2 Structures stratégiques et opérationnelles bien préparées mais non optimisées 20
2.2. Centralisation des décisions au niveau des instances supérieures 24
2.2.1 Sur l'aspect sanitaire : Le MSANP démuni de ses attributions 24
2.2.2 Sur l'aspect non sanitaire 28
2.3. Bonnes pratiques et expériences non capitalisées 32
2.3.1 Pour le niveau territorial « Champion » 33
2.3.2 Les militaires au service des civils 38
2.4. Défaut de texte et conséquences sur le commandement opérationnel central et territorial 39
2.4.1 Décisions fortement centralisées au niveau du CCO-COVID-19 39
2.4.2 Déclinaison de la structure du CCO-COVID-19 (central) difficile et non uniformisée 40

2.4.3 Séparation du rôle du Préfecture, de la Région et du CRCO non définie 42
3. Aspects des ressources 43
3.1 Insuffisance de ressources humaines et matérielles et iniquité pour l'aspect médical 43
3.1.1 Au niveau du Ministère central 43
3.1.2 Au niveau des centres de soins 44
3.1.3 Au niveau des nouvelles structures 45
II- ORGANISATION DES INTERVENTIONS 47
1. Aspects sociaux et économiques 47
1.1 L'organisation des mesures d'urgence sociales 48
1.1.1 Conflit de leadership dans la mise en œuvre des programmes sociaux 48
1.1.2 Opacité des procédures d'approvisionnement et de distribution des aides 49
1.1.3 Déviation de l'objectif sanitaire de la gestion des aides 50
1.1.4 Faiblesse du système de contrôle 50
1.2 Les autres mesures socio-économiques 52
1.2.1. En matière d'éducation de base 52
1.2.2. En matière de tourisme et de transport 54
2. Aspects sanitaires 56
2.1. Anticipation jusqu'à l'entrée du virus sur le territoire national 56
2.1.1. Renforcement du système de surveillance épidémiologique mais insuffisant 57
2.1.2. Insuffisance de laboratoires ou de centres nationaux de référence opérationnels pour la détection précoce du virus 60
2.1.3. Défaillance au niveau du déploiement des équipes d'intervention 61
2.1.4. Insuffisance d'infrastructures de mise en quarantaine aux normes et pré-positionnement d'intrants 62
2.2. Organisation de la lutte de la première vague 63
2.2.1. Aggravation des défaillances de Surepi, de détection en laboratoire 64
2.2.2. Des préventions non sanitaires clairement définies mais lacunaires 70
2.2.3. Difficultés organisationnelles dans la prise en charge médicale 72
2.3. La gestion de la prise en charge post-soin 83
2.3.1. Inadéquation médico-sociale du traitement des dépouilles mortelles 83
2.3.2. La mise en œuvre d'une prise en charge psychologique 85
2.4. Difficulté de communiquer sur la santé publique dans la pandémie 86

2.4.1. Plan de communication d'urgence sanitaire existant mais à moitié mis en œuvre 86
2.4.2. Confusion de leadership en matière sanitaire 87
2.4.3. Dépendance de la communication du MSANP et conséquences en santé publique 87
2.4.4. Communication à mettre en phase à la réalité 88
2.4.5. Circuit de collecte à décalage temporel et autorité de qualification des décès COVID-19 89
2.4.6. Changement de stratégie de communication du Ministère de la santé publique .. 90
2.4.7. Continuité de prise en charge des autres pathologies 90
CONCLUSION 92

LISTE DES ABREVIATIONS

ACRONYME		DEVELOPPEMENT
ACM	:	Aviation Civile de Madagascar
ACTP	:	Argent Contre Travail Productif
ADEMA	:	Aéroports de Madagascar
AFD	:	Agence Française de Développement
AGEX	:	Agence d'Exécution
ANAMEM	:	Acandémie Nationale de Médecine de Madagascar
ANO	:	Avis de Non Objection
ATT	:	Agence des Transports Terrestres
BACE	:	Bureau d'Appui à la Coopération Extérieure
BFM	:	Banky Foiben'i Madagasikara
BIS	:	Brigade d'Intervention Spéciale
BMH	:	Bureau Municipal d'Hygiène
BMM	:	Brigade Multi Missions
BNGRC	:	Bureau National de la Gestion des Risques et des Catastrophes
CATDDO	:	Catastrophe Deferred Drawdown Option
CCO	:	Centre de Commandement Opérationnel
CEMA	:	Chef d'Etat-Major de l'Armée Malagasy
CHRD	:	Centre Hospitalier de Référence de Disctrict
CHRR	:	Centre Hospitalier de Référence Régional
CHU	:	Centre Hospitalier universitaire
CHUJRA	:	Centre Hospitalier Universitaire JRA
CHUJRB	:	Centre Hospitalier Universitaire JRB
CICM	:	Centre d'Infectiologie Charles Mérieux
CMC	:	Centre Médical Covid-19
CNC-LEM	:	Comité Nationale de Coordination Contre les Epidémies Majeures
CNGR	:	Centre National de la Grippe de l'OMS
CNOSSE	:	Centre National Opérationnel et Stratégique de Surveillance Epidiémologique
CNRG	:	Centre National de Référence OMS de la Grippe
COIA	:	Centre Opérationnel Inter Armée
COUS	:	Centre d'Opérations d'Urgence
COVAX	:	Covid-19 Vaccines Global Acces
COVID-19	:	Corona Virus Disease 2019
CRCO	:	Centre Régional du Commandement Opérationnel
CSB	:	Centre de Santé de Base
CSLPEM	:	Conseil Supérieur de Lutte Contre les Pandémies et les Epidémies Majeures
CTC	:	Centre de Traitement de la Covid-19
CTD		Collectivités Territoriales Décentralisées
CUA	:	Commune Urbaine d'Antananarivo
CVO	:	Covid Organics

ACRONYME		DEVELOPPEMENT
CVSF	:	Centre de Vigilance Sanitaires aux Frontières
CWG	:	Cash Working Group
DAI	:	Direction de l'Audit Interne
DCSSM	:	Direction Centrale du Service de Santé
DDP	:	Direction de la Dette Publique
DGFAG	:	Direction Générale des Finances et des Affaires Générales
DGFS	:	Direction Générale des Fournitures de Soins
DGFS	:	Direction Générale de Fournitures de Soins
DGMP	:	Direction Générale de la Médecine Préventive
DGOD	:	Direction Générale des Organismes de Défense
DGR	:	Direction Générale des Ressources
DGT	:	Direction Générale du Trésor
DLM	:	Dispositif de Lavage des Mains
DPS	:	Direction de la Promotion de la Santé au niveau du MSANP
DPS	:	Direction de la Protection Sociale au niveau du MPPSPF
DRCC	:	Direction Régionale de la Communication et de la Culture
DREN	:	Direction Régionale de l'Education Nationale
DRICA	:	Direction Régionale de l'Industrie, du Commerce et de l'Artisanat
DRPPSPF	:	Direction Régionale de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
DRSP	:	Direction Régionale de la Santé Publique
DVSSER	:	Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique
EIR	:	Equipe d'Intervention Rapide
EMA	:	Etat Major de l'Armée Malagasy
EPA	:	Etablissement Public Administratif
EPI	:	Equipement de Protection Individuelle
FID	:	Fonds d'Intervention pour le Développement
FJKM	:	Fiangonan'ny Jesoa Kristy eto Madagasikara
FNC	:	Fonds National de Contingence
GAVI	:	Global Alliance for Vaccines and Immunizations
GRC	:	Gestion des Risques et de Catastrophes
GRH	:	Gestion des Ressources Humaines
HCC	:	Haute Cour Constitutionnelle
HIMO	:	Haute Intensité de Main d'Œuvre
HMP	:	Hopital Manara- Penitra
HOMI	:	Hopital Militaire
IDI	:	INTOSAI development Initiative
INRSP	:	Institut Natioanl de Recherche en Santé Publique
INSTAT	:	Institut National de la Statistique
INTOSAI	:	International Organization of Supreme Audit Institutions
IPC	:	Prévention et de Contrôle des Infections
IPM	:	Institut Pasteur de Madagascar

ACRONYME		DEVELOPPEMENT
ISC	:	Institution Supérieure de Contrôle
ISSAI	:	International Standards of Supreme Audit Institutions
JIRAMA	:	Jiro sy Rano Malagasy
LA2M	:	Laboratoire d'Analyses Médicales Malagasy
LFI	:	Loi de Finances Initiale
LFR	:	Loi de Finances Rectificative
LOCS	:	Loi organique n° 2004-036 du 1er octobre 2004 relative à l'organisation, aux attributions, au fonctionnement et à la procédure applicable devant la Cour Suprême et les trois Cours la composant
MAE	:	Ministère des Affaires Etrangères
MCC	:	Ministère de la Communication et de la Culture
MDN	:	Ministère de la Défense Nationale
MEAH	:	Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène
MEDD	:	Ministère de l'Environnement et du Développement Durable
MEF	:	Ministère de l'Economie et des Finances
MEN	:	Ministère de l'Education Nationale
MGA	:	Malagasy Ariary
MICA	:	Ministère de l'Industrie, du Commerce et de la Consommation
MID	:	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MINJUS	:	Ministère de la Justice
MJS	:	Ministère de la Jeunesse et Sports
MPPSPF	:	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
MSANP	:	Ministère de la Santé Publique
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
MTEFPLS	:	Ministère du Travail de l'Emploi de la Fonction Publique
MTT	:	Ministère du Transport et du Tourisme
NOTAM	:	Notice to Airmen
OMC	:	Organe Mixte de Concertation
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONN	:	Office National de Nutrition
OSC	:	Organisation de la Société Civile
PAM	:	Programme Alimentaire Mondiale
PMDU	:	Plan Multirisque D'Urgence
PNGM	:	Plateforme National de Gestion Médicale
PNGRC	:	Politique Nationale de Gestion des Risques et Catastrophes
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
POS	:	Procédures Opérationnelles
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
PVVIH	:	Personne vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
QGO	:	Quartier Général Opérationnel
RGA	:	Recette Générale d'Antananarivo

ACRONYME		DEVELOPPEMENT
RPI	:	Ressources Propres Internes
RSI	:	Règlement Sanitaire International
RT-PCR	:	Real Time- Polymerase Chain Reaction
SAI	:	Service d'Appui Institutionnel
SARI	:	Severe Acute Respiratory Infections
SEMI	:	Services Mobiles d'Intervention
SG	:	Secrétaire Général
SIMR	:	Surveillance Intégré des Maladies et Riposte
SNGRC	:	Stratégie Nationale de Gestion des Risques et Catastrophes
SNU	:	Système des Nations Unies
SRAS-COV	:	Syndrôme Respiratoire Aigue Sévère
STD	:	Service Technique Déconcentré
SURECA	:	Service d'Urgence et de Riposte Epidémiologique et Catastrophe
TDR	:	Test Antigénique de Détection Rapide
TIG	:	Travaux d'Intérêts Généraaux
UCP	:	Unité de Coordination des Projets
UNICEF	:	United Nations International Children's Emergency Fund
USAID	:	United States Agency for International Development
USD	:	United States Dollar
USPPI	:	Urgence de Santé Publique de Portée Internationale
WB	:	World Bank (Banque Mondiale)

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX :

Tableau 1 : Chronogramme des activités.....11
Tableau 2 : Evolution des structures de mises en œuvre des plans d'intervention.....21

FIGURES

Figure 1 : Articulation de la gestion de la pandémie et des quatre missions de la Cour.....10
Figure 2 : Structure du CCO-COVID-19 20

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

La Cour recommande de :

Concernant l'aspect juridique :

- Adopter la loi organique prévue par la Constitution de 2010 de la IVème République en son article 61, pour délimiter l'étendue et le contenu des pouvoirs spéciaux du Président de la République dans une situation d'exception ;
- Matérialiser par des actes légaux et/ou règlementaires toutes (nouvelles) structures de gestion de crise.

Concernant les plans d'intervention :

- S'assurer de la mise à jour des politiques publiques d'intervention en matière de gestion de crise sanitaire selon les expériences capitalisées et l'évolution des contextes ;
- Elaborer les plans d'intervention prévus par les textes légaux et règlementaires pour mieux prévenir les risques et catastrophes et servir de lignes directrices à toutes les parties prenantes dans le pilotage coordonné d'une crise ;
- S'assurer que tout développement de nouveau plan soit inscrit dans le cadre de la politique nationale et la stratégie nationale de gestion de risques ainsi que ces déclinaisons ;
- S'assurer de la cohérence interne et externe des différents plans pour faciliter leur mise en œuvre ;
- Respecter la hiérarchie des plans afin de faciliter la mise en œuvre des activités prévues ;
- Veiller à ce que le type de plan élaboré respecte les caractéristiques y afférentes en tenant compte de tous les aspects à intégrer (activités, ressources humaines, matérielles et financières) afin de garantir une maîtrise optimale de la gestion d'un risque et catastrophe voire d'une crise notamment sanitaire ;
- Conformément aux textes en vigueur, s'assurer que chaque ministère sectoriel ait développé un plan de soutien, un plan de continuité d'activité pour servir de ligne de conduite dans la gestion de la crise ;
- S'assurer de la disponibilité des plans d'intervention régionaux afin de servir de ligne directrice aux acteurs régionaux et locaux et éviter une forte centralisation des activités.

Concernant la le rôle et la coordination des acteurs :

- Mettre en place un répertoire de toutes les structures existantes tant au niveau national que local ainsi que leur mission respective afin de pouvoir les mobiliser à toutes fins utiles et les impliquer dans toutes les phases ;

- Confier au ministère technique concerné par un risque spécifique la coordination multisectorielle de la gestion de la crise (le ministère de la santé pour le cas d'espèce de gestion de la crise sanitaire et les prochaines vagues) ;
- Améliorer la collaboration interministérielle pour faciliter la coordination des appuis et mettre en place une réponse commune auprès de tous les acteurs concernant les secteurs prioritaires en vue de disposer d'une meilleure réponse coordonnée et sécurisée ;
- S'assurer que toutes les décisions prises soient en consultation et en concertation avec les ministères concernés afin de garantir sa faisabilité sur le terrain ;
- Optimiser les structures existantes au niveau central et régional pour faire face à la crise sanitaire comme le prévoit les différents plans et stratégies ;
- Octroyer aux régions une plus grande marge de manœuvre dans la gestion de crise ; Renforcer la collaboration entre le central et le régional ;
- Mettre en place les démembrements du BNGRC au niveau territorial telle que prévue par les cadres règlementaires ;
- Bien définir le lead des différents programmes sociaux (Vatsy Tsinjo, etc.…) pour éviter les conflits de leadership.

Concernant les mesures prises :

En général :

- Mettre en place une plateforme d'échange constante de bonnes pratiques et de partages d'expériences, avant, pendant et après la crise sanitaire, afin de capitaliser les bonnes pratiques et en tirer des leçons ;
- Tenir compte des bonnes pratiques régionales et les dupliquer sur le plan national.

En matière sanitaire :

- Maintenir la stratégie de guerre adoptée dont la surveillance épidémiologique ;
- Capitaliser les acquis et préparatifs du MSANP en matière de gestion de crise ;
- Mettre en place des dispositifs complémentaires pour compenser le délai hors des zones de surveillance électronique à l'échelle nationale ainsi que les limites du système d'alerte précoce conformément aux avis des spécialistes.
- Optimiser la politique d'isolement des malades en garantissant les mesures d'accompagnement ;
- Pérenniser l'alimentation de la base de données dans le PNGM et l'utilisation du Cov-Data et favoriser la collaboration entre le Cov-Data et le PNGM ;
- Mettre en place un espace couvert au niveau de chaque centre de traitement destiné à accueillir les accompagnateurs des malades ;
- Déployer un système de soutien psychologique pour accompagner les patients, les familles et les médecins.

- Adopter un mécanisme de front office direct et systématique au niveau des centres de traitement pour faciliter la remontée des informations ;
- Etablir une base de données selon la catégorie ou la gravité des maladies ;
- Faciliter l'accès aux traitements liés au COVID-19 ;
- Augmenter le nombre d'ambulances médicalisées ;
- Promouvoir et valoriser l'analyse et les recherches et développement (RD) ainsi que les recherches cliniques, anthropologiques et sociales ;
- Mettre en place et rendre effectif un mécanisme de gestion opérationnel de l'approvisionnement (stockage, distribution) en équipements (EPI, oxygène, médicaments, désinfectant etc.) ;
- Renforcer le système de contrôle de gestion des médicaments notamment au niveau des CSB (proximité et subsidiarité) afin d'éviter les éventuelles dérives et détournements ;
- Renforcer l'implication des instances scientifiques médicales telles que l'ANAMEM dans la lutte contre les pandémies ;
- Renforcer les partenariats avec les hôpitaux privés ainsi que les médecins et paramédicaux privés pour la prise en charge des malades afin de mieux gérer le débordement dans les hôpitaux publics et les CTC ;
- Renforcer les partenariats avec les pharmacies pour améliorer la gestion des médicaments et éviter toute rupture de stocks tout en impliquant les interventions des responsables administratifs étatiques.

En matière socio-économique :

- Rendre compte de l'organisation générale des programmes (système d'approvisionnement, source de financement, mode de passation des marchés publics, nombre de bénéficiaires...) ;
- Garantir la continuité des activités du secteur éducatif en période de crise ;
- Anticiper et améliorer la capacité de résilience du système éducatif ;
- Promotion du tourisme local ;
- Informatisation des flux des voyageurs pour une meilleure traçabilité ;
- Trouver des alternatives appropriées en tenant compte des paramètres socioculturels de la société malgache, face à l'interdiction d'enterrer les personnes décédées de la Covid-19 dans leur région natale.

Concernant la communication :

En matière de plan de communication :

- S'assurer que les plans de communication initialement prévus ou mis à jour soient mis en œuvre et que tout autre activité ou message à véhiculer non prévu par ledit plan soit réalisé en concertation avec le ministère technique concerné pour un impact maximum ;

- Rendre fluide la communication interne au niveau du MSANP dont la collecte d'information en mettant en place des dispositifs complémentaires, si nécessaire tels que procéder à la digitalisation de la base de données.

En matière de canaux de communication :

- Optimiser l'utilisation de la plage gratuite de la chaîne nationale offerte par les textes en vigueur et de permettre au MSANP d'intervenir au maximum sur tous les aspects liés à la santé publique (lié directement à la COVID-19 ou non) et aux autres ministères sectoriels de communiquer sur toutes les formes afin d'atteindre le plus de publics cibles et d'atteindre les objectifs fixés ;
- Assurer au Ministère Technique concerné le recourt à toutes les formes de communication, à tous les canaux de communication disponible qu'il juge opportun et nécessaire en mettant à sa disposition toutes les ressources nécessaires (collaboration avec les autres Ministères et PTF, matériels, humaines et financières).

En matière de message :

- S'assurer de l'uniformisation des messages à véhiculer quel que soit l'intervenant ;
- Bien dissocier les communications politiques et celles de santé publique pour que les intervenants techniques puissent se focaliser sur l'essentiel et que la population s'approprie les messages clés ;
- Concorder le message à passer avec le contexte et la réalité ;
- Véhiculer les messages d'apaisement social ;
- S'assurer que les interventions du MSANP ne soient pas limitées en termes de messages à véhiculer et que tous les aspects liés à la santé publique puissent être abordés ;
- Réaliser l'émission « feon'ny fahasalamana » sur une même plage horaire dans toutes les chaînes pour sensibiliser la population et prévenir les éventuelles prochaines vagues.

Concernant les ressources :

- Rendre attractif le secteur afin de renforcer l'effectif insuffisant et le système sanitaire ;
- Assurer la disponibilité des logistiques et équipements de protections pour le personnel de la santé ;
- Mettre à disposition des centres de soins les équipements et infrastructures adéquats (approvisionnement en bouteilles d'oxygène etc.) et ressources humaines suffisantes ;
- S'assurer que les agents qui ont contribué directement dans la lutte contre l'épidémie liée à COVID soient rationnellement motivés (numéraire, reconnaissance honorifique, etc.)
- Augmenter le nombre/capacité des salles de réanimation dans tous les centres hospitaliers ;

INTRODUCTION

CONTEXTE DE LA MISSION

Le 31 décembre 2019, des rapports ont fait état de l'éclosion de pneumonie virale d'origine inconnue à Wuhan en Chine. Il a été déterminé que la cause de cette maladie était un nouveau coronavirus, auquel l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a donné le nom de **coronavirus** du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-Cov-2**)** plus communément appelé **COVID-19.** C'est une maladie infectieuse venant de l'extérieur qui a traversé notre frontière et qui a des conséquences graves sur la santé, la société et l'économie.

Face à la pandémie mondiale qui n'a épargné aucun pays, en mars 2020, Madagascar confirmait son premier cas et le Gouvernement Malagasy a décrété la situation d'exception dès le 21 mars 2020, par les décrets n°2020-359 et suivants, avec des mesures afférentes à l'état d'urgence sanitaire. La situation de crise sanitaire a touché directement la vie au quotidien de la population et celle de la communauté, avec une intervention des partenaires techniques et financiers, ainsi que des contributions citoyennes et des personnes morales.

Pour gérer l'extrême urgence où personne n'a eu de connaissance précise sur le virus et la maladie, la restriction de libertés (confinement partiel ou total, fermeture de frontières, mise en quarantaine, mesures barrières, etc.) – *à tort ou à raison* – était appliquée dans cette question « de vie ou de mort ». Des mesures de santé publique ont été prises bien que même les spécialistes de la virologie et santé publique ont tâtonné. Il a fallu aussi prendre des mesures d'accompagnement socio-économiques et le non-respect des dispositions devaient être assorti de sanctions (travaux d'intérêt général etc.).

L'appel au public et la participation en milliard de dollars des bailleurs ainsi que le fonds de contrepartie de l'Etat Malagasy ont amené les parties prenantes dont les organisations de la société civile (OSC) à demander/exiger la redevabilité et la transparence auprès des gouvernants (rendre compte) dans la gestion de la crise et des financements.

1. Mandat de la Cour des comptes

Suivant l'article 280 de la loi Organique n° 2004-036 du 1er octobre 2004 relative à l'organisation, au fonctionnement, aux attributions et à la procédure applicable devant la Cour Suprême et les trois Cours la composant qui prévoit que : « *La Cour des Comptes procède à l'examen de la gestion des ordonnateurs du budget de l'Etat, des Provinces Autonomes et des Etablissements publics nationaux et provinciaux à caractère administratif. A cet effet, elle apprécie : 1-la régularité de la gestion ; 2 - le bon emploi des crédits ; 3- la performance des services publics.*», la Cour des Comptes a procédé en 2021 à l'audit de quatre aspects de la gestion de la pandémie de COVID-19 dont le volet organisationnel.

D'ailleurs au niveau national, le Gouvernement à travers sa porte-parole, a invité les OSC à attendre les rapports de la Cour des Comptes. De surcroit, l'action de contrôle a été vivement encouragée par les instances internationales de contrôle des finances et de gestion publique auxquelles Madagascar appartient (IDI-INTOSAI).

Quatre missions, sur la gestion s'étalant du 1er janvier au 31 décembre 2020, ont été entamées dans le cadre de la première vague de la pandémie dont deux audits de conformité et deux audits de performance à savoir (i) l'audit des flux financiers et l'audit des marchés publics au titre de la COVID-19 ainsi que (ii) l'audit des mesures d'accompagnement sociales et l'audit organisationnel de la gestion de la crise.

Elles consistent à rendre compte et à éclairer l'opinion publique, sur la gestion des actions publiques et formuler des recommandations aux acteurs de la vie publique (à charge et à décharge) vers la prise de décision des actions rectificatives d'amélioration par la capitalisation des expériences pour mieux faire face aux éventuelles prochaines vagues, voire des éventuelles situations d'exception.

2. Objectif de l'audit

Conformément aux termes de référence, l'objectif général de cet audit est d'apprécier l'efficacité et l'efficience de l'organisation de l'Administration dans la gestion de la crise liée à la COVID-19.

Les objectifs spécifiques de l'audit consistent en :

- l'évaluation de la mise en œuvre de la gestion de crise si elle répond aux attentes d'une gestion performante de contingence (médicale ou non) ;
- l'appréciation du mode de gestion socio-économique et financière s'il est conforme aux dispositions légales en vigueur et mené d'une manière rationnelle.

3. Périmètre d'intervention

Compte tenu des intervenants et parties prenantes ainsi que des futurs destinataires des recommandations, l'audit organisationnel s'est orienté vers :

(i) D'une part, le Centre de Commandement Opérationnel (CCO), au niveau central, incluant la quasi-totalité des Ministères centraux et les structures œuvrant dans la gestion des risques et catastrophes notamment :

- Le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation (MID) ;
- Le Ministère de la Culture et de la Communication (MCC) ;
- Le Ministère de la Santé publique (MSANP) :
  - La Direction Générale de la Médecine Préventive (DGMP) ;
  - La Direction de la Promotion de la Santé (DPS) ;
  - La Direction de la Communication ;
  - La Direction de la Veille, de la Surveillance Sanitaire et Epidémiologique et Riposte (DVSSER) ;
  - La Direction Générale des Ressources (DGR) ;
  - La Direction Générale des Formations Sanitaires (DGFS) dont les CHU ;
  - L'Unité de Coordination des Projets (UCP) ;
  - Les laboratoires LA2M et IPM
- Le Bureau National de Gestion des Risques et Catastrophes (BNGRC) ;
- Le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) :
  - La Direction Générale des Finances et des Affaires Générales (DGFAG) ;

- La Direction Générale du Trésor (DGT) dont la Direction de la dette Publique (DDP) et la Recette Générale d'Antananarivo (RGA) ;
- La Direction de l'Audit Interne (DAI) ;
- Le BACE (Bureau d'Appui à la Coopération extérieure) ;

- Le Ministère de la Population dont la Direction de la Protection Sociale ;
- Le Ministère de l'Industrie, du Commerce et de l'Artisanat (MICA) ;
- Le Ministère de l'Education Nationale (MEN) ;
- Le Ministère de la Défense Nationale (MDN) ;
  - L'Etat-Major des Armées Malagasy, y compris le Centre Opérationnel Inter-Armée (COIA) ;
  - La Direction Générale des Organismes de Défense (DGOD) ;
  - La Direction Centrale du Service de la Santé Militaire (DCSSM) ;
  - La Brigade d'Intervention Spéciale (BIS) ;
- Le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MEDD) ;
- Le Ministère du Tourisme et des Transports (MTT) ;
- Le Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène (MEAH) ;

(ii) D'autre part, les Centres Régionaux de Commandement Opérationnels (CRCO), sur les deux Régions estimées représentatives des 22 Régions de Madagascar sur la propagation et la gestion de la pandémie ainsi que la Région de la Capitale :

- ATSINANANA
- HAUTE MATSIATRA
- ANALAMANGA

Le Gouvernorat, la Préfecture, les collectivités territoriales décentralisées (CTD) et les services techniques déconcentrés (STD) des secteurs concernés.

Ainsi, l'audit traitera de la gestion de la crise sanitaire de la première vague.

4. Méthodologie

En tant qu'Institut Supérieur de Contrôle (ISC), la Cour s'est alignée aux normes internationales d'audit notamment l'ISSAI 300 définissant les principes fondamentaux de l'audit de la performance et le GUID 3920 décrivant le processus de l'audit de la performance.

Aussi, dans le cadre de la coopération de la Cour avec l'IDI (Initiative de Développement de l'INTOSAI) pour la mise en œuvre de son plan stratégique de 2020-2024, la mission était appuyée par des experts de l'ISC de Norvège durant le processus d'audit à travers des séances de travail en ligne pour un accompagnement professionnel. Une harmonisation avec les trois autres missions a été effectuée dans la mesure du possible compte tenu de la transversalité de l'approche systémique. Quant au PNUD, il a appuyé matériellement et financièrement.

L'audit s'est déroulé en 3 phases distinctes :

- La phase préparatoire incluant une réunion de cadrage pour apprécier le mandat, établir le chronogramme des activités et établir la cartographie des parties prenantes. Ensuite, une revue

documentaire était faite pour pouvoir procéder à la rédaction du plan d'audit matérialisant les objectifs, les critères et les questions d'audit. S'ensuivent l'élaboration des questionnaires des descentes et la communication avec les entités à auditer à travers l'envoi d'une lettre d'introduction.

➢ Les entretiens et collecte d'éléments probants à travers des descentes sur terrain après avoir fait le repérage des régions représentatives (foyer épidémique, champion de la lutte et le central abritant la Capitale) en tenant en compte, entre autres, le mode de vie de la population et le climat des zones ciblées. Le déplacement en Régions est également un moyen pour effectuer une analyse croisée et en cascade, entre le niveau central et territorial. Il est également à noter que l'équipe a procédé à des entretiens en ligne du moment où les descentes sur terrain n'étaient pas faisables suite aux mesures de restriction.

➢ La rédaction du rapport après avoir effectué l'analyse, la corroboration et la synthèse des documents obtenus et le résultat des entretiens.

Enfin, une audience a eu lieu suivant les procédures au sein d'une juridiction financière.

En outre, les textes ci-après ont servi de référence dans la réalisation de la mission :

- ✓ La constitution de la 4ème République du 10 décembre 2010 ;
- ✓ La loi organique sur les lois de finances n°2004-007 du 26 juillet 2004 ;
- ✓ La loi n° 91-011 du 18 juillet 1991 relative aux situations d'exception ;
- ✓ La loi 2004-036 du 1er octobre 2004 relative à l'organisation, aux attributions, au fonctionnement et à la procédure applicable devant la Cour Suprême et les trois Cours la composant ;
- ✓ La loi n° 2011-002 du 15 juillet 201 portant Code de la Santé
- ✓ La loi n° 2015-031 du 12 février 2016 relative à la Politique Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes ;
- ✓ La loi n° 2016-055 du 25 janvier 2017 portant code des marchés publics ;
- ✓ Le décret n° 2019-1954 du 28 octobre 2019 relative aux modalités d'application de la loi n° 2015-031 du 12 février 2016 relative à la Politique Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes ;
- ✓ Le décret n° 2019 - 1958 du 16 octobre 2019 fixant l'organisation, le fonctionnement et les attributions du Bureau National de Gestion des Risques et des Catastrophes (BNGRC) ;
- ✓ Le décret N°2020 –359 du 21 Mars 2020 proclamant l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire de la République (prolongé toutes les quinzaines) ;
- ✓ La Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes (2016-2030) – Septembre 2016 ;
- ✓ Le décret N° 2004-319 du 09 mars 2004 instituant le régime des régies d'avances et des régies de recettes des Organismes Publics ;
- ✓ Le décret n° 2020- 725 portant création du « Fonds de riposte à la pandémie COVID – 19 » du 02 juillet 2020 ;

- ✓ Le décret n° 2021-887 du 03 septembre 2021 déclarant la fin de l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire de la République ;
- ✓ L'arrêté n° 2771/2020 du 16 novembre 2020 portant création de la structure organisationnelle et institutionnelle de mise en œuvre du « Plan Multisectoriel D'Urgence - PMDU » pour la lutte contre le Covid-19 ;
- ✓ L'arrêté n° 002/2020 – PREF/FTSOA/AD/SAN du 21 Février 2020 portant création et désignation des membres du Comité Régional de lutte contre la propagation des maladies causées par les Coronavirus ;
- ✓ Le plan de contingence multirisque du gouvernement et du comité permanente inter-agences (2015-2016) ;
- ✓ Le plan Multi sectoriel d'Urgence (PMDU) du 1er juillet 2020;
- ✓ Le plan national de contingence pour la préparation et la réponse à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau coronavirus 2019-Cov – Février 2020 ;
- ✓ Plan national de riposte (draft du 27 mars 2020).

Compte tenu des facteurs de succès dans les termes de référence, quelques contraintes ont limité l'analyse et impacté les résultats obtenus sur terrain :

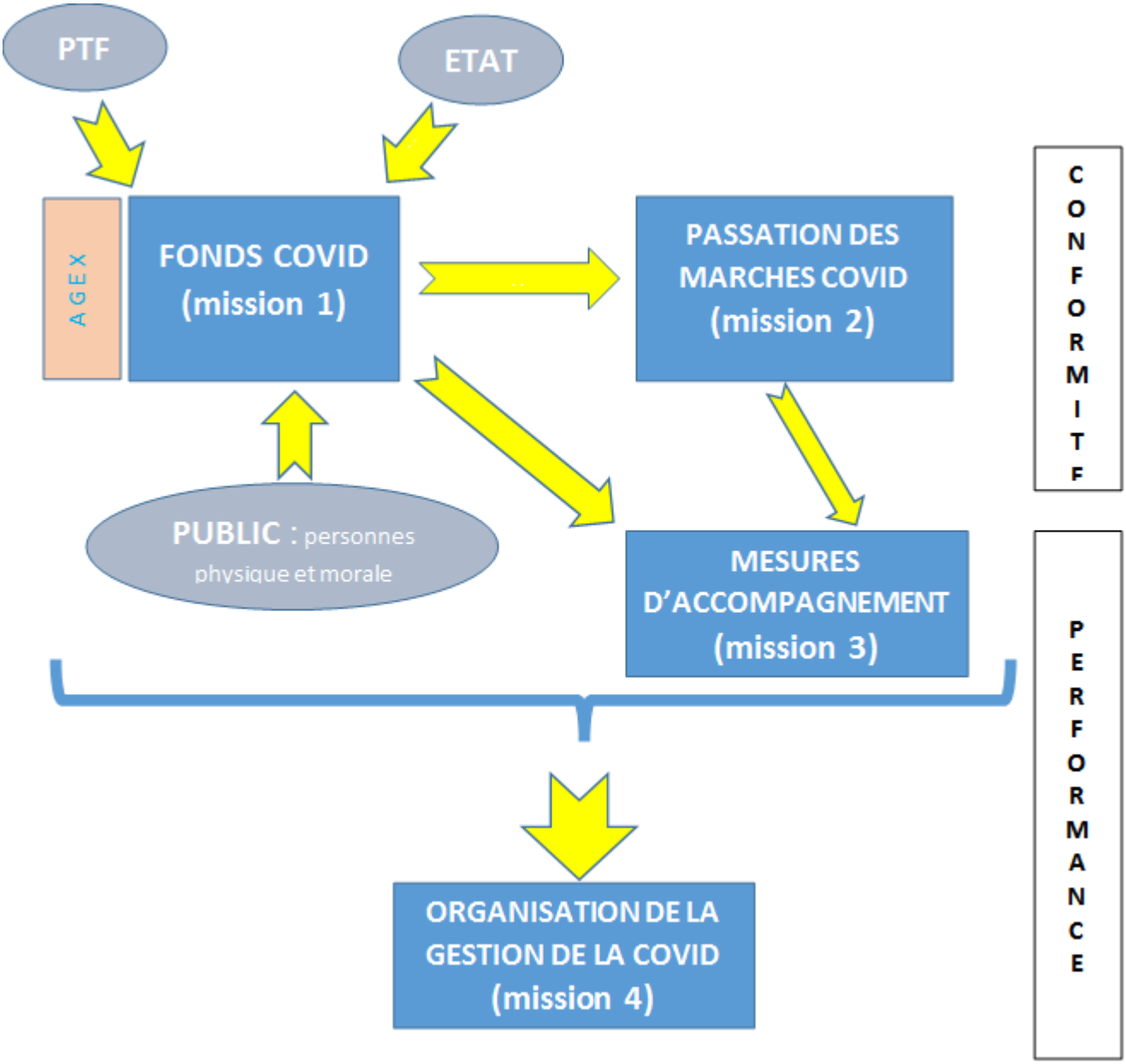
- D'importantes informations sont manquantes suite à la non-obtention d'audience auprès de certaines structures principales à la lutte (le Centre de Commandement Opérationnel/CCO-MID, la Communication et porte-parole du Gouvernement/MCC (annexe 1), et des responsables et entités à la Présidence) malgré l'annonce solennelle des audits par lettre officielle de la Cour.

- Outre cette réticente à donner suite aux demandes d'audience, l'appréhension pour fournir les informations disponibles a été constatée. La Cour a remarqué une incompréhension et confusion entre le périmètre d'un audit financier et celui d'un audit organisationnel. Beaucoup pensent qu'un audit concerne uniquement la gestion de fonds et le confondent à une audition (enquête judiciaire). La seule entité qui a donné de statistique se limitait à livrer un graphique imprimé montrant l'évolution des chiffres ;

- Compte tenu de l'urgence, l'équipe de mission a établi **deux notes** pour aviser à temps les instances décisionnelles :
  - sur la gestion de la COVID-19 dans les centres hospitaliers (insuffisance d'oxygène pour la prise en charge des cas graves, de puissance électrique du groupe électrogène, dysfonctionnement de scanner, matériels de protection et médicaments) ainsi que
  - sur la surveillance épidémiologique et gestion de la dépouille mortelle.

La figure ci-après présente schématiquement le résumé des missions d'audit de la Cour :

Figure 1 : Articulation de la gestion de la pandémie et des quatre missions de la Cour



Source : les rapporteurs

Mission 1 : Audit des flux financiers liés à la lutte contre la COVID-19

Mission 2 : Contrôle des marchés publics passés dans le cadre de la riposte à la pandémie COVID-19

Mission 3 : Audit de performance des mesures d'urgence sociales dans le cadre de la lutte contre la COVID-19

Mission 4 : Audit organisationnel (approche systémique) de la gestion de la crise sanitaire liée à la COVID-19

5. Calendrier de réalisation

Quant aux activités, la mission s'est déroulée du 01er mars 2021 au 30 juillet 2021.

Tableau 1 : Chronogramme des activités

	Tâches	Mars				Avril				Mai				Juin				Juillet			
	Phase préparatoire																				
1	Réunion de cadrage	■																			
	Revue documentaire	■	■																		
	Elaboration des questionnaires de descentes		■	■																	
	Rédaction du plan d'audit		■	■																	
	Communication avec les entités à auditer		■	■																	
	Descente et collecte des éléments probants																				
2	***Déplacement en Région***																				
	Antsinanana				■																
	Haute Matsiatra					■															
	Descente au niveau central						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
	BNGRC																				
	Ministère de l'Economie et des Finances																				
	Ministère de la Défense Nationale																				
	Ministère de l'Industrie																				
	Ministère de la population																				
	Ministère de l'Environnement																				
	Ministère du Tourisme et du Transport																				
	Ministère de l'Education Nationale																				
	PTF (UCP, BACE)																				
	Ministère de la Santé publique																				
	Formations sanitaires (CTC et CHU)																				
	Laboratoires (IPM et LA2M)																				
	Pharmalagasy																				
	Région Analamanga (la Capitale)																				
3	**Restitution de la mission au PNUD**							■													
4	**Analyse et synthèse**																	■	■	■	
5	**Rédaction du rapport**																	■	■	■	
6	**Audience**																				■
7	**Accompagnement professionnel des experts**			■	■			■							■				■	■	

Le rapport de la Cour, soumis par l'équipe de mission, suit les procédures prévues par la LOCS (conclusions du Parquet Général, audience, décision de la formation de jugement).

6. Communication des résultats de l'audit

Le présent rapport sera communiqué aux instances concernées conformément à l'article 385 de la LOCS qui prévoit que : « *le contrôle est sanctionné par un rapport établi conformément aux règles de procédure applicable devant la Cour des Comptes. Sont destinataires du rapport :*

1. le Président de la République et le Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;
2. les Supérieurs hiérarchiques ;
3. les Autorités de tutelle ;
4. les services publics ou l'organisme intéressé. »

De ce qui précède, le présent rapport est structuré comme suit, le premier titre sera focalisé sur l'*organisation administrative et financière* notamment les aspects juridiques de la crise sanitaire ainsi que les aspects administratifs et l'organisation de la gestion des ressources. Le deuxième titre portera sur l'*organisation des interventions* sur les plans sociaux et économiques ainsi que médicaux.

RESULTATS DE L'AUDIT

La crise liée au COVID-19 est une situation exceptionnelle assimilée à une situation de guerre dont le Ministère de la santé est le premier responsable. Cette situation de guerre s'oriente plus vers une guerre de stratégie qu'une guerre des moyens car seuls les pays ayant pu définir les stratégies associées à des mesures adéquates tout en tenant compte des impacts sociaux ont pu maîtriser au maximum la pandémie.

I. ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

Cette première partie est consacrée à l'analyse de l'optimisation des structures de gestion mises en place ainsi que les procédures et allocations de moyens. En effet, des nouvelles entités ont été prévues dans les politiques publiques et textes législatifs/réglementaires, et le constat de terrain permet d'apprécier les structures réellement créées et/ou conçues durant la crise et leur articulation avec celles existantes. Elle tend à répondre aux questions : ont-elles permis de gérer la crise avec succès et la gestion financière a-t-elle été appliquée d'une manière rationnelle et appropriée ?

1. Aspects juridiques et planification

Sur le territoire national, une situation d'urgence est cadrée par la constitution de la 4ème république, en son article 61.

1.1 Obsolescence des textes législatifs et règlementaires de référence

Dès la détection de trois (3) cas confirmés au niveau national en mars 2020, le gouvernement Malagasy a pris la décision de proclamer l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire de la République le 21 mars 2020 suivant le décret n°2020 –359. Bien que ce nombre ne semble pas significatif, il s'agit de la mise en œuvre des recommandations de l'OMS[1] suite à la déclaration de la flambée de nouveau coronavirus (2019-nov.) comme une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI)[2] le 30 janvier 2020 ; et de la déclaration consistant à caractériser la COVID-19 comme pandémie face au niveau alarmant de propagation de la maladie et sa gravité[3] ainsi que l'inaction des Pays le 11 mars 2020.

- ***Une loi se référant à la Constitution de la 2ème République***

Dans la mesure où aucune disposition de loi organique n'a encore été prise pour compléter et détailler cet article 61 de la Constitution de la 4ème république, la loi n° 91-011 du 18 juillet 1991 relative aux situations d'exception reste toujours en vigueur et définit :

- les situations qualifiées de « situations d'exception » dont la situation d'urgence,
- les conditions de proclamation d'une situation d'urgence notamment en cas d'évènement qui, par la nature et leur gravité, présentent un caractère de calamité publique ;

[1] https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline

[2] Règlement Sanitaire International 2005 p10 : « urgence de santé publique de portée internationale » s'entend d'un événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le présent Règlement, i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ;

[3] 7 834 cas confirmés et 170 décès dans le monde dont 7 736 constatés en chine et 98 cas confirmés dans 18 autres pays notamment en Europe et en Asie (https://news.un.org/fr/story/2020/01/1060852)

- la modalité d'application qui se fait par prise de décret fixant les *circonscriptions territoires concernées* et les délais d'une ***situation d'urgence de 15 jours renouvelables*** dans les mêmes conditions.

De plus, ladite loi qui a été adoptée conformément à la Constitution de la 2ème République, prévoit le pouvoir de plein droit du Président de la République. Ainsi, elle prévoit également que le décret pris en conseil des Ministres soit soumis à l'avis de la Haute Cour Constitutionnel et à celui du Président de *l'Assemblée nationale populaire, une structure qui n'existe plus*.
Dans la réalité, les déclarations du Président de la République ont mentionné la consultation des chefs d'Institutions notamment la HCC et le Parlement sur les décrets d'état d'urgence pris en Conseil des Ministres en interprétation de ladite loi.

❖ ***Un état d'urgence « sanitaire » imprévisible par les textes notamment la durée***

L'état d'urgence sanitaire de l'année 2020 rentre dans une exception d'état d'urgence par rapport aux situations connues jusqu'ici. Après la première déclaration, cet état d'urgence et les mesures de restriction ont été renouvelé tous les 15 jours jusqu'au 18 octobre 2020 *(soit pendant 7 mois).*
Pour les cinq mois de l'année 2021, à partir du 3 avril, onze décrets ont été pris pour la même durée (soit de 15 jours), jusqu'à la levée[4] de l'état d'urgence.
Donc, si la situation d'exception devrait être circonscrite dans une période relativement courte, l'état d'urgence lié à la pandémie de COVID-19 ne connait pas de délimitation temporelle, dans les textes.

❖ ***Les dispositions des textes règlementaires applicables et appliquées inaccessibles***

En outre, le Président de la République et l'exécutif, à travers les déclarations publiques, édictaient des mesures dont la force exécutoire émanait de simple déclaration ou qui permettait de suspendre l'application de dispositions en vigueur ou d'y déroger *sans que l'équipe d'audit ait eu accès aux actes légaux ou règlementaires y afférents*. A titre d'illustration, nous pouvons citer (i) la création de nouvelles structures comme le CCO et ses démembrements ou le « comité Loharano » au niveau des Fokontany ou (ii) la base des sanctions de travaux d'intérêt général pour le non-respect des mesures barrières (port de masques etc.) ou encore (iii) l'adoption d'une autre stratégie en parallèle à celle prévue par la politique nationale de gestion des risques et catastrophes et ses déclinaisons.

Bien que l'ordonnance n°62-041 du 19 Septembre 1962 relative aux dispositions générales de droit interne et de droit international privé prévoit que : « *En cas d'urgence déclarée par le Président de la République et sans préjudice de sa publication au Journal officiel, la loi devient obligatoire dans toute l'étendue du territoire de la République dès son affichage sur le tableau des actes administratifs de la sous-préfecture. Sauf impossibilité résultant d'un cas de force majeure, le texte de loi doit avoir été porté préalablement à la connaissance du public par émission radiodiffusée, par kabary ou par tout autre mode de publicité.* ». Cette ordonnance ne concerne que les lois.

Par conséquent, et de tout ce qui précède, la gestion de la crise sanitaire liée à la COVID-19 s'est basée sur des textes légaux et règlementaires se référant :

- soit aux dispositions antérieures à la Constitution de la 4ème république en matière de situation d'exception. Aucune mise à jour de ces textes n'est encore disponible pour l'instant.

[4] Décret n°2021-887 du 3 septembre 2021

- soit uniquement à des déclarations officielles dont la matérialisation par des actes légaux ou règlementaires n'a pu être constaté par l'équipe d'audit.

Ces insuffisances peuvent entraîner un risque ou critique de monopolisation de la gestion de la crise et des dérives juridiques de tout part, pouvant impacter sur la gestion de toute autre situation d'exception en général, y compris la crise sanitaire.

Ainsi, la Cour recommande de :

- ***Adopter la loi organique prévue par la Constitution de 2010 de la 4ème République en son article 61, pour délimiter l'étendue et le contenu des pouvoirs spéciaux du Président de la République dans une situation d'exception ;***
- ***de mettre à jour la loi relative aux situations exceptions afin de mieux encadrer les différentes situations d'exception selon leurs spécificités dont sanitaire et technologique, les conditions et modalités d'application, les conditions de prolongation (durée et nombre de déclarations optima) de cet état d'exception ainsi que les détails minima à intégrer dans les décrets d'application ;***
- ***Matérialiser par des actes légaux et/ou règlementaires toutes (nouvelles) structures.***

1.2 <u>Des plans d'interventions incomplets, hors période et/ou incohérents</u>

La lutte contre l'épidémie liée à la COVID-19 est apparue sur le terrain comme la gestion des situations rentrant dans le cadre de risques tels que prévus par la loi n°2015-031 du 12 février 2016 relative à la politique de gestion des risques et catastrophes.

❖ *Les plans prévus mais non établis*

Le décret n° 2019-1954 fixant les modalités d'application de la loi suscitée prévoit tous les plans d'intervention nécessaire en cas de survenance de risques spécifiques (selon le secteur touché dont la santé pour la COVID-19). Dans le cas d'espèce, les plans prévus encadrent d'une part, les interventions du MSANP en tant que coordonnateur multisectorielle des risques spécifiques liés à la santé. A ce titre, elle a pour principale mission de prévenir l'introduction de la maladie et réduire l'impact de l'épidémie au niveau national mais également de définir une approche multisectorielle coordonnée afin d'endiguer la propagation du virus sur tout le territoire ; d'autre part, ils encadrent les interventions du BNGRC en tant que « coordonnateur des services essentiels » (quel que soit le secteur).

Sur le terrain, parmi les plans d'interventions tels que prévus par les articles 51[5], 52[6] et 53[7] dudit décret, étaient disponibles : un plan de contingence multirisques et multi-aléas de Gestion de

[5] Article 51 décret n° 2019-1954 : « Ces plans d'intervention sont … le plan de contingence multirisques et multi aléas de Gestion des Risques et des Catastrophes, incluant les plans d'urgence et d'organisation des secours … les plans de soutien destinés aux risques spécifiques. »

[6] Article 52 décret n° 2019-1954 : « Les plans d'intervention définissent les responsabilités de chaque entité et les procédures d'interventions, de secours, de relèvement ainsi que les conditions de mobilisation des moyens publics et privés susceptibles d'être réquisitionnés et mis en œuvre en cas de catastrophe par l'autorité compétente pour toute opération de secours d'urgences à chaque niveau d'intervention.

Risques et Catastrophes, un plan d'urgence destinés aux risques spécifiques[8] pour le MSANP appelé plan national de riposte.

Les **plans de soutien**[9], les **plans de continuité des activités**[10] ainsi que **les plans d'urgence**[11] pour chaque ministère sectoriel ont fait défaut et aucun texte ne prévoit de **plan de relance**[12].

Ces plans permettent de déterminer les rôles et responsabilités des différents intervenants, les procédures d'intervention, les cibles, les indicateurs ainsi que la budgétisation des activités conformément aux pratiques et définitions au niveau international. Ils sont censés se connecter entre eux dans le but d'harmoniser la gestion d'une crise multidimensionnelle, en interministériels ou intersectoriels sans oublier la dimension temporelle et spatiale. Et leur indisponibilité présente un risque inévitable de pilotage à vue des activités et une prise des mesures sur base de paramètres uniquement politiques.

- ***Le plan de contingence multirisque hors période (2015-2016) et complété en 2020***

Il a été relevé qu'un plan de contingence multirisque du gouvernement et du comité permanent inter-agences a été élaboré par le BNGRC en collaboration avec les ministères sectoriels pour la période de 2015 à 2016. Ce plan embrasse les principaux risques et catastrophes dont les épidémies majeures et pandémies (sanitaires). Il inclut également les rôles et responsabilités de chaque entité et une budgétisation des activités.

Suite à l'apparition de l'épidémie liée à la rougeole et la peste des années précédentes, le plan n'a connu de mise à jour avant les déclarations du 2019-nCOV comme USPPI et pandémie par l'OMS.

Les plans d'intervention font état des moyens publics et privés susceptibles d'être réquisitionnés et mis en œuvre en cas de catastrophe suivant les conditions prévues par les Lois et règlements en vigueur en la matière. »

[7] Article 52 décret n° 2019-1954 : « Chaque Ministère établit un plan de soutien, un plan de continuité des activités et un plan d'urgence pour chaque type de risque spécifique.

[8] Article 33 du décret 2019-1954 : Sans préjudice des dispositions de l'article 12 et 17 de la loi 2015-031 du 12 février 2016 relative à la Politique Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes, la coordination technique des actions de gestion des risques liés aux aléas tels qu'énumérés à l'article 3 du présent décret ainsi que la coordination des activités y correspondantes, relèvent par principe: du Ministère chargé de la Santé publique pour les grandes épidémies en matière de santé humaine;

[9] Le Plan de soutien recense exhaustivement toutes les mesures pour soutenir l'aspect socio-économique afin de permettre à chaque catégorie de population de prendre les mesures les concernant. Malgré que le PMDU prévoit des mesures socio-économiques, cela n'a pas été bien détaillé pour guider les parties prenantes ;

[10] Plan de continuité des services : ce plan intègre les dispositifs pour minimiser toute interruption de la disponibilité des services et des biens essentiels, de protéger les agents, de définir les structures à créer de manière permanente ou ponctuelle et enfin faciliter la reprise des activités. A titre d'illustration, une interruption du fonctionnement des juridictions à l'exception des contentieux de plus grande urgence et une reprise des activités difficile avec un ralentissement de l'activité ayant une conséquence sur la prise en charge des dossiers, plusieurs décès constatés également faute de plan de continuité des activités entre autres.

[11] Plan d'urgence : ce plan prévoit les activités, la programmation et systèmes à mettre en place pour les interventions d'urgence

[12] Plan de relance : ce plan prévoit les activités à moyen et long terme pour soutenir et relancer les activités socio-économiques

Ledit plan a été donc le document de base sur lequel s'étaient appuyé les autres plans développés par le MSANP ainsi que les préparatifs avant la déclaration de l'état d'urgence sanitaire sur le territoire national. Il a été complété en février et mars 2020.

En effet, la COVID-19 étant un risque spécifique lié à la santé, face à la recrudescence de la maladie au niveau international, le MSANP en collaboration avec l'OMS a pu développer un ***plan national de contingence*** pour la préparation et la réponse à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe et causée par le nouveau coronavirus 2019-nCOV ainsi qu'un ***plan national de riposte***. Ces plans ont complété et réajusté le plan de contingence multirisques du gouvernement et du comité permanent inter-agences (2015-2016) selon le contexte sanitaire incluant la mise à jour des structures mises en place ou encore la définition du plan de communication.

- ***Les incohérences (internes ou externes) des plans***

Les différents plans disponibles présentent des incohérences internes et externes. En effet, le traitement des différents aspects diffère ou présente des omissions à impacts très significatifs, d'un document à un autre.

A titre d'illustration, pour le cas de la mise en place de nouvelle(s) structure(s), le Plan national de contingence pour la préparation et la réponse à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau coronavirus 2019-nCov – Février 2020 prévoit la mise en place de nouvelles structures d'accueil (hôpital mobile, gymnase ou école) dans le renforcement de l'organisation des services de soins (en matière de planification et de coordination) :

- mais dans les scénarii développés dans le même plan, cet aspect n'a pas été repris (incohérence interne);
- et cela n'a pas été non plus repris dans le plan national de riposte (incohérence externe).

Donc la mise en place de ces nouvelles structures n'a pas été budgétisée. Ce qui figurait parmi les causes d'absence d'allocation de ressources (prévision et mise en œuvre) pour leur implémentation.

- ***Le rang élevé et chevauchement du PMDU par rapport aux autres plans***

Comme son nom l'indique, le *plan multisectoriel d'urgence (PMDU)* doit servir de « plan d'urgence », donc un plan découlant du plan de contingence multirisques et multi-aléas tels que prévus dans la loi n°2015-031 relative à la Politique Nationale (PNGRC) et la Stratégie Nationale (SNGRC). Cependant, si l'on se réfère au contenu, ce PMDU est difficile à mettre en œuvre directement dans sa totalité. En effet, le contenu prête à confusion car il intègre également (i) des plans de relance, (ii) des plans de soutien difficilement dissociables.

Cette inclusion de plusieurs aspects ramène le PMDU à un plan plus global, rattaché directement à la politique et la stratégie. L'équipe d'audit estime que le rattachement du Comité de pilotage à la Primature (présidé par SEM Le Premier Ministre), avec une mise en œuvre par le CCO-COVID-19 a une grande influence pour placer le PMDU « au rang de plan de contingence ». Ce qui ne laisse plus aux différents secteurs la marge de mettre en place et mettre en œuvre un plan « d'urgence » relevant de leurs missions, voire de mettre à jour et appliquer les plans sectoriels existants.

A titre d'illustration :

- il y a lieu de mentionner spécifiquement le MSANP étant donné que la crise est sanitaire. Notons que pour l'année 2021, le MSANP a dû élaborer un autre plan appelé « plan ririnina » (plan hivernal) cadré sur le PMDU pour servir de plan de riposte ;
- quant au CEMA qui disposait déjà d'un schéma directeur, document opérationnel en prévention au niveau du centre opérationnel de l'Etat Major, il a dû l'adapter suivant les stratégies mises en place.

De plus, à la déclaration de l'état d'urgence sanitaire (dès mars 2020), les entretiens menés ont fait état d'une autre stratégie de riposte à la crise sanitaire, qui a suspendu les autres plans sectoriels. Cette stratégie de riposte découle normalement du PMDU (juillet 2020), pris en conseil des ministres et mis en œuvre par le CCO ; mais face à l'indisponibilité des intervenants (jusqu'à la fin de rédaction de ce rapport en aout 2021) pour livrer les informations réelles, l'audit n'a pu apprécier les plans de référence réellement utilisés entre la première déclaration d'état d'urgence sanitaire et la mise en vigueur du PMDU, soit un risque élevé de pilotage à vue.

La Cour recommande de :

- ***Elaborer les plans prévus dans les textes légaux et règlementaires pour mieux prévenir les risques et catastrophes er servir de lignes directrices à toutes les parties prenantes dans le pilotage coordonné d'une crise notamment sanitaire ;***
- ***S'assurer de la mise à jour à temps du plan de contingence multirisque afin de garantir son applicabilité avec le contexte de la période concernée ;***
- ***S'assurer de la cohérence interne et externe des informations inscrites dans les différents plans pour faciliter leur mise en œuvre .***

1.3 <u>Implémentation ultérieure à la fin de la première vague 2020 du plan d'intervention</u>

Rappelons que la première vague court entre mars 2020 et octobre 2020, or le plan multisectoriel d'urgence (PMDU) a été adopté en juillet 2020. Il retrace les activités déjà réalisées et celles encore à mettre en œuvre dans tous les secteurs pour lutter contre la pandémie.

De plus, le PMDU, en tant que plan d'urgence devait servir sur le court terme (3 mois), avec objectif de contenir l'épidémie et de soutenir l'aspect socio-économique fortement impacté. Seulement, les structures prévues n'ont été mises en place qu'en novembre 2020, soit après la fin de l'état d'urgence sanitaire de la première vague (cf. le rapport sur le PMDU du 12 mai 2021) et les mesures détaillées s'inscrivent sur un délai à moyen terme.

A titre d'illustration, le plan mentionne :

- des financement des travaux qui portera sur l'entretien, la maintenance et la réhabilitation des ouvrages prioritaires dont le réseau routier urbain, national et les pistes rurales, les voiries urbaines et les infrastructures de traitement des déchets liquides et solides , les forages et systèmes d'adduction d'eau, les aménagements hydro-agricoles, les salles de classe, les campus universitaires, les centres hospitaliers et les formations sanitaires, les centres sociaux et d'accueil des sans-abris et les bureaux et bâtiments administratifs qui ne pourront se faire sur 3 mois ;

- la mise en place effective seulement au mois de novembre 2020[13] du Conseil Supérieur de Lutte contre les Pandémies et les Epidémies Majeures (CSLPEM) suivant l'arrêté n°27771/2020 du 16 novembre 2020 portant création de la Structure organisationnelle de mise en œuvre du « Plan Multisectoriel d'Urgence – PMDU » pour la lutte contre la COVID

Toutefois, le MSANP en tant que premier responsable de la santé publique s'est tenu, pour la lutte contre la pandémie, à leurs plans développés jusqu'en mars 2020 dans ses activités sectorielles en s'adaptant aux nouvelles stratégies ou instructions émises par les entités responsables de la coordination.

La Cour recommande de :

- ***S'assurer que tout développement de nouveau plan s'inscrive dans le cadre de la politique nationale et la stratégie nationale ainsi que ses déclinaisons ;***
- ***Respecter la hiérarchie des plans afin de faciliter la mise en œuvre des activités prévues;***
- ***Veiller à ce que le type de plan élaboré respecte les caractéristiques y afférents en tenant compte de tous les aspects à intégrer (activités, ressources humaines, matérielles et financières) afin de garantir une maitrise optimale de la gestion d'un risque et catastrophe voire d'une crise sanitaire.***

2. Aspects administratifs

Les aspects administratifs concernent la création de nouvelles structures, permanentes ou non, ainsi que les articulations avec les structures déjà existantes.

2.1.Non-respect des différents plans en place et ses conséquences

Avant l'existence de cas confirmés de COVID-19 sur le territoire national, les structures de coordination multisectorielle au niveau du MSANP dont le comité permanent (CNC-LEM) et le QGO ont été opérationnalisés sous la responsabilité de la DVSSER/DGMP[14]. Elles travaillaient déjà dès 2019 de concert avec les médecins militaires à travers le DCSSM[15] du MDN sur d'autres épidémies telles que la rougeole et la peste, au niveau national.

Dès l'apparition et la propagation du nouveau coronavirus en Chine, ce comité a été activé en Janvier 2020 sous l'impulsion du Ministre. Le QGO a donc été implanté au niveau du Centre National Opérationnel et Stratégique de Surveillance Epidémiologique (CNOSSE), qui est l'infrastructure faisant office de Centre d'Opération d'Urgence (COUS), selon la recommandation de l'OMS). Ce QGO assurait la coordination opérationnelle sur le côté

[13] arrêté n°27771/2020 du 16 novembre 2020 portant création de la Structure organisationnelle de mise en œuvre du « Plan Multisectoriel d'Urgence – PMDU » pour la lutte contre la COVID

[14] Direction de la Veille Sanitaire, Surveillance Épidémiologique et de Riposte à la Direction Générale de la Médecine Préventive

[15] DCSSM : Direction au sein du MDN. Elle fait partie des plus anciens services sanitaires Malagasy. Elle intervient dans le cas de survenance de catastrophes naturelles ou épidémies en renforcement des premiers responsables et en temps de crise sanitaire, intervient en soutien au MSANP lorsque le système sanitaire est débordé.

technique et sanitaire des six commissions prévues dans le Plan National de Contingence[16] pour la préparation et la riposte à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau CORONAVIRUS 2019-nCOV.

2.1.1 Interruption des préparatifs au niveau du MSANP suite à la création du CCO

A la déclaration de l'Urgence de Santé Publique International (USPPI) par l'OMS sur l'épidémie liée à la COVID-19, et avant la déclaration de l'état d'urgence sanitaire au mois de mars 2020, la DVSSER a déjà entamé plusieurs activités incluses dans le plan de préparation et de riposte de 2019 selon le RSI 2005[17]. Notons entre autres les formations du personnel de la santé, les pré positionnements des intrants, l'identification, la mobilisation et la formation (de juin à décembre 2019) des Equipes d'Intervention Rapide (EIR), la préparation de la logistique nécessaire et suffisante dès l'apparition des premiers cas, simulation au niveau des frontières nationales (axes routiers) et internationales (aéroport). En outre, le renforcement en janvier 2020 de la surveillance des neuf portes d'entrée dont les aéroports de la capitale et de Nosy Be ainsi que le port de la ville de Toamasina (en instaurant des dispositifs d'isolement) a été effectué notamment en termes de sensibilisation, identification et prise en charge des cas et identification de la salle d'isolement.

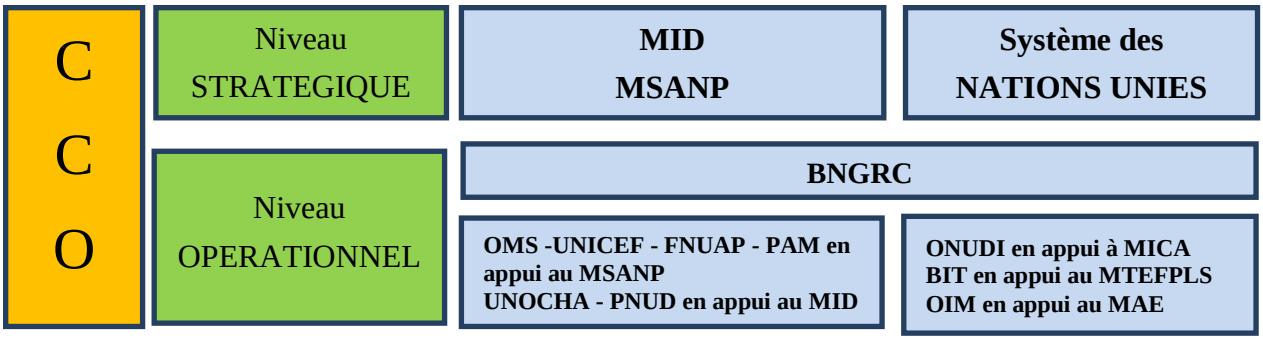
Pourtant, l'Etat Malagasy a opté pour une nouvelle stratégie à l'arrivée du virus sur le territoire national. Il a créé de nouvelles structures suivies de transfert de compétences qui suspend toutes préparations sanitaires : le Centre de Commandement Opérationnel (CCO-COVID-19) a vu le jour. En effet, malgré le fait que le MSANP déclare alors avoir été préparé quand le virus a atteint le territoire et a préalablement alerté les différents responsables nationaux, toutes les ressources pour la mise en œuvre des divers plans développés ont été délocalisées au profit de ce Centre, imprévu dans le plan de préparation et de riposte (2019). De plus, le personnel dudit CCO-COVID-19 et ses démembrements n'ont pas participé à la préparation technique et aux différents exercices de simulation. Ce défaut de préparation, médical ou non, du personnel du CCO s'est fait ressentir sur le terrain ; par exemple pour les évacuations sanitaires des malades du COVID-19 depuis leur domicile. En effet, au sein des équipes d'intervention, les membres issus CCO étaient plus craintifs et réticents par rapport aux militaires selon les entretiens ; de même au

[16]- Commission de veille et de surveillance communautaire qui a assuré la veille informationnelle au niveau de la communauté, la collecte et remontée des données nationales ainsi que le rétro information ;
- Commission de prise en charge qui s'occupe de l'organisation, des appuis, des formations du personnel de la santé, de la mise en place des critères pour la définition des cas et de la mise en œuvre des protocoles de traitement. Cette commission est présidée par le DGFS ;
- Commission logistique qui s'occupe de la gestion des intrants et des outils de gestion et dirigée par le SURECA ;
- Commission de riposte spécifique gérée par le SURECA et dont le secrétariat technique est assuré par le DLMT ;
- Commission de communication : qui est chargée d'assurer les actions de sensibilisation et de communication externe notamment la gestion du centre d'appel (réponse aux questions posées par la population, etc.) ainsi que la communication des statistiques quotidiennes ainsi que celle interne aux commissions; et est dirigée par le DPS
- Commission administration et finances : qui assure la gestion du personnel et l'établissement des besoins surtout au niveau de la DGR.

[17] Article 2 L'objet et la portée du présent Règlement consistent à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.

niveau régional, le personnel de la santé a bénéficié d'une formation sur la gestion des cadavres contrairement à l'équipe régionale (ou CRCO) alors que cette dernière en assurait la gestion.

Figure 2 : Structure du CCO-COVID-19



La Cour recommande en cas de crise sanitaire, de capitaliser les préparatifs et les acquis du Ministère de la Santé Publique (exercices, entrainements, simulations) et de faire de même pour tous les autres ministères sectoriels selon les risques spécifiques dont ils sont en charge.

2.1.2 Structures stratégiques et opérationnelles bien préparées mais non optimisées

Rappelons qu'en tant que coordinateur multisectoriel de la crise sanitaire, le MSANP disposait de « *structures additionnelles* » pour les activités opérationnelles y afférentes : le CNC-LEM et le QGO ; et le BNGRC quant à lui, assure l'opérationnalisation de la coordination multisectorielle des services essentiels (soit tout autre ministère que le MSANP).

Sur le terrain, sans parler de l'aspect politique du choix, le CCO-COVID-19 a accumulé les attributions stratégiques et opérationnelles simultanément. Ainsi, il a assuré à la fois le « commandement » et « l'opérationnel, soit un cumul du rôle du MSANP (vice-président du Centre) et du BNGRC (coordonnateur du Centre).

En responsable technique sanitaire de la lutte, les actions du MSANP poursuivaient toujours les dispositifs des plans conçus et développés, voire éprouvés à leur niveau. D'ailleurs, le CNC-LEM et QGO ont continué leurs activités dans la mesure où :

- Le CPLPEM prévu par le plan suscité a été remplacé par le CNC-LEM (Comité Nationale de Coordination contre les Epidémies Majeures) qui est interministériel et présidé par le Ministre en charge de la Santé Publique et géré techniquement par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique ;
- la coordination des six commissions, après rajout des deux autres, est assurée par le Quartier Général Opérationnel (QGO) au lieu de la Direction Générale de la Santé.

Après la première déclaration d'état d'urgence sanitaire et la création de nouvelle(s) structure(s), pour répondre à une épidémie majeure et pandémie, ces structures additionnelles prévues n'ont pas été opérationnalisées pour assurer la coordination multisectorielle, suivant le tableau suivant :

<u>Tableau 2</u> : Evolution des structures de mises en œuvre des plans d'intervention

	plan de contingence multirisques du gouvernement et du comité permanent inter-agences (2015-2016)		**Plan National de Contingence pour la préparation et la riposte à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau CORONAVIRUS 2019-nCOV**		**Structures réellement mises en place**	
	Structures	**leadership**	**Structures**	**leadership**	**Structures et attributions**	**leadership**
Décision politique	Conseil Supérieur de Lutte contre les Pandémies et les Epidémies Majeures (CSLPEM)	Premier Ministre			Comité de pilotage selon PMDU (Juillet 2020) : Définition des décisions politiques	Premier Ministre
Décision stratégique	Comité de pilotage de lutte contre les pandémies et les épidémies majeures (CPLPEM)	Ministère de la Santé publique (MSANP)	Comité Nationale de Coordination contre les Epidémies Majeures (CNC-LEM)	Présidence : MSANP Gestion technique : SG MSANP		
	Représentant des services	MID			CCO (sans texte de création mis en place dès la déclaration d'état d'urgence sanitaire) : définition des décisions stratégiques	MID (présidence) MSANP (Vice-Présidence)
Décision opération-nelle	- Commission de surveillance, suivi et évaluation -Commission de la réduction de la diffusion de la maladie -Commission de la réponse du système de santé	Directeur Général de la Santé (DGS)	-Commission de veille sanitaire et surveillance épidémiologique -Commission de prise en charge -Commission de la communication et mobilisation sociale - Commission de riposte spécifique -Commission de logistique	QGO	- Commissions (aucune information disponible faute de disponibilité des intervenants) : mise en œuvre des décisions stratégiques	CCO
	Commission des Services essentiels	Secrétaire exécutif du BNGRC				DG BNGRC
	Commission de la Communication (Réseau)	Secrétaire Général de la Santé et Secrétaire exécutif du BNGRC	Commission de Communication de masse	MSANP en partenariat avec le MCC	Communication de masse	MCC

Mais l'organisation au niveau national n'a pas pu profiter de cette avancée :

- le CNC-LEM a été mis en veille car selon le communiqué du 23 mars 2020 de la Direction de la Communication et des Relations Publiques, après la déclaration de l'état d'urgence sanitaire du 20 mars 2020, le « centre de commandement opérationnel (CCO) » a été mise en place officiellement et s'occupe des attributions du CNC-LEM ;
- le QGO déjà prêt au niveau du MSANP a été dupliqué (en termes d'attributions) au CCO pour opérationnaliser les décisions stratégiques.

Notons que la matérialisation juridique de cette mise en place du CCO-COVID-19 n'a pas été assortie de preuve probante, que ce soit en disposition légale ou règlementaire. Néanmoins, le rapport de situation conjoint numéro 1 du CCO COVID-19 en date du 19 avril 2020 entérine l'opérationnalisation du Centre avec les deux (2) niveaux de décisions ainsi que sa structuration telle que décrit dans la figure 2[18].

En Octobre 2020, à sept mois du début de la déclaration de la pandémie au niveau national, après la levée de l'état d'urgence sanitaire, le CNC-LEM n'a pas été réactivé dans la mesure où le CCO-COVID-19 n'a pas été dissout officiellement. Donc, l'identification du responsable de la lutte n'a pas été bien définie et pourtant le virus menace toujours la santé de la population à travers les vagues successives et les éventuels mutants (comme on a vu en 2021 dans le monde).

❖ ***Les centres de traitement sanitaire fortifiant l'existant ou non ?***

Des nouvelles structures sanitaires pour la prise en charge ont été mises en place dénommées « centres de traitement COVID-19 » ou CTC. Ils jouent le même rôle que les centres hospitaliers spécifiquement pour le traitement des malades de la COVID. Bien que prévu par les différents plans disponibles mais non budgétisés tels que susmentionnés, la création de ces nouvelles structures a encore absorbé davantage les ressources du MSANP (humaines, matérielles, aménagement d'infrastructures, fournitures comme oxygène etc.).

En effet, selon les entretiens avec le MSANP, il a formulé les propositions ci-après justement pour optimiser le peu de ressources disponibles et selon l'évolution de nombre de cas positifs :

- suivre le plan de contingence en mettant aux normes les salles d'isolement et de traitement des CHU, CHRR et CHRD[19] ;
- de mettre aux normes le CTC – Village Voara de par sa position stratégique (proximité d'Anosiala et assez éloigné du centre-ville) ;
- de convertir les hôpitaux catholiques en centres d'isolement et de traitement de par leurs expériences, leurs infrastructures et leurs couvertures nationales ;

[18] Les entretiens menés ont permis de faire ressortir également que :

- le niveau stratégique dont la présidence a été attribué au MID en tant que Ministère de Tutelle du BNGRC et le Ministère de la Santé en tant que vice-président. La structure incluait tous les représentants de tous les départements ministériels (notamment le Ministère de la Justice, Ministère de la Culture et de la Communication, Ministère de l'Économie et des Finances, les Forces Armées) ;
- le niveau opérationnel dont la coordination a été alloué au BNGRC.

[19] CHU Antsiranana place kabary et Tanambao, CHU Mahajanga Androva et Mahavoky Atsimo, CHU Toamasina Morafeno et Analakinina, CHU Toliary Antanambao et Mitsinjo Betamena, CHRR Morondava, CHRR Sambava, CHRR Taolagnaro, CHRR Manakara, CHRD Nosy Be, CHRD Sainte Marie, CHRD Antalaha, CHRD Vohemar, CHRD Maroantsetra, CHRD Mananjary, CHU Anosiala, CHU JRB

- d'accepter la transformation d'hôtels en « hopital-hotels » pour les patients présentant des formes légères ou modérées, à la recherche d'un minimum de confort inexistant dans les centres hospitaliers publics (état de toilettes, restauration et literie insatisfaisants etc.)

Ceci étant, les décisions prises étaient l'ouverture de CTC-Ivato et le CTC-Mahamasina sous l'égide des Militaires. D'ailleurs, les premières instructions étaient que seul le CHU Anosiala était préparé et habilité à prendre en charge les patients atteints de la COVID-19.
Sachant que la surveillance épidémiologique menée par le MSANP prévenait déjà l'incapacité dudit centre à mener seul cette activité, le MSANP a préparé les autres centres hospitaliers à titre préventif dont le CHU JRB, CHU JRA, CHU Mère-enfant et HOMI en collaboration avec le DCSSM.

Lesdites propositions du MSANP n'ont été prises en compte que partiellement ou bien plus tard (en 2021).

❖ ***Laboratoires d'analyse et prévision de nouvelle vague et/ou variants***

Le système de laboratoires de santé publique est très peu développé à Madagascar (cf. plan national de riposte) notamment en virologie. Néanmoins, il existe l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM) qui est le seul laboratoire Malagasy et reconnu par l'OMS comme Centre National de Référence de la Grippe (CNRG). Ce dernier joue un rôle important dans la détection et la confirmation de différentes maladies à potentiel épidémique. Et il a été prévu que l'IPM soit renforcé en capacités (équipements, réactifs et autres consommables).

En outre, pour renforcer les capacités d'analyse nationales :

- le plan de contingence prévoit l'amélioration les plateaux techniques des laboratoires des cinq Provinces et 5 Régions ;
- dans le plan de riposte du MSANP, l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) a été mis en place, et prévu pour être un laboratoire national de type P2, destiné à faire le diagnostic biologique et surtout moléculaire pour certaines pathologies infectieuses,
- le PMDU prévoit également la réhabilitation et l'équipement des laboratoires existants au niveau central et régional.

Sur le terrain, un nouveau laboratoire nommé LA2M[20] a été construit et équipé au lieu de suivre les plans et d'optimiser les laboratoires existants, ce qui est au détriment des autres structures impactant sur les ressources humaines, matérielles et financières. En janvier 2021, le laboratoire est inscrit officiellement au rang de Direction centrale dans l'organigramme du MSANP.

[20] Selon les entretiens menés, le LA2M a été inauguré le 23 juin 2020 sur initiative du Président de la République. Il a été le 4ème laboratoire à Madagascar (après IPM, HJRA, CICM) à avoir comme mission principale d'effectuer des tests de dépistage de la Covid-19 via l'outil PCR. En effet, seul le test PCR est reconnu internationalement et constitue une référence (standard) en matière de dépistage de la COVID -19. Et parallèlement à l'IPM, les tests PCR réalisés par le LA2M sont recommandés par les autorités étrangères surtout l'Allemagne pour tout déplacement hors du territoire national. Il est même envisagé sur le moyen terme la réalisation de test de dépistage d'autres maladies au niveau du laboratoire.

Bien que les capacités d'analyse du laboratoire LA2M s'ajoutent à celles de l'IPM, ce dernier n'a pas pu jouer pleinement son rôle de CNRG de l'OMS. Il a été considéré uniquement dans les travaux de récolte de donnée et d'analyse alors que des recherches supplémentaires nécessaires dans la définition des plans de riposte et des plans de vaccination adéquats lui relèvent. Malgré tout, il a procédé aux études épidémiologiques afin de déterminer les variants qui circulent sur le territoire Malagasy (cas de la 2ème vague) et de proposer les traitements appropriés et anticiper les décisions à prendre. Des rapports sont envoyés régulièrement en haut lieu afin d'éclairer les dirigeants sur la situation réelle, et les données du PNGM n'ont pas contredit, mais la 2ème vague a surpris le pays.

La Cour recommande de:

- S'assurer du respect des politiques publiques et plans prévus par les textes législatifs et règlementaires en vigueur notamment les plans de contingence et de les mettre à jour régulièrement selon l'évolution du contexte;

- Mettre en place un répertoire des toutes les structures existantes ainsi que leur mission respective afin de pouvoir les mobiliser à toutes fins utiles ;

-Optimiser les structures existantes et par ricochet l'optimisation des ressources autant humaines, matérielles que financières et d'effectuer des études approfondies sur ce qui est urgent et important en situation d'urgence ;

- Encadrer toute création de nouvelle structure selon les dispositions en vigueur.

2.2. ***Centralisation des décisions au niveau des instances supérieures***

Les entretiens menés autant au niveau central que territorial ont affirmé que toutes les décisions stratégiques sur le plan médical et non médical ont été prises en très haute instance, soit en conseil des Ministres soit au niveau de la Présidence de la République.

A titre de rappel, l'aspect non médical se réfère à toutes les stratégies développant les mesures prises ou à prendre par les autres secteurs. Et l'aspect médical de la lutte consiste à établir et mettre en œuvre les stratégies relatives à la prévention et à la prise en charge des malades et portent sur les aspects suivants :

- La surveillance ;
- Le « testing » et la prise en charge ;
- Le suivi « Tracing contact » ;
- La communication

En cas de défaillance médicale de gestion de la lutte, le ministère concerné ne peut qu'émettre un avis sur des anomalies constatées.

2.2.1 *Sur l'aspect sanitaire :* Le MSANP démuni de ses attributions

Sur le plan stratégique, le MSANP n'a pas pu jouer son rôle de coordinateur multisectoriel dans un contexte de crise sanitaire. Ce rôle a été attribué à d'autres acteurs dont le CCO-COVID-19, le MCC ou encore le PNGM.

❖ ***Décision techniques transférées au niveau de la Présidence de la République***

Nul ne peut contester que la santé publique est un domaine spécifique et réservé dont le MSANP en a la technicité et la responsabilité. L'organigramme du Gouvernement peut l'affirmer. Le

conseil des ministres avant la déclaration d'urgence accorde au MSANP le leadership dans la gestion de la pandémie liée au COVID-19 dans tous ses aspects. Mais la décision a été modifiée après la déclaration d'Etat d'urgence avec un transfert ailleurs, au détriment dudit ministère technique. Il est à noter que le MSANP est le mieux placé pour connaître les détails liés à la santé publique et l'ingérence d'autres structures et de la politique sur des questions d'ordre sanitaire présentent un risque élevé de ne pas maitriser les évènements.

A titre d'illustration, les propositions du MSANP:

- était de renforcer les mesures strictes de distanciation sociale ou de barrages sanitaires etc. après l'arrivée des premiers cas du COVID-19 le confinement a été décidé, ce qui semblait inopportun sur le plan socio-économique ;
- était d'adhérer à l'initiative COVAX en Juillet 2020 afin de bénéficier d'une part de la gratuité du vaccin, d'autre part, d'obtenir des données larges sur son efficacité ainsi que d'évaluer les effets indésirables pour mieux prévenir la maladie et parfaire le plan de vaccination, mais c'est le « remède traditionnel amélioré » qui a été retenu.

Des instructions qui n'émanent pas du MSANP consistaient à limiter les activités des centres hospitaliers aux seuls cas liés au COVID-19, d'appliquer de manière strict le protocole quel que soit l'état du patient ou d'arrêter les campagnes de vaccination. La tendance à respecter le serment d'Hippocrate, l'éthique et la déontologie médicale, a pris le dessus pour plusieurs acteurs.

De tout ce qui précède, la centralisation de prises de décision n'a pas permis de capitaliser les bonnes pratiques au niveau international et serait jugé comme facteur menant le pays à une autre vague en 2021.

- ***Coordination stratégique multisectorielle transférée au CCO-COVID-19***

Le CCO-COVID-19 a été considéré comme le centre névralgique de coordination opérationnelle des différentes mesures prises et appliquées afin de maîtriser la propagation du coronavirus à Madagascar, et ainsi servir de plaque tournante d'informations pour la prise de décision, selon le PMDU. Et bien que le CCO-COVID-19 soit la structure de prise de décision stratégique et présidé par le MID, les réunions stratégiques étaient conduites par les deux chefs des institutions exécutives et le coordonnateur des bailleurs (SNU) en appui.

Ainsi, malgré que le MSANP ait été déclaré publiquement comme vice-président du CCO-COVID-19, le MSANP était considéré au même titre que les ministères sectoriels dans la prise de décisions. Il pouvait émettre des propositions ou des avis techniques liés à la santé publique au niveau du CCO-COVID-19 et/ou au niveau de la Présidence de la République sans pour autant disposer de la faculté d'être associé dans les prises de décisions.

A titre d'exemple, le MINSAN a émis des avis techniques concernant les enjeux des mesures de confinement par rapport à la recrudescence probable d'autres maladies en voie de disparition (poliomyélite etc.), la délimitation des zones de confinement et les points d'instauration des barrages sanitaires à partir des données de surveillance réalisée au niveau dudit Ministère mais il ne pouvait pas faire mieux en terme de décision[21].

[21] La Région Betsiboka se situe entre les Régions Boeny et Analamanga et Sofia. Le milieu n'est pas confiné alors que les trois le sont.

Pour illustrer, le PMDU a considéré le secteur « santé » comme un des acteurs des mesures relatives à la protection sociale[22] au même titre que les secteurs de l'éducation, de l'eau, de l'hygiène et l'assainissement et de l'environnement et développement. Et le rapport de la mise en œuvre du PMDU en date du 12 mai 2021 confirme cette situation. Ainsi, le MSANP a été observateur dans un contexte de crise sanitaire de par la centralisation des décisions et l'ingérence des différents acteurs dans des domaines spécifiques.

- ***Coordination opérationnelle transférée au CCO à travers le BNGRC***

Quant à la coordination opérationnelle, les entretiens menés ont fait ressortir que le BNGRC a assuré le rôle de coordonnateur opérationnel au niveau national[23] au sein du CCO-COVID-19. Ainsi, il a eu pour attribution principale (i) d'émettre des propositions de décisions au niveau stratégique en cas de nécessité même sur le plan médical, (ii) de mettre en œuvre les décisions prises au niveau stratégique et en assurer le suivi dont les activités du MSANP.

A titre d'illustration, la BNGRC a assuré la coordination pour l'organisation des tests, la mise en quarantaine des passagers des derniers vols avant la fermeture des frontières au niveau national ainsi que le suivi des passagers mis en quarantaine au niveau central, et le MSANP écarté.

Au même titre que les autres ministères sectoriels, le MSANP a été représenté par un service (SURECA) au niveau du CCO-COVID-19 pour la collecte des dons et uniquement pour les petits équipements médicaux (EPI, cache-bouche etc.).

- ***Coordination de la communication transférée au CCO à travers le MCC***

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie liée à la COVID-19, toutes les activités de communication ont été attribuées au MCC.

Cela a été entériné par d'une part le rapport de situation conjoint numéro 1 du CCO-COVID-19 en date du 19 avril 2019 qui mentionne le MCC comme étant un acteur majeur du volet communication dans le contexte sanitaire. A cet effet, le MCC a été le premier responsable de la coordination des activités de communication en matière de santé publique. D'autre part, le rapport sur le PMDU rapporte que *toutes les campagnes de communication et de sensibilisation* autant sur *l'aspect médical que non médical* ont été sous la houlette du MCC. Face à l'indisponibilité des intervenants au sein de cette entité par rapport aux demandes d'audience de la mission, les plans de communication ainsi que la coordination des activités liées n'ont pu être appréciées.

Ceci étant, le MSANP a poursuivi ses activités de communication en tant qu'activité sectorielle à travers la « commission communication, mobilisation sociale et engagement communautaire » au sein du QGO présidé par le DPS selon les ressources disponibles à leur niveau. Un chapitre est consacré à cet aspect ultérieurement ; d'ailleurs, une direction a été créée dans ce sens en 2021.

---

[22] Rapport du PMDU, p.10, « 2- Réalisations et perspectives pour l'axe 2 : renforcer les mesures relatives à la protection sociale

[23] En temps normal, les attributions normales du BNGRC en cas de survenance de risques spécifiques se limitaient à (i) la préservation des services essentiels, (ii) la mise en œuvre des Plans de continuité des activités (pour assurer la continuité des services essentiels) et (iii) à s'assurer de la sécurité des agents œuvrant dans ce sens.

❖ ***Les activités de suivi épidémiologique transférées au niveau du PNGM***

Les activités de suivi-épidémiologiques sont des activités spécifiques du MSANP. Mais suite aux écarts des données entre celles sorties par la DVSSER du MSANP et les statistiques à communiquer du CCO, cette activité a fait l'objet de création de nouvelle structure et a été transférée au niveau de la Plateforme Nationale de Gestion de Médicale de la COVID-19 (PNGM), rattachée à la médecine militaire. En règle générale, le MDN à travers le DGOD assure le renforcement de l'équipe du MSANP pour pouvoir contenir une épidémie en laissant au MSANP le rôle principal (cas des épidémies antérieures à la COVID-19). La synergie entre le civil et le militaire converge vers l'augmentation de rigueur et de discipline ainsi que la culture de résultats.

Les interlocuteurs de la mission ont mentionné que la décision de création de cette plateforme nouvelle dénommée PNGM était matérialisée uniquement par une convocation du représentant du MDN. Elle intègre majoritairement des médecins et des ingénieurs informaticiens militaires, sans concertation avec le MSANP et a été mise en place en juillet 2020 avec pour mission principale d'aiguiller les personnes et de gérer la digitalisation des activités dans ses trois cellules[24].

Néanmoins, bien que la PNGM ait réalisé les activités de suivi-épidémiologiques, elle ne faisait que récolter les données et les introduire dans le COVDATA et l'interprétation reste du ressort du MSANP. Rappelons que les matériels informatiques, électroniques et électriques venaient de plusieurs autres entités.

A la levée de l'état d'urgence sanitaire, la PNGM a été mise en veille[25]. La mission partage l'avis d'un médecin militaire au sein de la PNGM qui a martelé que le relâchement de la surveillance devient ***une des causes principales de l'entrée et du caractère meurtrier de la deuxième vague***. En effet, trois situations à haut impact se sont produites :

- la surveillance épidémiologique revient pleinement au MSANP, mais les équipements étaient repris par les véritables propriétaires. Par conséquent, la surveillance épidémiologique au sein du MSANP s'est trouvé démuni de moyens et handicapé ;
- une base de données a pu être développée au niveau de la PNGM à travers le COVDATA mais le MSANP mais ne s'y est pas retrouvé totalement lors de la reprise ; car le PNGM étant une structure dépendante au MDN, le MSANP n'y a pas pu assurer la prise en compte de certain besoin ;

[24] i) Cellule BIS : effectuant des interventions sur terrain, devenu cellule d'appui « irakiraka » ;
ii) Cellule d'anticipation : qui effectue le suivi des cas positifs jusqu'à la fin de la période de confinement (14è jour). En cas de nécessité, la BIS est mobilisée à domicile de ces personnes ;
iii) Cellule de suivi-épidémiologique qui (a) assure la communication des résultats des tests aux personnes par message / téléphone, (b) assure l'aiguillage des personnes qui appellent sur le 914 vers les centres de prise en charge.

[25] En mars 2021, à l'annonce de la deuxième vague de la pandémie, la PNGM a été remise en place afin de :
- réguler les crises de panique engendrées par l'épidémie liée à la COVID-19 ainsi que des risques de contamination en cas de déplacement dans les centres de traitement sans être un cas confirmé ;
- pratiquer la télémédecine pour éviter les charges virales au niveau du centre dans le cas où l'état de la personne ne nécessite aucun traitement ou peut être traité à domicile avec un suivi strict

- l'évolution du nombre de porteurs sains n'était pas appréciée à sa juste valeur et l'intrusion de variants (confirmée par l'IPM) a échappé au contrôle national. Et les vagues ultérieures risquent de se reproduire de manière identique en suivant la même pratique.

Pour illustrer, la base de données contient les informations concernant les prélèvements réalisés et les cas de décès mais n'inclut pas celles des patients hospitalisés.

La Cour recommande de :

- ***Confier au ministère sectoriel et technique concerné par un risque spécifique, la coordination multi - sectorielle de la gestion de la crise en s'assurant de la collaboration de toutes les entités avec les mesures d'accompagnement nécessaires ;***
- ***Mettre à jour les différents plans selon les expériences capitalisées en intégrant les nouvelles structures vitales à pérenniser ;***
- ***Maintenir la stratégie de guerre dont la surveillance épidémiologique.***

2.2.2 Sur l'aspect non sanitaire

❖ ***Faible visibilité des ministères sectoriels pour la planification et la réalisation des activités***

Le chevauchement de l'aspect politique avec l'aspect technique impactant sur la réalisation des activités sectorielles a été à maintes reprises entendu de nos interlocuteurs, dans la mesure où aucune activité n'a été planifiée limitant la visibilité des ministères. De plus, les décisions prises en conseil des ministres ainsi que les déclarations officielles nécessitent en général une forte capacité d'adaptation dans leur mise en œuvre par rapport à la réalité du terrain, surtout dans un contexte de crise sanitaire.

Rapportons les constats des ministères tels que perçus par la Cour :

➢ Pour le cas de la défense nationale (MDN) :

L'Etat-Major des armées (EMA) est intervenu *en fonction des mesures prises en Conseil des Ministres* et après instruction du MDN pour opérationnalisation. Suite à la première déclaration d'Etat d'urgence sanitaire à Madagascar, l'EMA y a contribué depuis 2020 sans interruption en mobilisant spécifiquement :

- l'armée de terre : pour les interventions directes ;
- la marine : pour les interventions en milieu maritime ;
- les BMM ou Brigade Multi–Mission (1 à 4) : pour les interventions spéciales. A chaque détachement des BMM, environ 500 éléments sont mobilisés.

A ce titre, l'EMA est intervenu dans tous les aspects possibles (« Maneho ny fandraisan'ny miaramila anjara amin'ny endriny rehetra » ou montrer sur le terrain les contributions militaires dans tous leurs aspects) selon l'évolution de la crise sanitaire tels que :

- les interventions dans les centres de traitement ;
- la sécurisation des sites de distribution des aides sociales en collaboration avec la Présidence et le MICA ;
- les barrages au niveau de cinq routes nationales en collaboration avec la Gendarmerie Nationale ;

- les barrages du carrefour Grand Tana en collaboration avec la Police Nationale pour le respect des gestes barrières et les mesures de restrictions (couvre-feu /interdiction de sortie après 13 h et la nuit, ou le week-end).

➢ Pour le cas de l'environnement (MEDD) :

Face à l'absence pour mission hors d'Antananarivo du ministre responsable lors de la prise de décision, le MEDD a été désigné pour assurer l'intérim notamment dans la gestion du « Programme Vatsy Tsinjo » au Palais des Sports Mahamasina, soit la coordination des activités, la réception des approvisionnements ainsi que le déploiement des packs à distribuer. Mais au retour du MPPSPF, l'activité est restée une attribution du MEDD et la direction de protection sociale (DPS) du MPPSPF n'a joué qu'un rôle de collaborateur au même titre que le cabinet de la Primature, du MCC, du MJS et du Gouvernorat d'Analamanga.

De plus, la Présidence de la République a octroyé comme mission officielle au MEDD de réaliser le recensement de la population du 6ème arrondissement de la CUA toujours dans le cadre du programme « Vatsy Tsinjo ». Or la coordination d'une telle activité relève normalement du MPPSPF.

➢ Pour le cas de l'industrie, commerce et artisanat (MICA) :

En termes d'approvisionnement dans le cadre du programme « VATSY TSINJO », le Ministère n'a pas été associé au départ. C'est uniquement suite à la constatation d'une rupture de stock que le ministère a été sollicité afin d'identifier des industriels ou importateurs ou artisans en mesure de solutionner le problème dans les meilleurs délais. Ainsi, en réponse à la crise, le MICA s'est adapté selon les consignes, les circonstances et les réalités du terrain.

La Cour recommande de :

- S'assurer que chaque ministère sectoriel ait développé un plan de soutien, un plan de continuité d'activité pour servir de ligne de conduite dans la gestion de la crise sanitaire ;

- S'assurer que toutes les décisions prises, nonobstant qu'elles soient conformes aux textes en vigueur, soient en consultation avec les ministères concernés afin de garantir sa faisabilité sur le terrain ;

- S'assurer que les interventions soient pilotées par les ministères sectoriels disposant de toutes les technicités.

❖ ***Centralisation de la communication au niveau central***

Une stratégie de lutte contre une pandémie exige une coordination à travers une bonne communication dont l'impact réel a été apprécié par rapport aux résultats de l'évaluation réalisée par l'UNICEF et peuvent être résumés comme suit :

- 98% de la population ont les connaissances suffisantes sur le coronavirus ;
- moins de 98% adoptent une attitude comportementale adéquate face à la pandémie ;
- moins de 40% mettent en pratique les gestes à adopter.

Par contre, le niveau central n'a pas su capitaliser les bonnes pratiques et expériences réussies par l'efficacité de la communication entre autres dont la Région « Champion » (Haute Matsiatra) en est l'exemple concret. Les lignes directrices transmises par la DPS du MSANP à travers les

Directions Régionales de la Santé ont été bien exploitées et adaptées au contexte réel. Notons que la Région a deux Ministres coaches : le MID (Président du CCO) et le MEDD.

❖ ***Défaut de mise en œuvre du plan de communication***

Le MSANP disposait d'un plan de communication intégré dans le plan national de riposte mais ledit plan n'a été mis en œuvre que partiellement et l'objectif du MSANP d'atteindre un changement de comportement de la population n'a pas été atteint suite à :

- un manque de ressources avant la déclaration d'urgence sanitaire et après la fin de la première vague ;
- un transfert de leadership au niveau du MCC pendant la crise sanitaire.

A rappeler que l'élaboration du plan de communication a été basée sur les expériences capitalisées dans la Gestion de l'épidémie de la Rougeole. D'ailleurs, face à la recrudescence des diverses épidémies (pestes, rougeoles etc.), le service de communication au niveau du MSANP a été érigé en Direction de la Communication en Octobre 2020 (opérationnalisée en janvier 2021) suite à une constatation de l'augmentation de charges de travail.

- Avant la première déclaration de l'état d'urgence sanitaire

A cette période, les activités réalisées étaient limitées et fortement tributaires des PTF pour la mise en œuvre du plan de communication. Ainsi, les principales activités soutenues concernaient les supports visuels, aussi bien pour le corps médical que le grand public. Celles relatives aux interventions dans les médias ou les reportages ou les conférences de presse ne pouvait être réalisées faute de ressources.

A titre d'illustration, à part la rediffusion des supports visuels issus des sites étrangers, le MSANP était consulté lors de la conception des supports visuels nationaux et chargé de les valider et de les distribuer. Quant à l'UNICEF, il assurait toutes les démarches relatives à la recherche de prestataire de la conception jusqu'à l'impression. Les contraintes quantitatives, financières voire la validation du fond des messages existaient.

Le message à véhiculer[26] à ce stade était « ***Madagasikara, lavitry ny coronavirus*** ». Un message qui avait trait aux actions de préparation et prévention de la maladie. La communication était alors axée sur les informations sur le virus en général notamment sur la définition de la maladie, le mode de transmission, le mode de prévention, les comportements et les gestes barrières à adopter.

- Pendant l'état d'urgence sanitaire :

Dès la déclaration de l'état d'urgence sanitaire, la coordination des activités de communication a été transférée au niveau du MCC. Ainsi, le mise en œuvre du plan de communication a été suspendue.

[26] En traduction libre, les messages véhiculés (en langue maternelle) étaient : *« Madagascar, loin du coronavirus »* avant la déclaration de l'état d'urgence, puis *« Madagascar, face au coronavirus »* et à la fin de la 1ère vague *« Madagascar, vainqueur sur le coronavirus »*

Ainsi, les messages à véhiculer devait être soumis à validation auprès du MCC et nombreux d'entre elles n'ont pas été effectives. Ce qui n'assurait pas l'exhaustivité des informations ou instructions à passer, voire une lacune dans la cohérence de la communication.

A rappeler que le message à passer pendant cette période était ***« Madagasikara, miatrika ny coronavirus »***. Elle concernait les mesures de prises en charge des cas symptomatiques et les comportements à adopter pour couper la chaine de transmission du virus dont les mesures de prévention. A cet effet, la communication consistait à orienter le public en cas d'apparition des symptômes : mesures à prendre au cas où des signes apparaissent (où aller, quoi faire ? etc..).

- Après la levée de l'état d'urgence sanitaire :

Le MSANP a repris le lead des activités de communication mais n'a pas pu les réaliser faute de ressources. En effet, le MSANP est revenu à la même situation qu'avant la déclaration d'état d'urgence sanitaire mais sans appui de PTF. La levée de la gratuité dans l'accès à la chaîne nationale avec celle de l'état d'urgence sanitaire empêche le MSANP d'assurer une communication permanente avec les citoyens sur la COVID-19 qui est à rappeler continue de circuler.

Ainsi, le message « ***Madagasikara, mandresy ny coronavirus*** » qui avait a trait aux actions permettant prévenir la santé publique notamment la surveillance épidémiologique n'a pas été suivi d'actions réelles. Or en tant que maladie émergente une communication tendant vers « comment vivre avec le coronavirus » était plus que nécessaire.

Cela a pour conséquence un risque élevé de baisse de vigilance de la population en période normale.

La Cour recommande de se conformer au plan de communication initiale ou de réajuster les plans déjà définis si besoin en respectant le leadership dans la coordination des activités.

- ***Les interventions médiatiques limitées malgré la gratuité d'accès aux chaines au niveau central***

Toutes les interventions en matière de lutte contre la COVID-19 sur la chaîne télévisée nationale étaient coordonnées par le DRM du MCC, pendant la période d'état d'urgence sanitaire. La TVM a été délocalisée au niveau du CCO Ivato et les interventions y étaient gratuites. Ainsi, les ministères sectoriels n'ont pas eu de marge malgré cette gratuité. En effet, le MCC gérait les plages horaires, les temps d'antenne voire les informations à communiquer. Certes les ministères sectoriels disposaient de la latitude de choisir les intervenants en fonction des messages à transmettre néanmoins ces messages doivent être soumis à validation au MCC pour garantir que tous les messages admis en antenne étaient liés directement à la COVID-19.

Par conséquent, la délimitation de la communication aux seules mesures prises pour endiguer l'épidémie liée à la COVID-19 a eu de forts impacts sur d'autres aspects liés ou non à la santé publique.

A titre d'illustration :

- Pour le cas du MSANP :

La Direction de la Promotion de la Santé (DPS du MSANP) définissait les intervenants en fonction du type de sensibilisation et messages à véhiculer après validation du MCC. Cependant, l'orientation édictée fait qu'une grande partie des messages étaient axée sur la gestion des rumeurs entourant la gestion de la crise sanitaire à la suite des informations reçues lors des veilles informationnelles permanentes réalisées en collaboration avec l'USAID (à travers la ligne 910), avant d'aborder les sujets réellement médicaux ou comportements socio-sanitaires.

- Pour le cas de l'éducation (MEN) :

Les mesures de restriction notamment le confinement a eu de forts impacts sur l'enseignement surtout pour les petits enfants et les classes d'examen. Afin d'y remédier, le MEN a diffusé des émissions ludiques télévisées et radiophoniques quotidiennes. Néanmoins, par rapport aux classes concernées et les matières à couvrir, le temps alloué ne suffisait énormément. Mais pour pouvoir obtenir une augmentation de plage horaire, des négociations avec les décideurs n'étaient pas aisées et le délai imparti a été élargi à 15 mn. Sachant pertinemment que la rallonge de durée reste peu compte tenu de l'ampleur des activités pédagogiques, une autre négociation était encore en cours lors du passage de la mission. Par conséquent, vu la forte centralisation, les objectifs pédagogiques du MEN de maintenir cette activité d'enseignement afin d'en pérenniser les retombées peinent à être atteints ; les secteurs sociaux ont connu de crise : la santé et l'éducation.

- Pour le cas des armées (EMA)

Mises à part les règles de communication au sein des militaires, seul le personnel du MCC dispose de la faculté de prendre en vidéos et en photos les affaires civilo-militaires et la diffusion peut se faire en intégrant des reportages du MDN. A défaut de communication directe, la perception de la population sur des actions militaires n'était pas suffisamment éclairée et ce cas n'est pas isolé.

Les premiers jours de la déclaration d'état d'urgence et de mesures de restrictions, des éléments du MDN se sont servis de voitures semi-blindées dans les barrages. Si la population percevait cela comme un moyen de répression avec une interprétation de la situation comme un « état martial », le CEMA a expliqué que c'était juste pour se reposer lors des rotations, de se protéger contre la pluie et la chaleur, ainsi que le froid pendant les heures de couvre-feu.
Il en est de même pour le port d'armes lors des distributions des aides sociales. Les militaires ont dû retirer leurs armes parce que la population ne voyait pas de simple mesure dissuasive aux personnes mal intentionnées, ce qui réduit aussi la marge en cas d'attaques réelles des bandits.

La Cour recommande l'optimisation de l'utilisation de la plage gratuite de la chaîne nationale offerte par les textes en vigueur et de permettre au MSANP d'intervenir au maximum sur tous les aspects liés à la santé publique (lié directement à la COVID-19 ou non) et aux autres ministères sectoriels de communiquer sur toutes les formes afin d'atteindre les plus de publics cibles et d'atteindre les objectifs fixés.

2.3.Bonnes pratiques et expériences non capitalisées

Outre les expériences à l'international, plusieurs bonnes pratiques et actions réussies ont jalonné la période de lutte. La communication entre les acteurs leur a permis de mieux se connaitre et

d'avoir une synergie tant sur le plan professionnel que personnel. Ces bonnes leçons apprises mais mal capitalisées existaient entre des instances au niveau central, entre le niveau central et territorial (CTD et STD), et entre les territoriaux.

2.3.1 Pour le niveau territorial « Champion »

Pour capitaliser les leçons du passé, il y a lieu de se référer à la Région « Champion », Haute Matsiatra, pour apprécier dans leur contexte les stratégies, pratiques et expériences de lutte.

- ***Mise en phase de la stratégie de la communication par rapport à l'évolution de la maladie***

L'adaptation constante à la réalité et la capacité à converger les actions se trouvent au centre de la réussite. Haute Matsiatra a adopté une attitude positive dans ce sens. Cependant, au niveau central, les stratégies de communication adoptées restaient plus ou moins statiques alors que les informations sur le virus et la maladie évoluaient rapidement sur le terrain.

Certes, les mesures de confinement et de distanciation sociale ont inhibé la communication de proximité pendant la période de crise. Mais la collaboration territoriale avec les agents communautaires a permis de mieux cerner les comportements ainsi que la sensibilité. Ce que le niveau n'a pas pu réaliser et qu'aucune mesure de substitution n'a pu être identifiée ou réalisée.

Donc, au lieu de se focaliser sur des messages de sensibilisation lors des interventions, le peu de temps d'antenne au niveau central était concentré sur des éclaircissements face aux diverses interpellations des citoyens.

- ***Identification des bons messagers par rapport aux cultures et cultes, aux cibles et au contenu***

Les paramètres culturels et cultuels rendent les citoyens sensibles aux messages et perméables (sans blocage) quant à l'objectif d'un changement de comportement et seule la communication de proximité offrait la possibilité d'atteindre une proportion élevée de la population.

Les expériences de communication pour la gestion des différentes a permis de déduire l'efficacité d'une stratégie basée sur le quotient émotionnel primait sur celle axée au quotient intellectuel.

Haute Matsiatra a basé ses messages en mettant en pole position les paramètres culturels locaux. Société à culture orale comme Madagascar, la Région a opté pour un canal sonore sachant que les habitants de la région écoutent les radios entre autres partout où ils vont : à la maison, au bureau, dans les moyens de transport, aux champs etc. De surcroit, le Kabary et le chant ainsi que d'autres activités folkloriques s'adaptent aussi aux canaux, avec des artistes locaux communiquant en dialecte betsileo.

Un changement de comportement dépend du message mais aussi du messager. La compréhension de la vie en société a permis à la Région d'identifier les personnes influentes et respectées notamment les « raiamandreny » basées sur la culture de « Baba » (obéissance de la population à

l'égard des parents et aînés, et des notables religieux et politiques) dans le choix des intervenants. Il est fort probable que tout engagement, même verbal, devant les « Toteny » sera suivi d'exécution, tant dans le comportement que l'action par sens de responsabilité et dévouement.

A part la langue sans barrière utilisée, la DRCC Haute Matsiatra a minutieusement considéré les paramètres sociaux dans la formulation des messages à faire porter aux « Toteny ». Les habitants de la ville et de campagne recevaient les messages différents, d'où la considération du niveau d'études.

Mentionnons dès le départ que la CRCO/DRCC Haute Matsiatra a rapporté régulièrement les activités et situations de cette Région « Champion ».

Au niveau central, il a fallu des réquisitions alors que la collaboration en Région allait de soi. Toutes les chaines, publiques et privées, confessionnelles ou non, se sont mises d'accord pour diffuser les mêmes informations afférentes à la COVID sur une plage horaire fixée, voire pendant toute la crise avec des thématiques diverses et élargies.

La tendance culturelle aux remèdes traditionnels pousse une majorité de la population à s'orienter vers les tradipraticiens, considérant la sorcellerie comme source principale de toute maladie. Il est évident que la science et la médecine traditionnelle s'accusent mutuellement : le retard de la prise en charge après avoir tout essayé et le manque de confiance pour des raisons mystiques. Ainsi, se diriger vers les centres hospitaliers n'était pas un réflexe spontané et la réticence s'est fait ressentir ; les patients se présentent obligatoirement au niveau des formations sanitaires dès la forme grave.

Après discussion, la mission de la Cour estime que la « culture de la mort » est un autre paramètre culturel mal considéré pour endiguer la propagation du virus. En effet, un bon malgache a horreur de ne pas être inhumé dans le tombeau familial, quelles que soient les raisons. A partir des annonces sur l'inhumation en 24heures des cadavres, de l'impossibilité de les déplacer et de tenir des veillées funèbres, plusieurs réactions en découlent :

- le malade mourant et sa famille fuient l'hôpital pour rejoindre sa Région d'origine, même en marchant à pieds ;
- associée à la honte, la cause de décès a toujours été dissimulée quitte à se livrer à la corruption pour disposer d'un acte ;
- en plus de l'inhumation obligatoire dans la localité de décès, l'exhumation a été pratiquement impossible faute de transport suite à la restriction de déplacement interrégionale. Elle a même été interdite et a conduit certaines familles à transporter en cachette, par charrette ou autres moyens les dépouilles mortelles.

Si la PNGM était destinée à mieux orienter afin d'éviter ou limiter tout déplacement ou tout transport en taxi ou autre moyen de transport sans assistance médicale des patients, son importance n'a pas été transmise à la population. La communication ne passait pas dans la panique et peu de gens l'utilisaient. En outre, le « comité loharano » n'était pas effectif, soit par faute de cadre juridique seulement, soit par réticence de membres à désigner faute de motivation, soit dysfonctionnel par conflit avec les élus du Fokontany car les membres volontaires étaient les

anciens candidats malheureux. Ce comité aurait dû se charger de la sensibilisation au niveau communautaire et le MCC aurait pu les optimiser pour impacter sur la population locale.

- ***Contenu de message sans ambiguïté ni confusion, fiable et à temps***

La déclaration des statistiques est du ressort des instances stratégiques. Le comportement affreux de la population basculait à l'autre extrême, jusqu'à l'insensibilité, quand les nouveaux cas et les décès déclarés étaient relativement bas par rapport à la perception.

La collecte d'information à Haute Matsiatra a été assurée à travers la DRCC par la mobilisation de toutes ses antennes dans les sept districts. La formulation de message s'en suivait tant pour l'aspect sanitaire (nombre de tests effectués et de patients en traitement, de décès etc. en collaboration avec le DRS) ou non sanitaire (distribution d'aides sociales en collaboration avec le DRICA et DRPOP). Les porteurs de message se sont alignés au contenu formulé sur une base technique fiable, et au moment opportun (sans décalage par rapport au temps).

Au niveau central, les ministères sectoriels interviewés déclarent ne pas avoir de mot à dire sur les messages d'autrui pendant l'état d'urgence sanitaire quand ils n'intervenaient pas directement. Ce qui disperse parfois le message avec constat de mixité de communication de masse avec celle politique.

Pour l'aspect sanitaire, certaines communications ne coïncidaient pas à la réalité du terrain :

a) Sur l'aspect sanitaire

- des mesures déclarées n'étaient pas systématiquement synchrones aux préparatifs. Par exemple, à la création des centres de traitement, l'annonce de l'ouverture précède la disponibilité des infrastructures et des dispositifs médicaux. Ainsi, les patients s'y présentaient alors que la structure n'était pas encore fonctionnelle ;
- la gratuité de l'accès aux scanners a été annoncée comme sui c'était pour tout le monde alors qu'elle concernait que les patients hospitalisés de la COVID-19. Ainsi, la gestion des files d'attente ainsi que des réclamations ont été éprouvant pour le personnel de la santé ;
- la communication des statistiques présente de retard compte tenu des circuits de remontée[27] d'information. La majorité de ces activités s'effectue manuellement et pose de difficulté quant au degré de fiabilité optimale des informations.

En effet, ne tenant compte que les cas de décès, faute de test, un patient décédé d'une maladie dont les symptômes sont similaires à la COVID-19 sans, pouvait être déclaré mort d'une simple maladie non liée à la COVID-19. Aucune norme ni formation n'ont été mis en place pour les situations similaires.

[27] D'une part, toutes les informations partent de la communauté, puis remontées au niveau des CSB, lesquelles sont regroupées tous les soirs au niveau des médecins inspecteurs de chaque district qui les envoient au niveau du DRSP. La centralisation s'effectue au niveau de la DVSSER et la DFS pour constituer les statistiques recueillies par le QGO et diffusés quotidiennement.
D'autre part, à part le DVSSER, le CCO-COVID-19 a également recueilli les informations venant des DRCC. Un écart a été constaté suite à une erreur de manipulation de données au niveau de ladite direction. Bien qu'après rapprochement, les données ont pu être mises à jour correctement et la déclaration modifiée, le retard a présenté un risque de perte de confiance de la population et également une prise de décision erronée.

Les statistiques ne sont pas représentatives dans la mesure où la définition des cas de décès liés à la Covid-19 n'est bien délimitée. Ainsi les cas de décès liés à des cas suspects, à l'aggravation de la comorbidité (diabète, tension) et à des complications (troubles neurologiques) ne sont pas comptabilisés. Pour les cas suspects, sur le plan médical, l'analyse sur un prélèvement post-mortem ne peut être que négatif car les virus meurent avec la personne. Ainsi, une telle analyse ne peut trancher si le décès du malade est lié à la COVID-19. Pour les patients présentant une comorbidité, à titre d'illustration, le 1er cas de décès lié au COVID-19 a trouvé la mort en dialyse mais n'a pas été accepté comme décès lié au COVID-19 alors que son cas était confirmé et le virus a accéléré son insuffisance rénale.

De plus, communément, seuls les résultats des tests PCR sont comptabilisés dans les statistiques. Or autant au niveau central et au niveau territorial, plusieurs cas ont été confirmés à travers les scanners sans passer les tests PCR qui ne figurent pas parmi les cas comptabilisés.

b) Sur l'aspect non sanitaire

- le nombre maximum de fidèles pouvant participé à un culte était limité à 50 sans tenir en compte des caractéristiques techniques et sanitaires de l'infrastructure (superficie des églises ou mosquées ou temples, système d'aération des locaux etc.). En conséquence, chaque structure religieuse a pris les mesures qu'elle croyait adéquates à leur situation
- le suivi du respect des mesures de restriction de sortir l'après-midi ont été très éprouvants pour l'EMA. En effet, la population avait du mal à comprendre jusqu'à éprouver de l'indifférence car la liberté était offerte toute la matinée. Si les mesures prévoyaient la fermeture des marchés à 13h00, la population n'était convaincue qu'à 16h malgré la sensibilisation des éléments des forces.

❖ ***Implication et synergie de toutes les parties prenantes***

Dans la rareté des ressources (idées, moyens etc.), la convergence des actions et implication des forces vives ne peuvent être que des atouts et un des facteurs de réussite pour vaincre l'épidémie liée à la COVID-19. Leurs engagements à travailler dans le même sens, chacun dans son domaine d'expertise, apportent des contributions édifiantes.

La Région Haute Matsiatra a bien assimilé ce concept et l'a mis à profit. La région a adopté une approche participative et multisectorielle voyant l'implication de tous les acteurs régionaux (CTD, STD, PTF, secteur privé etc.). Cette approche a permis à chaque acteur de comprendre l'importance des uns et des autres et de travailler de concert. Toutes les forces vives apportaient leur contribution et prenaient leur responsabilité dans leur domaine propre. Au fil des mois, une cohésion et un automatisme se sont installés.

Ainsi, dans son rôle respectif, sous la coordination du Gouvernorat de Haute Matsiatra:

- Les élus régionaux et locaux ont utilisé leur statut afin de porter les besoins de la région au niveau de l'exécutif central et de suivre et accélérer l'exécution des demandes urgentes ;
- Le Préfet s'assurait de transmettre au niveau des districts et des communes les informations relatives aux mesures prises à travers un arrêté préfectoral, traduisant les

décisions de CCO. Une commission de liaison a même été mise en place en ce sens, soit un démembrement du centre de commandement au niveau des districts. Les décisions prises par ces structures sont soumises au Chef District offrant la possibilité d'adapter les décisions au niveau Régional selon le contexte local. Cette structuration a permis de contenir l'épidémie dans plusieurs communes de la Région ;

- La Commune Urbaine de Fianarantsoa a mis en place un comité Boriboritany pour assurer une distribution efficace et de proximité des « Vatsy Tsinjo » ;
- Les Fokontany ont mis en place des comité de vigilance pour la remontée les informations concernant les entrées clandestines et les cas contact et le comité fokontany afin de garantir la sécurité des patients ou des cas contacts en isolement en quarantaine (marginalisés et considérés comme les pestiférés de l'époque par la population locale) ; l'approvisionnement des aides sociales pour éviter l'isolement de ces familles en isolement, la sensibilisation de la population ainsi que la réinsertion des patients guéris au niveau de la population active
- La DRS assurait la remontée des informations sur l'aspect sanitaire et la sensibilisation communautaire en collaboration avec les ONG et la DRMCC, l'analyse des effets des mesures prises sur la population ;
- Le représentant du ministère de l'Eau en collaboration avec les pompiers s'occupait de la désinfection des zones spécifiques de la Région ;
- Les autres STD assuraient la remontée des informations selon leur secteur d'activité respectif ;
- Les agents des ONG qui ont répondu aux appels à partenariat du Gouverneur et ont contribués à travers la mise à disposition de ressources humaines, de matériels roulants avec carburants et chauffeurs, de petits équipements comme les masques ;
- Les fournisseurs locaux qui ont d'une part, octroyé des dons en nature et d'autre part, de respecter les instructions de maintenir un stock de réserve d'au moins sept (7) jours ;
- Les citoyens qui ont respecté les mesures édictées et se sont approvisionnés en CVO, en libre accès à la population sur des points stratégiques, sans rixe.

Rappelons que les « raiamandreny» comme développé plus haut figurent également parmi les parties prenantes.

Bien que la mission constate une sensation de mise à l'écart de certaines structures, telles que la DRPPSPF (Ministère de la population), la majorité des parties prenantes ont constaté une forte solidarité. Néanmoins, lors du passage de la mission, l'équipe d'audit a ressenti une fatigue face à l'épidémie de la COVID-19 compte tenu des charges de travail fournies par manque de mesures d'accompagnement du central. Les responsables territoriaux, même dans la Région Atsinanana, ont partagé l'idée que cet enthousiasme ne pourrait être maintenu, voire de disparaître si les efforts fournis par toutes les forces vives ne sont pas reconnus à sa juste titre.

Au niveau central, des acteurs prépondérants ont pu contribuer mais de manière superficielle. Ainsi, le rejet mutuel de responsabilités et l'insuffisance d'appropriation des stratégies se sont sentis. Citons les parties prenantes ci-après dont la participation a été tardive, rare voire inexistante :

- l'ANAMEM : son implication était tardive dans la lutte alors qu'il s'agit d'une structure à forte objectivité et notoriété scientifique capable d'émettre des recommandations appropriées selon l'évolution du contexte;
- Le « tradipraticiens » : les remèdes traditionnelles fait partie intégrante de la culture Malagasy. Ainsi, le manque de cadrage de ces activités, l'inclusion limitée de ces acteurs dans la lutte contre la COVID-19 a accentué l'apparition de charlatans, un grave danger de santé publique;
- Les pharmacies qui ont été impliquées dès le débordement, notamment pour le tour de garde, rendant difficile la collaboration et la coordination allant même jusqu'au rupture de stocks ;
- Les chercheurs universitaires ont brillé par leur absence notamment dans les recherches et développement, ainsi que les recherches cliniques, information sur les épidémies (infodémie), anthropologiques et sociales figurent parmi les priorités dans un contexte aussi incertain. La valorisation de ces acteurs est sources d'information riche pour servir de bases à la prise de décision.
- Le secteur privé, de par leur collaboration essentiellement mercantile, voulait tenir de leurs contraintes par rapport aux directives énoncées mais leur marginalisation dans le processus a intensifié cette réticence. Une gestion optimale aurait pu aboutir à une mobilisation des infrastructures et du personnel de ces secteurs autant sur l'aspect sanitaire (hôpitaux privés), que non sanitaires (fournisseur de masques, gels hydro alcoolique, PPN etc.) ;

Beaucoup sont encore à considérer et nécessitent un état des lieux exhaustif pour une utilisation optimale de toutes les forces vives existantes en cas de nécessité, crise ou non.

La Cour recommande de :

- ***Mettre en place une plateforme d'échange constante de bonnes pratiques et de partage d'expérience, avant, pendant et après la crise sanitaire, afin de les capitaliser et en tirer des leçons ;***
- ***S'assurer de la mise à niveau du plan de communication selon l'évolution du contexte sanitaire en tenant compte de tous les paramètres techniques (sanitaires, financiers, socio-économique) et d'adopter une approche participative pour obtenir un plan basé sur les informations techniques des différents ministères sectoriels ;***
- ***Répertorier toutes les partie prenantes de la nation qui sont complémentaires par leurs expériences et leurs expertises et les impliquer dans toutes les phases selon l'évolution de la situation sanitaire et dans les prochains risques et catastrophes.***

2.3.2 Les militaires au service des civils

A part la participation aux surveillances épidémiologiques (PNGM), aux distributions d'aides sociales, aux barrages, aux soins (CTC), aux sensibilisations, les miliaires ont soutenu les actions relevant des civils par rapport à la devise « pour la patrie ».

De par leurs formations, les militaires respectent mieux les disciplines et la rigueur, de célérité et de patriotisme. A commencer par la ponctualité car les militaires se tiennent prêts dès la réception d'instructions, pendant ou en dehors des horaires habituels de travail, jusqu'aux jours de fêtes et fériés. Les exercices et entrainements systématiques de commandement ont facilité le

déploiement de maximum d'armée et la coordination, avec une adaptation quel que soit le contexte

Les forces armées se déployaient pour former sur le tas les équipes civiles pour instaurer une discipline et une rigueur dans la mise en œuvre des activités techniques sur le terrain : confinement et gestion de foule etc... Le BIS a montré du courage pour entrer en contact avec les porteurs de virus afin de réduire la réticence du personnel civil de la santé dans les premières descentes. Le BMM s'adapte à toutes les circonstances de missions multiples. Cela n'empêche pas qu'il y ait eu de médecins-militaires nouvellement recrutés qui ont déserté.

La Cour recommande de mettre à jour les différents plans, en intégrant dans la préparation des formations et échanges qui seront dispensées par les militaires pour un changement comportemental de tous les acteurs en temps de crise.

2.4.Défaut de texte et conséquences sur le commandement opérationnel central et territorial

2.4.1 Décisions fortement centralisées au niveau du CCO-COVID-19

L'absence de cadre juridique net a rendu difficile l'identification de responsabilités de chaque acteur. Par conséquent, des décisions prises au niveau central ne tiennent pas forcément compte des spécificités du niveau territorial impactant sur la réussite de la lutte. En effet, toutes les décisions doivent avoir émané et/ou avoir la validation du CCO Central. En cas de divergence de contexte ou de point de vu, et compte de l'urgence, les acteurs territoriaux se trouvaient obligés de réaliser des activités propres ou à prendre des initiatives non édictées par le niveau central mettant les acteurs principaux dans une posture inconfortable.

A titre d'illustration :

- pour le cas de la Région Analamanga :

Le CRCO de la Capitale a été noyé par les Ministères sectoriels centraux et le CCO-COVID-19. Toutes les activités étaient gérées par ces structures laissant le CRCO Analamanga dépourvu d'attribution, pour ne citons que le cas du Programme Vatsy Tsinjo. Dans la gestion de ces aides, CRCO Analamanga était considéré comme faisant partie de CCO central, et contrairement aux autres régions, il n'a presque pas contribué à l'élaboration de la liste des bénéficiaires mais tenu informé des activités réalisées. Ainsi, le CRCO Analamanga a réalisé des activités d'aides sociales ponctuelles financées par ses RPI soit en intervenant dans des zones non prises en charge par l'Etat à travers la dotation d'éclairage en panneaux solaires pour certaines communes éloignées ou dotation en denrées alimentaires pour des centres d'orphelinat soit en effectuant un don de literies, matelas et couverture à quelques CSB ou à des gens démunis comme ceux qui ont subi l'incendie d'un bâtiment à 67ha.

- Pour le cas de Haute Matsiatra :

Les entretiens menés ont fait ressortir des divergences sur certaines décisions prises au niveau du CRCO et du CCO. Après les trois cas confirmés d'Analamanga, Haute Matsiatra était la deuxième Région où la dame testée positive a séjourné. Ainsi, face à la recrudescence de l'épidémie, certaines mesures d'anticipation prises étaient perçues par le CCO comme inopportun telles que :

- la mise en place des barrages sanitaires avant la déclaration officielle au niveau central. D'ailleurs, suite à l'interpellation au niveau central, l'ouverture du barrage sanitaire déjà instauré a fait apparaître son premier cas confirmé qui s'agit d'un cas importé ;
- ou l'allègement des certaines mesures comme :
  - le couvre-feu allégé sachant que la population locale ne sort pas beaucoup la nuit ;
  - l'instauration de barrages sanitaires au lieu de la fermeture des frontières régionales. En effet, au cœur de la RN7, la fermeture des routes nationales constituait un obstacle au développement économique et social. Mais le central a emporté sur la discorde car l'opération était devenue source de corruption.

Or prendre des décisions anticipatives rigoureuses était impératif dès le début de l'épidémie sur la Région Haute Matsiatra compte tenu de la situation géographique ainsi que des conditions météorologiques de la Région (froid et humide). Mais également, ces décisions s'avéraient nécessaires pour éviter de dépasser les capacités d'accueil des centres hospitaliers ainsi que pour pallier l'insuffisance d'équipements médicaux tels que les concentrateurs d'oxygène ou les générateurs d'oxygène.

Cela met en exergue les conséquences de l'inexistence de cadre juridique, de plans d'intervention régionaux et la non effectivité de la décentralisation.

La Cour recommande de :

- ***Donner une latitude à chaque région dans la gestion de crise ;***
- ***Veiller à la disponibilité des plans d'intervention régionaux afin de service de ligne directrice à tous les acteurs et éviter une forte centralisation des activités.***

2.4.2 Déclinaison de la structure du CCO-COVID-19 (central) difficile et non uniformisée

A rappeler que le CCO-COVID-19 s'occupe de l'aspect stratégique au niveau central tandis que l'opérationnel relève du BNGRC. Au niveau territorial, une structure permanente dénommée OMC joue le rôle stratégique selon les mesures prises au niveau central, tandis que le CRCO s'assurait de l'opérationnalisation de ces décisions.

Cette différence de structuration s'explique par (i) le défaut de cadre juridique du CCO-COVID-19 et l'existence et l'optimisation de l'OMC.

En effet, l'OMC est une structure permanente fonctionnelle au niveau des régions. Elle a pour principale attribution de prendre des mesures préventives d'ordre public et est présidé par le Gouverneur et co-présidé ***par le Préfet***. Et dans le cadre de la lutte contre l'épidémie liée à la COVID, cette structure a été mobilisée et a eu pour mission d'organiser des réunions d'information et de sensibilisation de masse, d'appuyer la coordination de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement dans le cadre de la lutte contre l'épidémie liée à la COVID-19. Elle a été élargie par l'intégration de toutes les forces vives au niveau régional dont les élus (sénateurs et/ou députés), les CTD, les représentants des STD et les forces armées dans le but de mieux organiser la lutte ;

Le BNGRC est normalement représenté par des points focaux mais cela a fait défaut à Haute Matsiatra (pour l'épicentre, la dame a succombé dans la Région Atsinanana) ; et cette absence institutionnelle locale du BNGRC[28] a limité ces capacités d'intervention au niveau régional.

L'opérationnalisation d'une structure existante a permis d'optimiser des ressources. Néanmoins, cette crise sanitaire s'agissait d'un moment opportun pour le déploiement des démembrements du BNGRC tel que prévu par les textes qui aurait pu servir pour faire face à toute éventuelle risque et catastrophe.

Par conséquent, trois aspects méritent d'être souligner :

- l'absence de texte de CCO contraignait les Régions à formuler des actes réglementaires[29] divergents selon la réalité respective de leur terrain, et pour éviter un vide juridique ou une irrégularité (avec une abrogation en fin de la 1ère vague).
- pour le cas des dérogations de *« laissez-passer »* des voitures, chaque avait sa forme et les informations obligatoires à y figurer.
- l'existence de BNGRC n'était pas systématique ; et la distinction du véritable responsable opérationnel et stratégique était confuse.

L'arrêté de Haute Matsiatra, unique dans son genre, a indiqué les membres d'office du CRCO dont

- le Gouverneur comme Président et le Préfet en Vice-président,
- le SG de la région en tant que coordonnateur avec un militaire comme adjoint,
- le DAF de la Région en tant que Responsable financier.

Toujours dans cette même optique, la Région Haute Matsiatra a mis en place plusieurs cellules dont la communication assurée par les membres du cabinet de la Région, la Cellule renseignement, la Cellule Finance et la Cellule Opérationnelle. Ce sont ces cellules qui ont fait l'objet de coordination suscitée.

La Cour recommande de :

- ***S'assurer de l'existence d'un cadre juridique clair pour la mise en place de toutes les nouvelles structures ainsi qu'à leur duplication au niveau territorial pour une cohérence dans les activités à réaliser ;***
- ***S'assurer de la mise en place effective des démembrements du BNGRC au niveau territorial.***

[28] BNGRC était assigné, dès la création du CCO-COVID-19 d'effectuer le suivi de la mise en œuvre des décisions prises au niveau central et au niveau territorial. Il est censé être la structure opérationnelle chargée de la coordination des activités au niveau territorial. D'ailleurs, selon le plan de contingence multirisque, il assure la coordination multisectorielle des services essentiels et suite à la création du CCO-COVID-19, cette attribution a été étendue à la coordination opérationnelle de toutes les activités sanitaires ou non, définies par le niveau stratégique (CCO-COVID-19). Mais sur le terrain, le BNGRC a joué un tout autre rôle qui était plus accès sur l'aspect médical, a niveau central, en fonction des décisions prises au niveau du CCO-COVID-19.

[29] l'arrêté n° 002/2020 – PREF/FTSOA/AD/SAN du 21 Février 2020 portant création et désignation des membres du Comité Régional de lutte contre la propagation des maladies causées par les Coronavirus

2.4.3 <u>Séparation du rôle du Préfecture, de la Région et du CRCO non définie</u>

Conformément aux textes en vigueur, la Préfecture représente l'Etat central dans la déconcentration, le Gouvernorat représente la Région qui est une collectivité décentralisée, et le CRCO relève d'une structure ad 'hoc au niveau Régional.

Le Gouvernorat a abrité le CRCO dans le local de la Région, et cette confusion de localité a entrainé parfois de confusion de responsabilité quand les acteurs sont invités à des réunions : par le président de l'OMC ou par le Gouverneur ? par le secrétaire général ou le coordonnateur de CRCO ?

Il en de même pour la gestion des ressources récoltées dans le cadre de la lutte : la confiance des parties prenantes n'était pas entière dans la mesure où la transparence dans la gestion des ressources (matérielles ou financières) posait de doute.

La Cour recommande de bien définir le rôle respectif de chaque acteur au niveau local dans la gestion de crise.

3. Aspects des ressources

Comme la pandémie a nécessité de réponses urgentes, plusieurs acteurs ont été sollicités pour contribuer à la réalisation des activités y afférentes. Ainsi, cette partie traite de l'organisation de toutes les ressources déployées pour la gestion de la crise sanitaire, notamment les ressources procédurales, les ressources humaines et matérielles, et les ressources financières.

En effet, les ressources financières mobilisées durant cette période se chiffrent en milliards d'unités monétaires et poussaient les parties nationales et étrangères à solliciter les quatre types d'audits. Elles regroupaient le financement des PTF dont une partie constituée par le CAT DDO (en ***milliard*** USD), les contributions citoyennes et les ressources propres internes de l'Etat Malagasy (en ***centaines de milliards*** MGA).

3.1 Insuffisance de ressources humaines et matérielles et iniquité pour l'aspect médical

3.1.1 Au niveau du Ministère central

Par rapport à l'ampleur de la mission du MSANP, il était confronté non seulement à une rareté des ressources financières mais également à une insuffisance de personnel et d'équipements (médicaux et non médicaux) tel que le plan de riposte en fait état. Ceci étant, le ministère a assuré l'optimisation des ressources disponibles à travers la motivation non-économique du personnel : le rappel de serment professionnel pour le dévouement et raviver l'enthousiasme et leur forte implication durant la lutte (cas de CHU Fianarantsoa et Toamasina).

En effet, le manque de ressources humaines est dû en partie au nombre insuffisant du personnel médical mobilisable dans la lutte. Même si le ministère avait la possibilité de recruter, les conditions proposées au niveau de la santé publique ne sont pas attractives par rapport aux activités libérales et l'offre du secteur privé. Ce qui réduit sensiblement le nombre de candidatures, rendant le recrutement difficile de médecins. Par contre, les paramédicaux sont plus nombreux à montrer leur volonté à intégrer le secteur public. Aussi, la création de nouvelles structures a accentué ce problème car une partie du personnel (et même des autres ressources) en devait assurer le fonctionnement, sans tenir compte de leur spécialisation hors de l'immunologie et virologie.

En sus, le personnel de la santé était victime d'inégalité de traitement par rapport aux autres acteurs œuvrant dans la lutte, notamment ceux des nouvelles structures (BIS, CTC, barrages), suite à un chevauchement d'activités conduisant à un manque de transparence dans la répartition des ressources et au déséquilibre des textes régissant les personnels de l'Etat. Ce qui a provoqué leur frustration.

A titre d'illustration, à cause de la caducité des textes (entraînant la rigidité des procédures, donc lenteur pour effectuer les démarches administratives) le personnel du MSANP, ne peut disposer de ses indemnités à temps (avant le départ en mission). En effet, les fonds ne peuvent être débloqués par le MEF sans passer par certaines procédures (service fait etc.) sous peine de sanctions, même dans une situation de crise. Par conséquent, le personnel est déployé sans aucune indemnité au préalable, comme le cas d'une sage-femme enceinte envoyée en mission

dans une zone très éloignée et dormant sous des tentes sans aucune ressource financière avant son départ.

Et même si le MSANP a voulu remédier à ces situations, celui-ci n'a pas pu recourir aux dérogations de procédure autorisées en période exceptionnelle, comme une crise sanitaire. Ainsi, il a émis une proposition de texte pour régir les activités en cas d'épidémie, mais cette dernière demeure encore sans suite.

Conjointement aux problèmes relevés, le personnel du MSANP devait assurer la mise en œuvre des requêtes urgentes (notamment celles de la Présidence). Ce qui a engendré une forte pression. Par exemple, un appel téléphonique à minuit ordonne au coordonnateur général de l'UCP de livrer immédiatement des médicaments dans la région de Haute Matsiatra, sans tenir compte des difficultés de GRH pour assurer la sortie des produits ainsi que le mécanisme de transport (recherche des moyens de transport, coût, etc.)

Tout ce qui a été évoqué entraine un grand risque de démotivation du personnel médical voire un désengagement involontaire du personnel de la santé publique, qui aura d'impacts sur la gestion des vagues futures. Et tous ces maux inventoriés ne font qu'affaiblir le système de santé.

Fort heureusement, une coopération fructueuse comme à l'accoutumée s'est opérée entre les médecins militaires du BIS et l'équipe de la DVSSER dans le cadre d'urgences sanitaires.

Par conséquent, la Cour recommande pour la gestion d'éventuelle d'une crise sanitaire de prendre toutes les mesures pour renforcer l'effectif insuffisant du personnel de la santé

3.1.2 Au niveau des centres de soins

- ***Dans les milieux hospitaliers et centres de santé de base***

La projection de l'INSTAT relève qu'à Madagascar, le ratio du personnel en 2020, est d'un médecin pour 4000 habitants[30]. Même si le pays ne déroge pas trop aux normes de l'OMS, la répartition et la prise de fonction administrative des médecins réduisent la couverture.

Si l'on prend le cas du CHU Anosiala, ses potentialités se perçoivent à travers le degré élevé de préparation de l'équipe, les infrastructures adéquates et les équipements disponibles, qui ont pu être capitalisées suite aux anticipations des risques sanitaires des épidémies ou des rassemblements internationaux (notamment l'Ebola et la célébration de la francophonie).

Durant la crise sanitaire, le centre a eu pour principale attribution la prise en charge médicale dont les détails seront exposés dans la deuxième partie. Ce qui a engendré la surcharge de travail du personnel, pour le traitement d'autres maladies. Ils ont même dû procéder aux transferts de patients vers d'autres centres.

Pourtant, l'insuffisance de ressources face à la recrudescence des cas présente un risque réel de démotivation du personnel de la santé et une entrave à la lutte.

[30] Avec un effectif s'élevant à 6556 (cliniciens et santé publique) dont 2007 médecins contre 4 349 médecins libéraux pour 25 674 196 habitants en 2020.

La Cour recommande de mettre à disposition des centres de soins les équipements, infrastructures et ressources humaines suffisantes pour que celles-ci puissent mener à bien leur mission.

3.1.3 Au niveau des nouvelles structures

En réponse aux diverses déficiences de ressources impactant la capacité d'accueil, de nouvelles structures ont été mises en place.

Bien que les nouvelles structures aient été équipées, elles ont quand même été exposées à des insuffisances, à l'exemple du CTC Mahamasina[31] géré surtout par des médecins militaires, éprouvés durant la lutte (voire le décès un médecin commandant à Diégo Suarez pour fatigue générale). En dépit des charges de travail volumineuses, la cellule de suivi – épidémiologique n'était composée que de quelques ingénieurs informatiques et de deux médecins. Par conséquent, ce nombre insuffisant de personnel ne permettait pas au BIS d'assurer la mission prévue de deux mois avec rotation de quinze jours de chaque équipe dans les régions Antsinanana et Haute Matsiatra.

En outre, le centre est équipé de deux cents (200) lits (200) mais cela ne peut être un indicateur pour évaluer sa capacité réelle qui varie en fonction des concentrateurs d'oxygène disponibles. En effet, un patient peut nécessiter deux voire trois concentrateurs d'oxygène. La majeure partie des patients admis au niveau du centre présentent des formes modérées ou graves[32] nécessitant leur branchement permanent sous concentrateurs. Ces derniers sont alors devenus insuffisants suite à la recrudescence de la maladie. Mais le réapprovisionnement n'a été effectué qu'en 2021.

Ce qui fait que sa capacité est très limitée en matière de prise en charge, et impacte la lutte en cas de forte affluence. De plus, le centre ne dispose pas de groupe électrogène de secours en cas de coupure, présentant un réel danger de mort pour les patients gravement malades[33].

D'ailleurs, suite à une insuffisance d'équipements et d'infrastructures, l'installation murale des bouteilles d'oxygène n'a pas été adaptée. Ce qui a nécessité de détendeurs[34], mais le coût exorbitant dépasse la capacité financière des patients si l'assurance ARO ne soutenait pas.

En outre, le centre était confronté à un problème social surtout face aux personnes à ressources financières limitées. En effet, la gratuité énoncée par l'Etat ne concerne que les médicaments de base prévus pour le traitement (protocole de traitement) et ne couvre pas la prise en charge

[31] Le CTC-Mahamasina est un centre de traitement mis en place le 25 juillet 2020, à travers la réquisition du « Palais des Sports » de Mahamasina en collaboration avec le Ministère de la Jeunesse et Sport.

[32] Ce qui a été le cas pour 2021, lors du passage de la mission, où le centre prenait en charge 113 patients dont 30 développant des formes graves et 29 patients mobilisant plusieurs concentrateurs d'oxygène.

[33] Cas de délestage qui a causé la mort de quelques patients pour lequel la JIRAMA a dû présenter publiquement des excuses

[34] Dans ce cadre, l'assurance ARO a appuyé le centre en lui offrant 30 détendeurs assortis de tous les accessoires, pour 2021, ce qui fait que chaque lit dispose, actuellement, d'une bouteille d'oxygène.

En plus, ARO a doté le centre d'une ambulance médicalisée pour le transport des patients présentant des formes graves. Et le MEF a alloué au centre de matériels roulants (4x4) qui ont fait office d'ambulances faute d'insuffisance, avec l'inconfort engendré pour les patients.

d'autres maladies telles que le diabète ou l'hypertension. Par conséquent, le coût de traitement trop élevé pour les patients a limité l'intervention de l'équipe du CTC.

- ***Pour les laboratoires de référence***

Au départ, l'IPM était le seul laboratoire habilité à effectuer les tests, impliquant une surcharge de travail. Ainsi, il a dû procéder à une réorganisation interne en procédant par la suspension de certaines activités. Aussi, il n'a reçu aucune ressource supplémentaire de la part de l'Etat Malagasy, et a dû déployé ses propres ressources. Par conséquent, il a initié des recherches de partenariat, qui se sont avérés positives. L'approvisionnement en test PCR et en réactifs de laboratoire ont été financé par la fondation Jack Ma, l'AFD, l'USAID et l'OMS.

En outre, en se référant au PMDU, il a été prévu la réhabilitation et l'équipement des laboratoires existants au niveau central et régional. Toutefois, cela n'a pas été mis en œuvre. La raison pourrait être la création d'un nouveau laboratoire au détriment de la dotation en ressources suffisantes des structures déjà existantes. Ceci étant, même ce nouveau laboratoire a rencontré des problèmes de ressources à ne citer que le manque de groupe électrogène de secours pour assurer une source d'énergie permanente. Cela a impacté sa capacité quotidienne de dépistage par rapport au surnombre d'échantillons.

Par conséquent, faute d'allocation rationnelle de ressources aux laboratoires, ceux-ci n'ont pu fonctionner de manière optimale.

- ***Au niveau de l'usine pharmaceutique***

Une usine pharmaceutique nommée « Pharmalagasy[35] » a été créée pour la production du remède traditionnelle améliorée CVO. La construction de cette usine figurait parmi les « Velirano » du Président de la République, mais non encore classée dans les axes prioritaires. Toutefois, d'après les entretiens auprès des responsables, la pandémie a exigé de repenser à une réorganisation nationale d'où la décision de mettre en œuvre urgemment sa construction.

Toutefois, la création de nouvelles structures, comme le cas de Pharmalagasy a amplifié l'inégalité de traitement en défaveur des structures déjà existantes. En effet, le Pharmalagasy a été doté d'une nouvelle construction, de nouvelles machines importées, avec un personnel formé à disposition. Et dont l'approvisionnement exclusif en matières premières était assuré par la réquisition du BIONEX, principal producteur d'artémisinine.
Un appui de sorte ne s'est opéré au niveau des structures essentielles de gestion de la Covid-19, telles que le ministère central, les centres de traitements ou les laboratoires.

[35] Il est à noter que Pharmalagasy est une société anonyme dont 100% du capital appartient à l'Etat. Et il existe actuellement 5 actionnaires (MEF, MSANP, ordre des pharmaciens, SONAPAR, présidence via le PCA). Le nombre d'actions est de100 000 x 1000 soit un capital social de 100 000 000Ar. Mais dans une perspective de développement de l'industrie, son capital sera élargi aux laboratoires étrangers et à SONAPAR ; et qu'une partie du capital (maximum 10%) sera réservé pour les petits porteurs (personnes physiques) ; un appel d'offres est prévu dans ce cadre et les activités y afférentes ont déjà été faites au mois de janvier.

La Cour recommande de mettre à disposition de toutes les structures nouvellement créées (laboratoires et usines pharmaceutiques) les équipements, infrastructures et ressources humaines suffisantes pour que celles-ci puissent mener à bien leur mission.

II- ORGANISATION DES INTERVENTIONS

L'appréciation de la performance des dispositifs et des stratégies adoptées pour faire face à la pandémie répondra à la question d'audit ci-après ***« Les mesures prises ont-elles permis de contenir la crise avec succès ? ».***
Pour pouvoir y répondre, il sera analysé le renforcement des mesures en place pour mieux affronter des éventuelles crises et les conditions dans lesquelles celles-ci ont été effectivement mises en œuvre durant la pandémie. Dans un premier temps, l'aspect socio-économique sera abordé. S'en suivra ensuite l'aspect sanitaire.

1. Aspects sociaux et économiques

La crise a une facette positive, notamment la synergie des acteurs de terrain malgré et serait dû aux problèmes rencontrés. Le facteur humain a pris le dessus car l'interaction a permis à tout le monde de se connaitre mutuellement, sur le plan professionnel et personnel. Ce qui a favorisé la célérité des actions grâce à la solidarité. En effet, tous les acteurs ont fait preuve d'une bonne volonté et d'enthousiasme dans la lutte contre la pandémie bien qu'ils n'ont bénéficié d'aucune dotation financière et matérielle supplémentaire. Il y a même eu des temps où ils ont dû payer de leurs poches pour ne pas entraver la lutte.

D'ailleurs, ils étaient amenés à faire un reporting périodique des actions et des résultats mettant en exergue des difficultés rencontrées. Cette synergie devient une condition sine qua none de l'identification des défaillances, la formulation de solutions et la mise en œuvre des actions correctrices.

La Banque mondiale a rapporté la situation socio-économique de Madagascar bien avant la période auditée de 2020 en exposant une pauvreté accrue voire une précarité de la grande majorité de la population. La pandémie n'a fait qu'aggraver cette situation sachant que les mesures impératives limitaient les mouvements des personnes et les activités. Ce qui implique l'impérative nécessité de prendre des mesures sociales d'accompagnement (article 25 du décret n°2019-1954 dans la partie concernant le BNGRC).

Outre le fonds national de contingence (FNC) à mettre en place, le PMDU a prévu dans son axe stratégique n°2 le renforcement des mesures relatives à la protection sociale et axe stratégique n°3 le soutien à la résilience économique et l'appui au secteur privé dont :

- Les mesures d'urgence sociales pour assurer la survie de la population vulnérable[36] Leur objectif est triple notamment sanitaire, social et économique à travers la maîtrise de la propagation de la maladie en soutenant la mise en place du confinement ; l'appui

[36] A travers notamment les programmes sociaux vatsy tsinjo, tsena mora, tosika fameno, HIMO, ACTP, etc.).

économique de la consommation des ménages ainsi que la facilitation de la relance économique ;

- Les mesures relatives à l'éducation de base ;

Les mesures relatives au tourisme et transport.

1.1 L'organisation des mesures d'urgence sociales

Concernant l'organisation des programmes sociaux d'urgence monétaire (Tosika Fameno) et non monétaire (Vatsy Tsinjo), au premier constat, il a été relevé que leur mise en œuvre n'a pas associé le BNGRC. La Cour, dans le cadre de la transparence, estime la nécessité de rendre public :

- L'origine et le montant des allocations ainsi que le nombre et la répartition des bénéficiaires ;
- Ainsi que les marchés liés à ces distributions.

Et toutes les parties prenantes se sont mises d'accord sur sujet, notamment les bailleurs et la société civile.

Néanmoins, d'un point de vue général, l'efficacité de l'organisation de ces mesures était mitigée étant donné que le programme non monétaire (Vatsy Tsinjo) s'est vu être l'objet de plusieurs contestations tandis que le programme non monétaire (Tosika) Fameno était plus ou moins apprécié malgré l'existence de quelques défaillances.

1.1.1 Conflit de leadership dans la mise en œuvre des programmes sociaux

Le lead du programme d'urgence monétaire était clair : même si ce dernier regroupait divers acteurs à travers le Cash Working Group[37], sa gestion était attribuée au FID[38] qui est une association privée reconnue d'utilité publique, placée sous la tutelle de la Primature. De plus la source de financement du programme était identifiée : don de la Banque mondiale, sur le compte de transfert non conditionnel du fonds additionnel n°2. Ce qui n'a pas été le cas pour le programme non monétaire.

Par contre, la gestion du Vatsy Tsinjo était source de conflit de leadership. S'agissant d'une mesure intersectorielle sur initiative du Gouvernement, la quasi-totalité des départements ministériels (incluant les démembrements) et des acteurs locaux nommés ou élus (STD et CTD), et des structures associatives y ont participé activement. La période de prise de décision interministérielle y afférente coïncidait avec l'absence pour mission extérieure du ministre de la population. Ce dernier n'a pas pu participer malgré le fait que le PMDU met ce programme sous sa coordination, avec une étroite collaboration du MICA. Par conséquent, le leadership a été confié au MEDD et n'a pas fait l'objet de modification ultérieure.

[37] Composé des Partenaires Techniques et Financiers (UNICEF, PAM,...), Commune Urbaine d'Antananarivo, Croix Rouge, etc.

[38] Il a pour attribution la mobilisation des financements pour promouvoir, financer et réaliser des projets communautaires à caractère économique et social, des activités génératrices de revenus et des activités de formation initiées par des groupements communautaires de base, et afin de fournir un appui aux petits opérateurs du secteur privé en vue de contribuer au développement économique et social au niveau local (https://www.fid.mg/presentation/)

Depuis quelques régimes, le mécanisme de coaching a été prévu et chaque région dispose de « ministre(s) coach(es) »[39]. L'efficacité de ce système variait d'une région à une autre :
- tantôt, il était source de tensions sociales à cause d'un conflit de leadership (cas de divergence sur la priorisation des zones à servir en premier) ;
- tantôt, la synergie et l'optimisation ont été assurées, y compris la réussite de la lutte.
Parfois, la place occupée par le coach au niveau national influe sur la gestion au niveau régional.

Le degré d'implication des élus locaux et nationaux dans la Région et leur volonté à coopérer n'étaient pas non plus négligeable.

1.1.2 Opacité des procédures d'approvisionnement et de distribution des aides

La procédure d'approvisionnement en temps normal présente des lourdeurs et lenteurs décriée par les acteurs du domaine, surtout dans les zones éloignées. Malgré l'état d'exception, aucune procédure exceptionnelle d'approvisionnement n'a été prévue.
L'approvisionnement implique a priori ou a posteriori l'ordonnateur, le comptable, le FISC, le douanier etc. L'intégration des contraintes de chacun de ces acteurs rendait plus complexe voire inapplicable le processus d'acquisition des biens et services.

Le secteur du commerce, de l'industrie et de l'artisanat était le ministère à qui on a confié l'identification des fournisseurs (MICA) du fait de sa connaissance des acteurs nationaux et autres. Mais parfois, ce ministère procède jusqu'à l'achat d'intrants.
En se référant à l'article 39 du code de marchés publics, la possibilité est offerte de passer les marchés publics dans les conditions d'« *urgence impérieuse résultant de circonstances imprévisibles pour l'Autorité Contractante et dont les conditions de passation de marchés ne sont pas compatibles avec les délais exigés par les procédures d'appel d'offres, et notamment ... lorsqu'il est question de faire face à des situations d'urgence impérieuse relevant d'une catastrophe naturelle ...* ». Aussi, la procédure de gré à gré systématique a présente un risque élevé de passer à quelques fournisseurs (voire un monopole de groupe) la majorité écrasante des marchés passés.

En outre, les Régions se plaignent que certains articles disponibles à leur niveau ont été commandés ailleurs (cas de cache-bouche devant soutenir les activités économiques des artisans locaux). Mais comme elles ne disposent que peu d'informations sur le système d'approvisionnement, l'action et la réaction n'étaient que tardives. Le moindre coût à qualité maximale (approvisionnement optimal) n'était pas assuré dans une période de rareté de ressources.
De par cet achat centralisé, l'acquisition des biens devait être accompagnée d'acheminement, donc un autre marché public de transport, toujours aussi opaque que les premiers.
Au bout de course, aucune entité prise isolément n'était en mesure de connaître le volume total des vivres devant leur revenir. Cette situation ne garantit ni la transparence, ni l'efficience, ni l'efficacité de la gestion.

[39] MEDD pour Haute Matsiatra et MEAH pour Antsinanana

Avant la distribution aux bénéficiaires, les vivres ont été entreposés en stock, ensuite mis en pack, mobilisant le personnel de plusieurs ministères et même des bénévoles. S'agissant de denrées alimentaires et des outils sanitaires, des conditions de conservation, de sûreté ou de sécurité étaient assurées. La déperdition progressive n'a pas été totalement écartée par les fouilles sur place. Les mécanismes de contrôle interne devaient détecter de telles anomalies mais le rapportage n'est pas rendu officiel. Au niveau de la Capitale (Région Analamanga), quelques cas de vols ou de détournements de packs ont été relatés en plus des cas de faux et d'usage de faux (carnets et certificat de résidence) qui ont été signalés. Et des responsables territoriaux se demandaient s'ils ont réellement reçu la quantité et la qualité correspondant à leur droit (sac ou sachet de riz).

1.1.3 Déviation de l'objectif sanitaire de la gestion des aides

Les aides dont la distribution de vivres et d'argent pour ménages étaient faites dans le but de compenser l'absence d'activités et le confinement ou limitation de déplacement pour assurer la consommation au quotidien. La finalité consiste à minimiser l'interaction de la population et de transmission du virus.
Cependant, il n'est pas rare que la séance de distribution regroupe des foules pendant une certaine durée, sans distanciation ni une assurance du bon état de santé des individus. Et le rassemblement du genre existait durant les périodes festives incluses dans l'état d'urgence (1ère vague).

Dans certaines localités, l'initiative de distribution en porte-à-porte tendait à répondre à un double objectif : écarter ce mouvement de foule et éviter la frustration des non-bénéficiaires. Mais l'abus de fonction ou le détournement de certains biens, connu en temps normal, se matérialisait à travers l'appropriation privée des aides destinées au public (cas de création de carnets multiples), ou création de bénéficiaires fictifs.

Aussi, pour certaines régions, la distribution des aides est devenue un apaisement de tensions sociales, contrairement aux objectifs sanitaires (cas de Barikadimy pour la région Antsinanana).

En outre, n'étant pas bénéficiaires, leur distribution était source de frustration pour les chefs Fokontany (cas de la Région Antsinanana) qui estiment qu'ils ont dû être suffisamment impliqués dans le processus car ils sont les plus proches de la population en cas de problèmes[40]. Pendant la pandémie de covid-19, aucune reconnaissance ne leur a été attribuée malgré les efforts qu'ils ont déployés.

Donc l'aspect organisationnel des aides a été dévié des objectifs sanitaires et sociaux prévus, voire contradictoire, car orienté vers la popularité et l'appropriation individuelle.

1.1.4 Faiblesse du système de contrôle

[40] Selon eux, pendant l'épidémie de la peste, ils ont reçu une indemnité équivalente à 400 000 Ar chacun

❖ ***En matière de sélection des bénéficiaires***

Les plaintes recensées dans la mise en œuvre de ces mesures sociales concernaient surtout le système de sélection des bénéficiaires, qui devrait reposer sur un processus bien défini.

Pour l'établissement de critères, le PMDU a prédéfini une cible potentielle notamment les personnes vulnérables directement affectées par les mesures de confinement dont les personnes âgées, les chômeurs ou les sans-abris. Cependant, l'impression et la sensation d'iniquité ont régné avec des proportions différentes dans le territoire national, entrainant des plaintes et complaintes, étant donné que la fixation de critère de sélection n'a été clairement définis.

Aussi, en l'absence de bases de données suffisamment fournies, les bailleurs et agences d'exécution ou organes étatiques ont dû quelques fois procédé à des enquêtes fondées sur un questionnaire pour disposer des informations permettant d'identifier les bénéficiaires. Notons qu'en temps normal, la Commune devrait disposer de liste de démunis (pour la santé/FANOME et l'éducation/CANTINE), il en est de même pour la carte verte (frais de bus des personnes âgées) mais ceux-ci n'ont été utilisés dans le cadre des programmes sociaux.

Même si le FID a procédé au recrutement d'agence d'exécution des enquêtes informatisées[41], beaucoup de données ont été perdues. Ce qui a parfois engendré une confusion totale de listes de bénéficiaires entre des Fokontany. Cette situation était perçue par les chefs FKT de la région Antsinanana comme un problème dû à leur non-implication et l'insuffisance de collaboration avec le « Komity LOHARANO[42] ». En outre, ces enquêtes ont visé une cible plus élargie (non seulement les vulnérables du quotidien mais également ceux ayant subi des difficultés financières à cause de la pandémie) ; et parfois, il a été rapporté que des gens aisés ont pu bénéficier du programme, si des gens en difficulté financière n'ont en pu profiter. Le programme monétaire était continu mais la liste des bénéficiaires n'a connu aucune modification même si des contestations y ont été relevées. Dans ce cadre, le FID estime que la mise en œuvre d'un programme nécessite toujours un suivi, et que la politique de saupoudrage n'est pas vraiment une bonne pratique si l'on souhaite évaluer les impacts des mesures mises en œuvre.

Quel que soit la volonté d'assurer une équité, il a fallu se baser sur des critères administratifs objectifs : domicile et carnet Fokontany, carte nationale d'identité, possession de phone mobile, Par conséquent, les sans-abris ont été exclus selon les instructions. Il en est de même des personnes sans copies d'acte de naissance et qui ne peuvent pas obtenir de carte nationale d'identité. Et par rapport aux sécurités de communication, elles ne pouvaient pas acheter de puce même si elles avaient la capacité financière d'acheter de poste téléphonique mobile.

Quand l'enquête informatisée n'a pu se faire, la constitution de la base de données, parfois manuellement, partait des communautés locales de proximité (Fokontany), se basant sur des critères de vulnérabilité dont la fixation n'était pas suffisamment étayée. Les critères retenus sont l'âge (70 ans pour les hommes et ≥65 ans pour les femmes) et la catégorie socioprofessionnelle (chômeurs, veufs, les prostitués, etc.).

[41] La sélection des bénéficiaires s'est faite grâce à une enquête informatisée sous format déclaratif et dont les résultats étaient centralisés et traités par un logiciel pour faire ressortir un scoring.

[42] Le FID dispose d'un comité de protection sociale dont les rôles/attributions sont quasi-similaires au Komity LOHARANO dont les membres varient de 4 à 6 et sont composés du Chef FKT, des agents communautaires de la santé ou de la nutrition et des ray aman-dreny an-tanàna

La constitution de la base de données a été alors confié aux chef Fokontany qui n'ont reçu aucun moyen pour ce faire. Quelque fois, ils ont dû déployer leurs propres moyens pour éditer les listes.

En matière de communication et de distribution, les chefs Fokontany estiment qu'à peu près 40% des bénéficiaires n'auraient pas dû bénéficier et qu'une majeure partie des gens inscrits définitivement dans les listes ont été écarté du programme. Ce qui était toujours source de tension sociale et surtout de mécontentement envers les Chef Fokontany et le comité Loharano qui n'avaient aucune information sur les modifications y afférentes, et qui, de ce fait n'étaient en mesure de satisfaire les différentes plaintes.

Pour les éventuelles organisations de la mise en œuvre des programmes sociaux, la Cour recommande de :
- Bien définir le lead du programme pour éviter les conflits de leadership ;
- Rendre compte de l'organisation générale des programmes (système d'approvisionnement, source de financement, mode de passation des marchés publics, nombre de bénéficiaires...).

1.2 Les autres mesures socio-économiques

Malgré que le PMDU prévoie des mesures socio-économiques, cela n'a pas été bien détaillé pour guider les parties prenantes. A titre d'illustration, la planification et la coordination du report des échéances fiscales, du soutien au secteur touristique, des aides sociales ou encore des dispositifs d'activité partielle n'ont pas été intégrés dans un plan sectoriel afin que les intéressés puissent se préparer à répondre à l'épidémie liée au COVID-19. Les mesures de soutien n'étaient pas claires présentant des risques d'incompréhension, de confusion voire de mauvaises interprétations au niveau des acteurs.

1.2.1. En matière d'éducation de base

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie, il a été décidé de fermer tous les établissements scolaires (publics et privés). Toutefois, le programme éducatif devrait être maintenu, pour éviter les écueils causés par un retard de mise en œuvre ; d'autant plus que la qualité de l'éducation de base à Madagascar est remise en cause dans le rapport effectué par l'UNICEF.
Ainsi, par rapport aux réponses à la pandémie dans le secteur de l'éducation, le MEN a procédé à une reprise progressive des cours pour les classes d'examen tout en assurant le respect des gestes barrière[43]. Celui-ci devait alors (1) assurer la sécurisation du retour des élèves à l'école après le confinement (2) organiser l'aspect pédagogique pour anticiper la réponse pédagogique liée à la fermeture des écoles et (3) organiser les appuis obtenus à travers la gestion des données pour faciliter leurs répartitions. Dans ce cadre, des actions ont été faites : organisation de test Covid, distribution de médicaments, désinfection de locaux et conception de protocole pédagogique.

[43] Conformément à la stratégie sectorielle de réponse à la covid-19 du Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique et Professionnel.

- ***Réactivité du secteur de l'éducation dans la mise en œuvre des réponses à la pandémie***

Aucune difficulté majeure n'a été recensée au MEN en matière d'organisation de la réponse à la crise sanitaire étant donné qu'il dispose d'un service de gestion des risques et catastrophes assurant la gestion de la fermeture des écoles en temps de catastrophes (cyclones ou l'épidémie de peste). Aussi, dans une perspective d'optimisation, pour accélérer la riposte à la Covid, une cellule de crise (ad hoc) gérée par le SG a été mise en place, pour la coordination des actions centrales et territoriales (au niveau des DREN). Aussi, une cellule a servi de canal pour les 22 régions.

Bien que le MEN ne dispose pas d'un plan élaboré en avance, il a mis en place un plan d'urgence couvrant la gestion de la fermeture et de la réouverture des écoles. Ce plan a fait l'objet d'un échange avec les PTF pour les mobiliser à se positionner par rapport aux différentes activités prévues.

En outre, la conception du protocole pédagogique a fait l'objet d'une évaluation et d'un recadrement par 3 fois sur les parties pédagogiques, le calendrier sur la répartition du volume horaire des cours, et le protocole d'ouverture et de fermeture des écoles (1 mois et demi pour l'année 2021). A cet effet, l'UNICEF procèdera prochainement à la distribution des nouvelles affiches auprès des établissements scolaires.

- ***Collaboration fructueuse entre les différents acteurs***

Durant la pandémie, le MEN n'a reçu aucune allocation financière supplémentaire de la part de l'Etat central. Mais il a quand même pu collaborer et mobiliser d'autres entités notamment le MSANP, la CUA et les PTF (notamment la Banque Mondiale dont le financement s'élève jusqu'à 14 millions de dollars, l'UNICEF par des dons en nature). Aussi, le personnel éducatif était fortement dévoué dans la gestion de la lutte.

A titre d'illustration, bien que dans un contexte d'insuffisance de ressources, le MINSANP a aidé activement le MEN en matière de dépistage et de distribution de médicaments pour le personnel éducatif ainsi que la désinfection des locaux. Le MID l'a également appuyé en matière de procédures administratives.

La collaboration avec le MCC concerne les négociations des plages horaires de diffusion au niveau de la chaine nationale. En effet, cette négociation a permis au ministère de diffuser des émissions éducatives télévisées et radiophoniques journalières de 15 minutes. Sur le long terme, le ministère envisage un recadrage de cette approche afin d'en pérenniser les retombées en élargissant par exemple la plage horaire qui est insuffisante. Cette négociation est en cours.

Le CCO l'a aidé en matière de désinfection des locaux au niveau régional mais il n'a procédé à aucun appui financier.

Les forces de l'ordre, à travers les CRCO assuraient les interventions dans les zones rouges et enclavées, même si la réponse n'était pas spontanée, causant un retard dans le mise en œuvre des actions. En effet, faute de RH disponible, des insuffisances de suivi dans les zones rouges et enclavées ont été relevées ; contrairement aux interventions au niveau central, durant lesquelles le personnel était suffisant pour assurer toute la chaîne de programmation, d'opérationnalisation et de suivi.

Les communications ont été réalisées de manière linéaire entre le secteur éducatif public et privé. En effet, pour la conception des protocoles pédagogiques, le ministère a toujours demandé l'avis du conseil pédagogique de l'enseignement privé dont les propositions sont orientées vers la recherche de solutions pour le retour des élèves à l'école afin de reprendre les cours en présentiel. En effet, ils sont toujours informés des différents protocoles pédagogiques et sont destinataires des stratégies de réponse. En outre, le ministère a doté quelques établissements privés de kits de protection dont les masques mais compte tenu de l'insuffisance des ressources financières, ces appuis ont été limités.

❖ ***Difficultés recensées durant la gestion de la crise sanitaire***

L'insuffisance des équipements de désinfection entraine une inégalité entre les 22 régions. Ainsi pour la désinfection des locaux au niveau régional, le MEN a mobilisé l'UNICEF à l'appuyer. Toutefois, cette dernière dispose déjà d'axes d'intervention et que ses appuis vont prioriser certaines régions au détriment des autres entrainant une iniquité interrégionale.

L'insuffisance de ressources financières du ministère l'a pénalisé dans la mise en œuvre des actions prévues (que ce soit au niveau régional ou au niveau des établissements scolaires privés).

Le MEN était confronté aux problèmes d'achat à cause de la lourdeur des procédures administratives (surtout en matière de marchés publics) malgré l'existence des dérogations. Durant les entretiens menés, il a été relevé que le PRMP du ministère était abrogé récemment et aucune nomination de son remplaçant n'a été faite. En outre, le ministère a fait l'objet de polémique sur le projet qui a été jugé farfelu l'achat de sucrerie à hauteur d'une somme conséquente, qui a conduit au limogeage d'un ministre.

La Cour recommande, pour faire face aux éventuelles crises de :

- ***Déterminer des appuis particuliers pour le secteur éducatif ;***
- ***Anticiper et améliorer la capacité de résilience du système.***

1.2.2. <u>En matière de tourisme et de transport</u>

Le secteur économique et plus particulièrement, le tourisme et le transport a fortement souffert des mesures de confinement, provoquant ainsi un manque à gagner de l'ordre de 620 millions USD en 2020 selon le PMDU. Ce qui favorisait certains acteurs à conclure que les effets de la crise liée à la pandémie étaient surtout économiques que sanitaires. Aussi, afin de pallier au ralentissement du secteur économique, des mesures ont été envisagées.

Au niveau du MTT, aucune nouvelle structure n'a été créée. Il y a juste eu une réorganisation interne notamment la tenue de réunions de travail entre les directions générales et les organismes rattachés.

Au début de la crise, le MTT a mis en place des stratégies de lutte dont la publication NOTAM par pays gravement touchés par la Covid-19. Il était surtout en charge d'émettre des propositions

à discuter en Conseil des Ministres pour faire l'objet de discours présidentiel, en fonction de l'évolution de la situation à Madagascar.

Sur le cas spécifique du transport aérien, le MTT publie des notes sur les décisions prises au niveau du conseil des ministres et c'est l'Aviation Civile de Madagascar (ACM) qui se charge de leur application pour assurer la régulation des transports aériens. L'ADEMA en est également informé. Dans ce cadre, le MTT vérifie le respect des mesures, en coordination avec le MINSAN (pour le contrôle de la santé aux frontières).

Concernant le transport terrestre, outre la mise en place des dispositions sanitaires avec le ministère de la santé, le ministère a également procédé à la mise en place du système du manifold (pour le pointage et la traçabilité des voyageurs). Le ministère a également initier la digitalisation des gares routières pour rassembler les informations sur les passagers à temps afin de constituer une base de données pouvant servir en cas d'accident ou de besoin de traçabilité d'un passager. A cet effet, une gare routière servira de gare pilote.
A cet effet, il était en charge d'effectuer des contrôles inopinés en coordination avec l'ATT.

Concernant le transport maritime et fluvial, des mesures ont déjà été mis en place bien avant l'entrée de la pandémie sur le territoire national.

Concernant le tourisme, le MTT assurait de chercher des stratégies pour promouvoir le développement du tourisme local, en collaboration avec les opérateurs touristiques, afin de protéger les emplois liés au tourisme et relancer économique. Les directions régionales en ont grandement participé.

- ***Insuffisance de ressources au niveau du Ministère***

Toutefois, durant la crise sanitaire, le ministère n'a bénéficié d'aucune ressource financière additionnelle mais ses activités ont été financées par ses RPI.

Aussi, aucune ressource humaine additionnelle ne lui a été affectée. Il y avait juste eu un redéploiement de tout le personnel pour être mobilisé sur terrain et intervenir dans la gestion de la crise. A cet effet, une rotation était mise en place.

Aussi, le MTT était confronté à des difficultés dans la mise en œuvre des mesures, à cause de de l'incertitude des décisions par rapport à l'évolution de la maladie. Il était limité en terme de visibilité et a eu du mal dans l'adaptation des décisions.
En outre, des lacunes ont été relevées sur le déséquilibre de l'effectif du personnel de chaque direction au niveau du ministère. La politique de mobilisation du personnel est alors à revoir car il existe des directions qui sont en manque de ressources humaines pendant que d'autres sont en trop.

Mais les problèmes recensés, il y a eu quand même des aspects positifs de la crise sanitaire, comme précédemment cité. Entre autre :

- ✓La solidarité des acteurs du secteur de transport (ministère et transporteur), qui en temps normal n'étaient pas en bonne relation. La crise sanitaire les a obligés à prendre en main la situation problématique grâce une concertation pour adopter une solution optimale. En plus de

cela est ajoutée l'implication effective du ministère central à travers des descentes sur terrain qui a rassurée la population ;

✓Le raffermissement de la relation centrale – régionale qui s'est manifesté par une meilleure compréhension de l'étendue des activités des directions régionales par le central. Ce qui permis de les associer aux activités du ministère. De même, leurs besoins sont désormais pris en compte dans la répartition du budget.

✓La crise sanitaire a rappelé qu'il faudrait commencer à promouvoir le tourisme local pour ne pas comprimer l'économie. Car en temps de crise, l'arrivée de touristes étrangers est quasi-impossible.

✓Par rapport au transport terrestre, l'informatisation (numérisation?) des flux des voyageurs permet leur traçabilité et constitue ainsi un outil pour la sécurité routière.

De tout ce qui précède, la Cour recommande de poursuivre les efforts déjà entrepris et de :

- ***Renforcer la collaboration entre les niveaux central et régional ;***
- ***Promouvoir le tourisme local ;***
- ***Informatiser les flux des voyageurs, du transport terrestre.***

2. Aspects sanitaires

Dans toute pandémie, la vigilance est toujours très importante et les deux étapes connues qui sont la surveillance et l'intervention doivent être maintenues sans relâche : prévenir avant de guérir. En effet, au moment où le pays n'a pas encore été touché par la maladie, la préparation devait être renforcée très rapidement de manière à répondre promptement et efficacement à l'introduction du virus et aussi à endiguer autant que possible son extension à travers le pays. Dans ce sens, au début du premier trimestre 2020, Madagascar figurait parmi les trois (03) premiers pays d'Afrique à disposer du génome du coronavirus sans quoi le test de détection était impossible.

2.1.Anticipation jusqu'à l'entrée du virus sur le territoire national

Au MSANP, cet adage « *Izay tsara fiomanana, tsy tampohin'ny loza* »[44] pris pour la gestion des Risques et catastrophes illustre bien l'anticipation des préparatifs pour mieux affronter des éventuelles crises. En matière sanitaire, il faut un bon système de surveillance épidémiologique et une stratégie de communication adaptée.

Le Plan de contingence multirisque[45] et le Plan de contingence[46] COVID-19 prévoient parmi les principales[47] mesures à prendre le *renforcement de la surveillance aux frontières*, la *revitalisation*

[44] Celui qui se prépare bien n'aura pas de surprise

[45] Plan de contingence multi-risques du gouvernement et du comité permanent inter-agences (2015-2016), Page .72/95, Titre IV.3.4.1 Surveillance épidémiologique, suivi et évaluation

[46] Plan national de contingence pour la préparation et la réponse à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau coronavirus 2019-ncov (Février 2020), Page 19, Titre 3.2. Surveillance épidémiologique, suivi et évaluation

[47] - Renforcer le système national de surveillance dans les communautés et formations sanitaires, aux frontières, y compris la traçabilité des voyageurs ;
- Revitaliser le système national de surveillance intégrée des maladies au niveau de tous les districts sanitaires du pays, en mettant notamment à l'échelle la surveillance électronique intégrée (système d'alerte précoce) ;

des surveillances intégrée et électronique, *l'opérationnalisation des laboratoires*, l'identification et *mise aux normes des installations de quarantaines*, l'accès aux dispositifs d'*hygiène*. Par ailleurs, les bonnes pratiques de la gestion des crises sanitaires exigent que des équipes doivent être prêtes à intervenir à tout moment dès les premiers cas ; et que les responsables prévoient un pré-positionnement de kits de médicaments et intrants.

2.1.1. Renforcement du système de surveillance épidémiologique mais insuffisant

Dès 2019, le MSANP à travers la DVSSER/DGMP s'est préparé en concevant un mécanisme de réactivité à la maladie. Pourtant, à travers la revue documentaire des différents plans[48] et les rapports y afférents ainsi que les entretiens avec les responsables, le recoupement permet de mieux cerner le contexte sanitaire du pays. La Cour a constaté que les mesures relatives à l'anticipation ont existé mais présentant des insuffisances pour pouvoir faire face aux menaces sanitaires qui passaient du vert à orange.

- ***Préparation des surveillances épidémiologiques aux points d'entrée du pays mais disproportionnée au plan***

De juin à décembre 2019, la DVSSER a identifié et formé l'équipe d'intervention rapide (EIR) sur les quatre[49] points d'entrée et en ligne pour les autres régions en partenariat avec l'OMS, conformément aux plans. Une préparation logistique et des simulations ont eu lieu notamment dans les aéroports. Ainsi, la surveillance a été renforcée en janvier 2020 pour les neuf portes d'entrée, notamment en termes de sensibilisation, d'identification des cas, de prise en charge des cas et d'identification de la salle d'isolement.

Un jour après la déclaration de l'USPPI par l'OMS, soit le 31 janvier 2020, tous les vols venant de la Chine vers Madagascar ont été suspendus. A cet effet, des dispositifs de « surveillance sanitaire aux frontières » ont été ajusté au contexte par le MSANP en collaboration avec le Ministère en charge du Transport/APMF auprès des aéroports internationaux et des ports[50].

Si au niveau des ports, les bateaux sont mis en rad pendant une quatorzaine de jours de surveillance ; pour les aéroports, le contrôle en temps normal a été renforcé[51]. A l'aéroport international d'Ivato[52], des dotations en tablettes numériques nécessaires à la surveillance électronique et à la collecte de données ont été effectuées. De plus, à partir de Janvier 2020, des tests de dépistage ont été réalisés sur les passagers venant des pays fortement touchés y compris ceux des vols Air France en date du 16, 17, 18 et 19 mars 2020 et que ces derniers ont été mis en

---

- Supporter et rendre opérationnel un réseau national de laboratoire de santé publique et le fonctionnement des laboratoires ou centres nationaux de référence pour la détection précoce du virus ;
- Identifier et la mettre aux normes techniques les installations de quarantaines pour la mise en observation des cas confirmés.
En outre, une évaluation de l'accès à l'eau saine et salubre ainsi que l'hygiène environnemental et l'assainissement est primordiale.

[48] Plan de contingence multi-risques du gouvernement et du comité permanent inter-agences (2015-2016), le Plan national de contingence pour la préparation et la réponse à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau coronavirus 2019-ncov (Février 2020) ainsi que le Plan national de riposte Maladie à Coronavirus (COVID-19), DRAFT du 27 mars 2020.

[49] Antananarivo, Sainte marie, Toamasina, Fort dauphin

[50] Neuf aéroports internationaux et huit ports, répartis dans huit régions

[51] le remplissage de fiche n'a pas changé. Un screening par prise de température et des remplissages de fiches pour le suivi des passagers, une observation clinique des passagers aux arrivées internationales et une investigation préliminaire du tableau clinique des cas suspects basés sur la définition de cas suspect du COVID-19 ont été mis en œuvre.

[52] En ce qui concerne les autres points d'entrée, aucune information n'a été donnée.

quarantaine. Le CHU Anosiala, le plus près de l'aéroport international d'Ivato, a commencé à mettre en observation lesdits passagers

Des centres d'isolement temporaire des cas suspects sont disponibles à tous les points d'entrée désignés ainsi que les Procédures Opérationnelles (POS) pour les activités de contrôle sont disponibles.

Par contre, sur les 44 districts potentiellement éligibles selon le plan[53] national de contingence (sur le total de 125 districts du pays, soit 35,2%), huit centres de vigilance sanitaires aux frontières (CVSF) ont été établis avant la déclaration de la crise. Cette proportion de 19,5% des prévisions présente déjà un risque préalable élevé de la non maîtrise de la surveillance des portes d'entrée du virus, et par conséquent, de la propagation du virus. A part les trois cas du vol AF934, un touriste étranger porteur de virus a été recherché après avoir parcouru la Grande Ile selon les renseignements et une dame a pu partir d'Antananarivo pour devenir la source de propagation à Fianarantsoa II.

Le PMDU a prévu aussi de cibler 1500 formations sanitaires à doter en matériels de surveillance électronique. Mais aucune information n'ait été disponible concernant la réalisation de 2020.

Donc, le risque s'est matérialisé par l'entrée et le mouvement intérieur de personnes porteurs de virus. Et surtout si cela tombe en dehors des 8 districts dotés effectivement de CVSF ou sans matériels électroniques.

- ***Défaillance et insuffisance au niveau du système d'alerte précoce***

Même si mal connue des spécialistes de virologie, la COVID-19 était reconnue d'emblée comme mortelle en temps réduit et très contagieuse et cette pandémie a tout de suite été incluse dans la stratégie de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR). Elle s'ajoute aux 28 maladies[54] et évènements prioritaires surveillés telle que recommandée par la Région africaine de l'OMS, et devient une maladie à déclaration obligatoire et un événement majeur à traiter comme telle.

Ainsi, la notification dans le cadre de la surveillance épidémiologique COVID-19 est faite de façon instantanée[55] par les Centres de Santé dans les 59 districts qui font la Surveillance électronique, générant ainsi des alertes permettant une réponse rapide aux différents niveaux. La difficulté organisationnelle se pose pour les 55 districts[56] restants qui se trouvent dans l'obligation d'envoyer les données par courrier physique à travers les fiches. Ces districts sont des zones enclavées. La supervision est difficile à réaliser mais de surcroit elles rencontrent des insuffisances voire l'inexistence d'électrification, de réseau de télécommunication (téléphonie et

[53] Plan national de contingence pour la préparation et la réponse à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau coronavirus 2019-ncov (Février 2020), Page 12, Titre 1.2. Système de surveillance en santé publique et de riposte aux urgences sanitaires

[54] La stratégie SIMR inclut les syndromes grippaux et les infections respiratoires aiguës sévères (SARI). Les activités de surveillance sont mises en œuvre sur le territoire national de manière passive et active à tous les niveaux du système de santé avec l'utilisation de définitions de cas standardisées. Au niveau central, la surveillance des maladies est assurée par la DVSSER

[55] à travers les messages et/ou appels quotidiens, par mail, téléphone ou par tablette

[56] La surveillance électronique (SEIE) est mise en œuvre à Madagascar depuis 2016 et couvre les formations sanitaires publiques de 59 districts sur 114

internet). Compte tenu du délai de transmission, les informations attendent une semaine, ce qui retarde la prise de décision.

Il a été prévu de former des agents communautaires sur les surveillances épidémiologiques communautaires afin de sensibiliser la population en vue de l'alerte précoce à leur niveau. Mais aucune précision n'a été disponible sur le nombre des agents formés[57] durant l'année 2020.

De ce qui précède, l'entrée du virus dans le territoire est annoncée officiellement le 19 mars 2020 étant donné qu'un risque peut être maitrisé mais n'est jamais annulé. Le Plan de contingence multirisque, le Plan national de contingence et le plan de riposte suggèrent dans de telle situation de renforcer davantage[58] les dispositifs. Les premiers cas importés doivent être endigués pour ne pas contaminer « par contact » (cas contacts), par observation afin de rompre la transmission.

[57] Concernant la formation du personnel de la santé, le plan de contingence prévoit une remise à niveau pour faire face à une crise sanitaire. En outre, d'après le texte relatif au BNGRC, il y est prévu que cette structure est le responsable des mécanismes de formations.
Sur terrain, même si aucun plan de formation n'a été communiqué ; il est vu que des formations du personnel de la santé ont été dispensées. Elles varient selon les acteurs : sensibilisation, conseil sur la gestion de la maladie, gestion des EPI, prise en charge de la maladie, intervention dans les sites COVID, manipulation des prélèvements et des échantillons pour le dépistage.
Elles ont été dispensées soit en ligne (Région Haute Matsiatra) soit sous forme de séance d'information ou de sensibilisation.
En outre, la Direction de la communication du MSANP a prévu de dispenser de formation pour toutes les régions concernant la sensibilisation mais cela n'a été effective que pour trois régions à cause du confinement.
En matière de prise en charge, il y a surtout eu des formations sur le tas et une formation en cascade pour les personnes prenant directement en charge les cas de COVID au HJRA, en collaboration avec l'OMS. Les HMP ont également bénéficié de formation par un professeur spécialiste pour obtenir des conseils sur la gestion de la maladie. Par la suite, Atsinanana a procédé à des installations en guise de préparation.
Le personnel des laboratoires notamment LA2M, a bénéficié d'une courte formation en matière d'organisation de dépistage auprès de l'IPM. Les DRS ont été également formées sur les mesures requises en matière d'envoi des prélèvements.
En outre, au niveau régional, il y a eu une formation de l'équipe civile par les forces militaires pour l'instauration de la discipline. (Cas Haute Matsiatra).

[58] - Intensifier la vigilance et la maîtrise de à tous les niveaux (frontières, formations sanitaires et communauté) afin de détecter le plus précocement possible les porteurs du virus pour pouvoir y répondre promptement et efficacement tout en mettant en place des dispositifs d'eau, d'hygiène et d'assainissement pour la réduction de la transmission (Infrastructure d'assainissement, dispositif de lave main, affiche et sensibilisation). Mettre à l'échelle nationale la surveillance épidémiologique à base électronique (SEIE) pour assurer l'alerte en temps réel ;

- Identifier et mettre aux normes techniques les installations de quarantaines pour la mise en observation des contacts des cas confirmés ;
- Supporter et rendre opérationnel un réseau national de laboratoire de santé publique et le fonctionnement des laboratoires ou centres nationaux de référence pour la détection précoce du virus ;
- Suivre l'évolution et les caractéristiques de la maladie une fois introduite dans la population en renforçant la gestion des bases de données et en approfondissant les analyses épidémiologiques y compris l'établissement complet des liens épidémiologiques. Actualiser régulièrement les définitions de cas en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique ;
- Délimiter géographiquement des zones d'endiguement et tampons autour des premiers foyers touchés comme la mise en quarantaine d'une zone. Et quand la situation s'aggrave, mettre en œuvre des mesures de contrôle appropriées à chaque zone comme les interventions non pharmaceutiques et le contrôle de l'infection, en particulier dans les établissements de soins ou au cours des soins à domicile ;
- Constituer et former des équipes en collaboration avec les agents communautaires, les tradipraticiens et les autorités locales pour assurer la recherche active des cas et de contacts de manière effective et le suivi efficace des contacts (Constituer, former et équiper des équipes d'intervention rapide au niveau des Régions et des équipes d'investigation dans les Districts pour enquêter sur les cas, les clusters assurer la recherche des contacts dans les 24 heures et leur suivi) ;
- Identifier, former et équiper les personnels qui seront chargés de dépistage primaire et secondaire au niveau des points d'entrée, des points de flux de population et du transport interne ;

Pourtant, après avoir procédé à l'analyse des documents tels que les rapports et les bulletins d'information des différents organismes ainsi que des informations collectées suite aux entretiens avec les responsables, la Cour a noté que la situation restait inchangée (statu quo) par rapport à la période sans virus.

Ainsi, les faiblesses organisationnelles du système ont été accentuées par le comportement individuel, et impactent gravement à la propagation. En effet :

- la promesse de rester à domicile n'a pas été tenue ;
- en outre, la résidence indiquée dans la fiche remplie à l'arrivée ne correspond pas systématiquement au domicile réel. Il en est de même pour le contact téléphonique qui reste injoignable (inexistant, non fonctionnel, hors réseau ou éteint) ;
  Ce qui a rendu difficile voire impossible de retrouver les concernés et les personnes avec qui ils ont eu contact.

La Cour s'aligne aux avis des spécialistes qui recommandent la mise en place des dispositifs complémentaires pour compenser le délai hors des zones de surveillance électronique à l'échelle nationale ainsi que les limites du système d'alerte précoce.

2.1.2. Insuffisance de laboratoires ou de centres nationaux de référence opérationnels pour la détection précoce du virus

Avant la première vague de la crise, rappelons que seule l'Unité de Virologie du laboratoire de l'IPM est reconnue par l'OMS et le MSANP comme Centre National de Référence OMS pour la Grippe (CNRG) et de confirmation biologique du nouveau Coronavirus. Il dispose déjà du plateau technique adéquat impliquant l'équipement, les matériels et les réactifs. La capacité de réponse de ce laboratoire qui s'élève à 500 échantillons par jour, soit très limitée par rapport au vingtaine de millions d'habitants et la sociologie ainsi que le mode de transmission (contamination).

Les laboratoires des cinq Provinces et 5 Régions ne se sont pas vus améliorer leurs plateaux techniques tels que prévus dans le plan de contingence. Par conséquent, la réhabilitation et l'équipement desdits laboratoires existants ne se sont pas concrétisés malgré l'insertion de cet aspect dans le PMDU. L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) ne s'est pas transformé en laboratoire national de type P2, pour le diagnostic biologique et surtout moléculaire de pathologies infectieuses. Par conséquent, les premières analyses ne pouvaient se faire qu'à la capitale, et l'acheminement a été à la charge exclusive des Directions régionales de la santé.

- Mettre en place des postes de dépistage primaire et secondaire dans tous les aéroports/ports nationaux et internationaux (à l'arrivée et au départ) en collaboration avec les entités aéroportuaires et portuaires ;
- Mettre en place des dispositifs de contrôle sanitaire terrestre (dépistage primaire et secondaire) en collaboration avec les forces de l'ordre et des clusters concernés conformément aux nouvelles POS validées pour le contrôle sanitaire aux points d'entrées et aux points de flux de population et pour le transport terrestre tout en assurant la disponibilité des centres d'isolement et leur mise aux normes pour tous les points d'entrée et de flux en particulier sur la disponibilité en eau, équipement hygiène et affiches d'information. Assurer la disponibilité des ambulances et le transfert des cas suspects vers les centres de référence.

Des solutions palliatives ou alternatives ultérieures (pendant la crise) s'orientaient vers l'ouverture des laboratoires existants à la détection de COVID-19, à la mise place de laboratoires mobiles et d'utilisation de GenExpert, et d'adoption des deux modes de test :

- pour les laboratoires, HJRA et CICM, enfin LA2M ;
- puis des laboratoires mobiles et GenExpert
- et le mode de test (technique) : TDR et RT-PCR.

En principe, il relève de la compétence du laboratoire d'analyse de procéder au prélèvement. Mais compte tenu de l'espace géographique, des procédures opératoires standards ont été mises en place pour la collecte, l'emballage et le transport des échantillons.

Des techniciens de laboratoire du réseau de surveillance sentinelle et des centres hospitaliers de référence sur les techniques de prélèvement devaient s'y accommoder. En outre, concernant le volet biologique, un réseau de sites sentinelles composés de 11 formations sanitaires dans 10 Districts pour la surveillance des syndromes grippaux et un centre hospitalier pour les SARI envoient régulièrement des prélèvements à l'IPM.

De tout ce qui précède, l'insuffisance de laboratoire en période normale pèse lourd face aux éventuelles crises sanitaires, notamment la couverture géographique qui se situe uniquement à Antananarivo. Cette défaillance a fait obstacle à la détection précoce surtout que certains porteurs sains ne connaissaient pas leur statut au bon moment malgré leur bonne foi.

2.1.3. Défaillance au niveau du déploiement des équipes d'intervention

Des Services Mobiles d'Intervention (SEMI), formés d'un petit noyau de techniciens, basés au niveau des Directions régionales de santé (DRSP) assurent les ripostes aux urgences sanitaires. Ces derniers n'ont pas été correctement structurés et ont éprouvé un manque en termes de renforcement de capacités pour être capables de conduire des investigations COVID-19 dans leurs zones de compétence. En plus, des EIR régionales[59] ont été prévues de les substituer en termes d'intervention rapide. Ce qui prouve encore la non-optimisation et le mépris aux structures existantes, sans oublier les insuffisances de ressources. Notons qu'aucun fonds d'urgence[60] n'a été mis à leur disposition.

En termes de capacité totale au début de l'année 2020, le système de santé en général à Madagascar a disposé d'un effectif de 6.356 médecins (cliniciens et santé publique)[61] dont 32% des fonctionnaires contre 68% médecins libéraux. La majorité du personnel soignant n'a pas été formée pour reconnaître la maladie et prendre en charge les malades en toute sécurité (triage des malades). De plus, la plupart d'entre elles n'ont pas été dotées en équipements individuels de protection (EPI), et dans d'autres, l'utilisation n'est pas systématique.

[59] Les EIR régionales ont été prévues d'être formées par les EIR centrales.

[60] Plan national de contingence pour la préparation et la réponse à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau coronavirus 2019-ncov (Février 2020), Page 13 et Plan national de riposte Maladie à Coronavirus (COVID-19), DRAFT du 27 mars 2020, Page 15

[61] Il y a 2007 médecins fonctionnaires contre 4349 médecins libéraux.

De tout ce qui précède, la préparation des intervenants, la constitution des équipes, la superposition d'équipes d'intervention rapide posaient de problèmes organisationnels afin de pouvoir intervenir rapidement une fois que le virus ait été introduit dans le pays.

2.1.4. Insuffisance d'infrastructures de mise en quarantaine aux normes et pré-positionnement d'intrants

❖ ***Problème de mise aux normes dans les locaux d'isolement***

Il était inconcevable d'attendre une forte propagation pour songer à mettre en place et en nombre suffisant des installations de quarantaines aux normes dans la phase de préparation. Les centres de santé (de base ou hospitalier) devraient constituer des lieux surs d'isolément.

Pourtant les faiblesses en capacités, structurelles et organisationnelles desdits centres [62], ne leur permettent pas de servir à la fois de mise en quarantaine et de traitement. A cet égard, uniquement 14 sites[63] ont été identifiés pour l'isolement et la prise en charge des cas. Le taux de couverture limité[64] de ces infrastructures disponibles se trouve loin du besoin au vu du nombre de la population et de la grandeur des risques menaçant le pays. De plus, la plupart de ces infrastructures sanitaires n'ont pas été dotées des équipements minima exigibles par les normes : salles de confinement, eau potable, ambulance(s), respirateurs, concentrateurs d'oxygène, lits d'hospitalisation, radiographie numérique, EPI….

Par extension, la prise en charge besoins personnels des patients ne sont prévus ni dans les plans ni les textes régissant les établissements de santé alors que la mise en observation de ces passagers dépassait largement le cadre de la prise en charge médical. En effet, les responsables du CHU Anosiala ont dû payer de leur poche les besoins personnels de ces passagers des vols de rapatriement (les culottes, les serviettes, les brosses à dents, la restauration[65] etc.). Il a dû

[62] Article de l'Afriki presse du 11 décembre 2016 intitulé « La précarité du système sanitaire de Madagascar par Charles Kouassi Une organisation pyramidale. Le système de santé public suit un système pyramidal de 4 niveaux :
– Les Centres de Santé de Base (CSB I et II qui sont au nombre de 2 948) sont les 1ers points de contact. En outre, il existe 85 hôpitaux de niveau de district (centres hospitaliers de district CHD I) assurant les mêmes services que les CSB II,
– Le 2ème niveau est constitué par 55 hôpitaux (CHD II), assurant des soins de chirurgie d'urgence et des soins obstétriques,
– Au 3ème niveau se trouvent les 4 centres hospitaliers régionaux (CHR) qui sont complétés par les 6 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).
Ces structures sanitaires publiques, surtout les CSB sont globalement fréquentées par le monde rural alors que la population urbaine se dirige vers le secteur privé.

[63] CHU Antsiranana place kabary et Tanambao, CHU Mahajanga Androva et Mahavoky Atsimo,CHU Toamasina Morafeno et Analakinina , CHU Toliary Antanambao et Mitsinjo Betamena, CHRR Morondava, CHRR Sambava, CHRR Taolagnaro,CHRR Manakara, CHRD Nosy Be, CHRD Sainte Marie, CHRD Antalaha, CHRD Vohemar, CHRD Maroantsetra, CHRD Mananjary, CHU Anosiala, CHU JRB), selon Plan national de contingence pour la préparation et la réponse à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau coronavirus 2019-ncov (Février 2020), Page 28

[64] Rapport du Transparency International Initiative Madagascar en date janvier 2021, intitulé « COVID-19 et Gouvernance : Les leçons apprises de la crise de 2020 », page 16 ; Titre 2.3.4. « La Santé : le parent pauvre de la crise sanitaire ».

[65] Concernant la restauration, au début soit de janvier à avril, elle a été prise en charge par l'établissement (CHU Anosiala). Mais pour la période allant d'avril à septembre 2020, la Présidence s'en est chargée en mettant à disposition un traiteur pour le centre autant pour le personnel que pour les patients. Quant aux CHU régionaux, ils ont assuré la restauration des patients en début de la pandémie. Mais face à la recrudescence de la maladie, ils n'arrivaient plus à assurer cette prise en charge et se sont tournés vers le CRCO pour demander de l'aide. Ainsi, le CRCO a contribué à la prise en charge des repas des patients selon les moyens à leur disposition. Les PTF (ONN, cf. PV Gouverneur Atsinanana) ont également apporté leur soutien dans ce domaine.

supporter le coût de ces dépenses sans pouvoir obtenir un remboursement par le MEF faute de mise à jour du cadre juridique.

Cette situation n'est pas ponctuelle mais le centre s'est déjà confronté au même cas lors des épidémies de peste pulmonaires pendant lesquelles des ressortissants étrangers (Africains et Seychellois) étaient isolés. Les instructions étaient de prendre en charge totalement tous les besoins de ces personnes même les besoins personnels mais aucun remboursement n'a pu être effectué.

Des propositions de réforme ont déjà été émises mais sans suite selon les responsables avec qui l'équipe d'audit s'est entretenue.

La Cour recommande de revoir la politique d'isolement des centres hospitaliers et les mesures d'accompagnement y afférents.

- ***Problème d'adduction d'eau, outil de protection et de prévention***

Il est indéniable que les personnes mises en quarantaine sont des potentiels voire des porteurs de virus. Vu la contagiosité du virus et surtout son mode de contamination[66], un environnement sain et propre s'impose dont le lavage régulier des mains, et avec désinfectant. Pourtant, il y a lieu de constater l'insuffisance d'adduction d'eau (pompe ou puits) permettant l'accès à une eau saine et salubre ainsi que l'hygiène environnemental et l'assainissement.

Force est de constater que si ce dispositif reste insuffisant dans des lieux exposés au virus tels que les centres de mise en quarantaine, il est plus insuffisant dans des lieux publics tels que les marchés et les bureaux, et plus encore dans les foyers. Le taux d'accès à une bonne eau potable a été évalué à 23% à Madagascar et 68% à la capitale.

D'un autre côté, les cas confirmés devaient être pris en charge tout de suite face à l'évolution rapide des symptômes qui peuvent passer de forme modérée à forme grave dans un délai très court. Des kits de médicaments d'urgence ont été alors pré-positionnés au niveau des Régions pour les premières interventions dès l'apparition de premiers cas. Les pharmacies au niveau des formations sanitaires étaient approvisionnées de médicaments essentiels. Les responsables ont déploré une limitation des intrants dans les kits de pré-positionnements impliquant le manque de médicaments. Pour les zones enclavées, les avions militaires ont assuré la livraison en pré-positionnement. De plus, la sécurisation des stocks de médicaments et consommables médicaux n'étaient pas garantie, présentant un risque sur le conditionnement, de vol ou de détournement.

2.2. Organisation de la lutte de la première vague

Compte tenu des paramètres cités jusqu'ici sur la mise en œuvre des mesures pendant la crise, l'organisation n'était pas aisée tant sur :

- la continuité de la surveillance épidémiologique et le tracing contact, le mécanisme de dépistage

[66] Salive, toux, contact physique selon la matière qui conditionne la longévité du virus, etc.

- le respect des mesures non sanitaires
- l'isolement des porteurs et la prise en charge à domicile et en milieu sanitaire des malades (centres de santé et hospitaliers) ainsi que les extensions (CTC)

2.2.1. Aggravation des défaillances de Surepi, de détection en laboratoire

L'efficacité et la performance d'une réponse à la pandémie devraient aboutir à l'endiguement à la source ou à la réduction de la diffusion du virus. La recherche active et rapide des contacts était urgente pour savoir le statut sanitaire réel et la prise immédiate de mesures qui s'imposent.

❖ ***Erreurs stratégiques identifiées après coup***

Endiguer la COVID-19 revient à s'appuyer sur le véhicule de propagation : le facteur humain ou la population. La structure la plus proche en matière sanitaire reste les agents communautaires. Pourtant, la surveillance à base communautaire n'était pas développée alors qu'elle devait être mise à l'échelle au niveau national. L'insuffisance, voire absence, de renforcement de capacités a inhibé les actions au niveau de la communauté ; donc ils ne disposaient pas de la latitude d'agir au plus proche du peuple, soit une dévalorisation et non-optimisation.

En renforcement des CSB, les agents communautaires ne pouvaient pas agir. En outre, les agents de santé, très souvent seuls au poste, devaient renforcer les barrages dits sanitaires[67]. Cependant, Leurs rôles consistaient uniquement à faire remplir des questionnaires et à prendre la température des passagers. Or, les statistiques montrent que 1/1000 seulement affichaient des températures supérieures à la normale. Donc, on a constaté une faiblesse des résultats obtenus par rapport à l'importance des ressources mobilisées vu que le centre de santé était dépourvu de personnel de santé. Notons que la quasi-totalité des voyageurs qui prenaient les voies terrestres officielles étaient des personnes en bonne santé ou en phase d'incubation ; les passagers à haute température s'abstenaient d'emprunter le passage aux barrages ou prenaient des antalgiques avant de prendre la route. Au retour à son poste, l'agent de CSB est en même temps démotivé et frustré à cause des traitements inégalitaires subis en termes économiques (indemnisations journalières attribuées aux militaires). Ceci étant, les barrages sanitaires ont été ultérieurement réduits en barrages sécuritaires vers le mois de mai 2020.

Quant au tracing-contact, la direction DVSSER au niveau de la DGMP/MSANP reste la structure sanitaire naturelle pour tracer les personnes en contact à des cas confirmés, et avait des expériences des épidémies pour ne citer que les cas de peste et de rougeole. La soixantaine de personnel, avec des médecins militaires, assurait entre autres les activités au niveau communautaire. Il a fallu mobiliser d'autres équipes d'intervention pour assurer une proportionnalité soutenable du ratio personnel de santé/population. Sur demande du CCO pour le besoin quotidien, le choix ne consistait pas à renforcer l'équipe de DVSSER mais de faire appel à

[67] Les barrages sanitaires dans les régions ont été mis en place à partir du mois d'avril 2020 sous la responsabilité des structures territoriales plus précisément les Directions Régionales de la Santé concernées. En fait, ce sont les personnels des CSB qui étaient affectés à ces opérations en collaborations avec ceux de la défense et de la sécurité publiques.

des équipes mobiles [68] nouvellement constituées, composées de biologistes et des corps issus de la santé. MSANP a mobilisé ces équipes en combinant des représentants de plusieurs Directions du ministère, selon la disponibilité, pour le tracing contact. Une dotation de cent véhicules tout terrain[69] a soutenu la multidisciplinarité de l'équipe dans la réalisation des activités mais en même temps creusé davantage l'inégalité de traitement.

Ces nouvelles équipes ne sont pas préparées techniquement ni psychologiquement, par rapport au virus et aux attitudes de la population (cas de Toamasina), l'intervention de militaire s'avérait nécessaire.

Pendant la période de l'état d'urgence, beaucoup ont décidé de rentrer au pays (vols de rapatriement) et des exceptions de déplacement ont été accordées pour une liste restreinte de motifs. Ces voyageurs se sont engagés à respecter certaines règles : rester à domicile voire en quatorzaine, se présenter régulièrement au CSB le plus proche de la résidence désignée etc. La défaillance de rigueur des dispositifs et le « goragora » (comportement individuel et inconscience collective) ont accentué la situation.

- ***Débordement des centres de dépistage***

La capacité de l'unique laboratoire d'analyse pour la COVID-19, au niveau national en début de la crise, tenant compte des contraintes administratives était de 500 par jour. Comme il se situe uniquement à la capitale, il manquait cruellement de mécanisme de dépistage sur pour connaitre le statut réel d'un individu.

Notons que deux techniques de détection du virus ont été utilisés : un test PCR (RT-PCR ou Reverse transcription Polymérase Chain réaction[70]) et un TDR. Cela dépend principalement du développement de symptôme ou non (perte de l'odorat/anosmie ou du gout/agueusie, essoufflement ou difficulté respiratoire), voire du besoin d'hospitalisation. Comme son nom l'indique, le test de diagnostic rapide demande une quinzaine de minutes et pouvait se faire en dehors des laboratoires connus, ce qui a dédoublé les possibilités en canalisant les échantillons selon le niveau de risque de contamination du patient. D'ailleurs, une recherche scientifique a montré que les matériels utilisés jusqu'alors pour la tuberculose (GenExpert) pouvaient confirmer

[68] Ces équipes sont chargées d'intervenir sur le terrain pour le tracing contact (zonage-investigation) et ont effectué des prélèvements puis les a acheminés au niveau des laboratoires par l'intermédiaire de la DVSSER. Après la réception des résultats au niveau de la DVSSER, les équipes ont effectué la distribution des traitements au niveau des cas positifs (suivant le protocole adopté pour chaque forme), le suivi des malades ainsi que des désinfections.

Toujours dans le cadre de l'opération « tracing contact », le MSANP en collaboration avec la Présidence et les forces armées ont mobilisé une équipe d'intervention sur le terrain (BIS) ; une équipe composée par des éléments des forces armées/militaires étant donné que ces derniers disposent des ressources humaines nécessaires mais également de capacité de dissuasion.

Les agents communautaires en collaboration avec les CSB ont également participés aux opérations de « tracing contact » au niveau des Fokontany.

[69] Concernant les matériels roulants, la DVSSER a disposé de 2 matériels roulants dont l'un n'est pas opérationnel. Elle a également disposé de 3 ambulances en collaboration avec l'OMS qui sont déployés chacune au niveau du CNOSSE, du SURECA et Ankazobe. L'OMS a également mis à disposition de la Direction 10 matériels roulants qui ont été restituées après l'état d'urgence sanitaire. Le PIVOT a également appuyé la Direction en ambulance durant les phases de pic de la pandémie. Concernant les dotations supplémentaires dans le cadre de la gestion de cette crise, la Direction n'en a reçu aucune de la part de l'Etat central. Toutefois, l'OMS a procédé à la location de 3 voitures pour assurer l'acheminement des prélèvements depuis les régions.

[70] réaction en chaîne par polymérase

la présence du virus SRAS COV chez les personnes symptomatiques ou hospitalisés. IPM s'en est servi et 15 centres hospitaliers ont pu les déployer[71].

Dès la semaine du 16 mars 2020, le contrôle systématique de tous les voyageurs a augmenté exponentiellement le volume d'échantillons à tester. Le nombre de cas suspects s'est encore multiplié avec le tracing contact. La psychose a atteint le grand public. Ainsi :

- le laboratoire était débordé et le résultat était décalé selon un multiple de 500 malgré un fonctionnement à pleine capacité[72] ;
- la rupture de la chaine de transmission a été difficilement maitrisable du fait de la méconnaissance du statut de porteur ou non ainsi que l'impatience des voyageurs par rapport à leur mission/destination finale.

Face à la recrudescence de l'épidémie, il a fallu étendre l'analyse COVID-19 à d'autres laboratoires existant en les dotant en intrants et réactifs: le CHU-Joseph Ravoangy Andrianavalona/JRA[73] et Centre d'Infectiologie Charles Mérieux/CICM) à Antananarivo. En juin 2020 et sur don coréen, le nouveau laboratoire dénommé LA2M a été inauguré au nom de l'Etat/MSANP avec une capacité théorique entre 700 et 1200 tests PCR. Malgré ces augmentations en tests PCR, d'autres goulots d'étranglement permettent d'apprécier que la capacité réelle reste faible[74] et tout était centralisé à la capitale.

Dès mai 2020, le déploiement des laboratoires mobiles[75] par l'IPM a eu lieu suite à une convention avec l'Etat. En effet, les prélèvements réalisés territorialement devaient être acheminés à Antananarivo, pourtant l'épicentre (Région Atsinanana) et l'aéroport d'entrée dans la Grande Ile (Nosy-Be) exprimaient un besoin élevé.

- ***Conditions de prélèvement et d'acheminement des échantillons pour des résultats à temps***

Si tout prélèvement devait avoir lieu dans le laboratoire d'analyse, il était pratiquement impossible de le limiter à la capitale sans oublier que les analyses « PCR » exigent une sécurité biologique stricte. Ainsi, toutes les DRS ont été chargées d'organiser le prélèvement et d'assurer l'acheminement des échantillons à la DVSSER du MSANP. Ce dernier les a dispatchés vers les quatre laboratoires reconnus, qui n'ont prélevé que des cas isolés (sur recommandation etc.). Cela n'a pas empêché le citoyen lambda de s'approcher des pharmacies pour le TDR.

[71] Liste des lieux des centres hospitaliers suivant le rapport adressé à la BAD Diana, Sava, Haute Matsiatra, Menabe, Melaky, Alaotra Mangoro, Boeny, Anosy , Betsiboka, Ihorombe, Vatovavy Fitovinany

[72] Le jour même si 0 à 500 échantillons, « J+1 » si 501 à 1000 etc. en sachant que de nouveaux échantillons arrivent le lendemain. A titre d'exemple, LA2M déclare avoir reçu 5000 prélèvements en un jour pendant la période de flambée. En conséquence, à chaque fin de journée, il reste toujours des échantillons qui ne sont pas traitées étant donné que le traitement des échantillons est priorisé en fonction de leur date d'arrivée au laboratoire.

[73] Le manquement à l'opérationnalisation générale des laboratoires régionaux a été récupéré pour la capitale

[74] 89524 tests ont pu être réalisés allant du 23 mars au 31 octobre 2020, environ huit mois, selon la statistique du MSANP le 31 octobre 2020.
223.545 tests du 19 mars 2020 au 20 juillet 2021 selon le rapport envoyé à la BAD

[75] Des personnels de la santé ont été formés à cet effet. Concernant les kits de prélèvement, la DVSSER a bénéficié de 6 appareils « geneXpert » pour couvrir tout le territoire (dont 5 provenant du COI et un venant de l'IPM, sur financement de l'USAID).

A Antananarivo, plusieurs points de prélèvements étaient fonctionnels : des centres hospitaliers (universitaires, de références régionales et de district), les centres de traitement COVID-19 (CTC) dont le Village Voara, la Brigade d'intervention spéciale (BIS), à l'aéroport d'Ivato. A titre d'exemple, le village VOARA a collecté environ 500 prélèvements par jour en juillet 2020.
En Région, les centres hospitaliers et Centre médical COVID-19 (CMC), la BIS et l'aéroport de Nosy-Bé (ouverture de frontière) ont acheminé les prélèvements vers la capitale : par voie aérienne en coopération avec la Présidence, par voie terrestre (en transport en commun, par colis DHL/Express, ou voiture de l'OMS[76]). Les DRS ne disposaient pas de crédit pour l'envoi des prélèvements[77] alors qu'elles n'avaient que trois jours pour faire parvenir dans les laboratoires afin d'assurer la survie des éléments biologiques.

Pour avoir un bon résultat de traitement du prélèvement, il faut que l'échantillon soit pris dans des conditions optimales : depuis le prélèvement nasal, la mise en tube, le codage et l'étiquetage, la fiche de renseignement y compris le contact téléphonique, etc. Le laboratoire doit vérifier la correspondance exacte des échantillons parvenus et des fiches avant de les déposer dans les conditions de température de conservation, dans les 72h sus-indiquées. Au cas où la fiche était établie manuellement, la saisie informatique s'avère obligatoire ; et si le contact téléphonique et l'adresse postale étaient absents, le résultat ne peut être communiqué. En tout, le résultat est présenté dans un tableau à 18 colonnes.

De tout ce qui a été évoqué, le délai d'acheminement et traitement des prélèvements ainsi que le retour des résultats peut prendre des semaines. La fluidité s'est améliorée selon l'Institut Pasteur. Parfois le résultat n'arrive jamais (cas du personnel médical du CHU Andrainjato, qui se sont prélevés pendant la première vague terminée en octobre 2020 mais n'obtenaient pas leur résultat jusqu'à notre passage en avril 2021), notamment pour les cas négatifs. Ainsi, l'intéressé ne pouvait plus faire la différence entre « un statut négatif » et « un résultat en attente », et des tests multiples s'en suivaient vu la gratuité. Notons que bon nombre de personnes ont eu recours au TDR à défaut d'obtenir le résultat. Elles ne souhaitent plus y retourner sans négliger la peur de passer dans un centre de prélèvement au risque de choper le virus. En outre, des faux négatifs existaient en TDR.

La vie humaine n'ayant pas de prix, un moyen fort a été déployé pour les malades des centres hospitaliers : il fallait scanner les personnes hospitalisées et ils se sont rendus compte que des poumons ont été entamés. Avec un peu plus d'attente des résultats de quelques jours à semaines, voire jamais, le décès aurait été inévitable. D'ailleurs, l'handicap ou l'invalidité reste irréparable. Ce qui a augmenté le coût de la lutte sachant que la mission de la Cour a émis une note sur la panne de scanner en suractivité (Annexe 2) du CHU Morafeno Toamasina avec une panne de l'onduleur suite au délestage électrique du fournisseur d'énergie (JIRAMA). Sans l'appui du Projet QMM Ambatovy à la Région Atsinanana, le milliard d'Ariary de coût de réparation aurait été insupportable.

[76] OMS, à travers des missionnaires, a également déployé des moyens de transport suivant un calendrier défini et des axes spécifiques pour les récupérer. Mais cela s'avérait insuffisant.

[77] Selon PMDU, en termes de prévision, une somme de 77.28 Millions USD sur 826.09 Millions USD prévue pour la gestion de la crise a été réservée pour la rubrique « Santé » ; soit 9.37% de la totalité du budget. Quant à la réalisation de 2020, un montant total de 121,75 Millions USD a été engagé dans la rubrique « Santé » parmi les 686,99 Millions USD représentant la totalité des engagements ; soit un taux de 17,72%.

L'objectif du PMDU de tester systématiquement la masse populaire symptomatique ne peut être atteint à ce rythme (100.000 tests en 3mois).

- ***Notifications des résultats et ses impacts***

Les tests, objet de prélèvements, pouvaient être réalisés pour toute personnes : avec ou sans apparition de symptômes, avant l'admission en hôpital, ou avant la sortie des centres hospitaliers.

La notification peut être envoyée par e-mail (pour les centres hospitaliers), par sms ou appel (pour les citoyens) via le logiciel COVDATA. Pourtant, les notifications tardent à venir voire n'arrivent jamais. Plusieurs facteurs peuvent en être la cause. De la notification des résultats dépendent les comportements à adopter par les citoyens ainsi que les dispositifs de traitement (cas confirmés ou non ; symptomatiques ou non ; mis en quarantaine à domicile ou non) et de condition de sortie d'un patient.

Comme déjà mentionné plus haut, la centralisation des laboratoires au niveau central ainsi que leurs capacités limitées ne garantissent pas le respect du délai de notification dans les 24h. En effet, il faut encore prendre en compte le délai d'acheminement et la qualité des prélèvements reçus, les traitements administratifs au niveau des laboratoires en amont et en aval et la transmission au niveau de la DVSSER.

En règle générale, la DVSSER assure la notification aux seuls cas confirmés ou au niveau des centres hospitaliers (en région ou central). Cette direction fonctionnait en continue et en soirée, en week end et pendant les jours fériés, les activités sont assurées par des équipes restreintes. Il arrive que des résultats communiqués par les laboratoires aux heures tardives ou en jours non-ouvrables ne soient pas communiqués avec la rigueur temporelle nécessaire alors que la notification dépend d'un simple clic sur un bouton. Les personnes non notifiées restent dans l'incertitude avec toutes les conséquences qui en résultent (psychose, multiplication des test etc.).

Pour renforcer le dispositif, la notification aux citoyens a été transférée au niveau du PNGM sous la responsabilité du MDN tandis que celle aux centres hospitaliers restait du ressort de la DVSSER. Les militaires travaillant sur cette plateforme ont alors décidé de notifier avec célérité toutes les personnes ayant effectuées des prélèvements, confirmés positifs ou non. Les notifications des cas confirmés sont suivis d'appel pour les informer des attitudes à adopter et des visites à domicile s'en suivaient. Néanmoins, les activités de cette plateforme restent toujours tributaires des prélèvements traités en laboratoire et des saisies effectuées au niveau de la DVSSER qui ne garantissaient pas l'exhaustivité et la régularité des informations. Ainsi, une omission dans la saisie pouvait toujours entrainer un défaut de notification. En outre, les données envoyées par e-mail alimentaient toujours la base de données. De plus, les activités de sms et d'appel sont dépendantes des crédits de télécommunication (internet et voix).

De tout ce qui précède :

- le médecin ne peut pas démarrer dans les plus brefs délais le traitement du malade en respectant la posologie adéquate et la durée exigée ;
- les hôpitaux sont submergés car le temps que le résultat arrive les patients peuvent développer des formes graves pouvant aller jusqu'au décès ;

- les centres hospitaliers ont dû recourir à des scanners systématiques, augmentant les coûts de traitement des patients ; une décision nécessaire à prendre pour ne pas accuser un retard dans la prise en charge
- la prise de décision de favoriser l'approche syndromique et les coûts engendrés en termes d'approvisionnement en médicament ;
- le porteur de virus peut démultiplier les cas contacts rendant difficile l'investigation des équipes d'intervention et de la BIS.

Dans un premier temps, aucun patient ne pouvait être déclaré guéri sans avoir été confirmé négatif par un test PCR. Face au retard de la communication des résultats, pour désengorger les centres hospitaliers, ces derniers ont dû recourir à des TDR pour confirmer la guérison d'un patient. Le TDR permet également de confirmer que le patient a développé un anticorps de la COVID-19 (immunité développée dans les deux semaines après l'infestation). Comme le cas du CHU Andrainjato, ce test a été utilisé dans la mesure où le résultat des tests PCR ne parvenait pas au bout de 14 jours. Pendant les périodes de flambée, les sorties étaient même accordées après 14 jours de traitement et d'isolement sans test au préalable.

Libérer au plus vite les patients guéris rend disponible des lits pour recevoir d'autres malades en attente.

Notons qu'en sus des tests de confirmation de maladie, de tests de confirmation de guérison, il y avait aussi les tests de confirmation d'absence de virus pour les personnes en bonne santé qui souhaitaient voyager à l'étranger. Ce qui a démultiplié le nombre d'analyse et de résultats à communiquer. Les instances internationales acceptaient uniquement le test PCR de LA2M et IPM. Et pour les voyageurs en interne du pays, les autres laboratoires étaient acceptés (HJRA, IMM, etc.)

❖ ***Surveillance épidémiologique avec des données insuffisantes***

Les données récoltées par le PNGM à travers le COVDATA servent à notifier les patients et ne s'y limitent pas ; mais surtout pour servir de base de données afin d'améliorer la surveillance épidémiologique. Par contre, les données étaient limitées car :

- seuls les patients confirmés par les tests PCR étaient recensés (hors TDR, scanner, etc.)
- et les personnes préalablement testées positives à la COVID-19 puis décédées sans autres paramètres.

Donc le nombre de personnes contaminées risque d'être sous-estimé. Et si une personne décède sans être préalablement testée, elle ne fait pas partie des personnes décédées par la pandémie. Mais la discussion a été ouverte pour la statistique, sur le cas de personne testée positive mais décédée dans un accident de circulation par exemple ; cependant sa disparition réduit le nombre de porteurs de virus.

En effet, autour de la COVID-19, plusieurs circonstances apparaissent dont les données sont inexistantes dans la base du COVDATA. Ne citons que :

- les cas suspects ;
- les patients hospitalisés ;
- les cas confirmés par TDR ou à poumons entamés par scanners ;

- les malades ayant effectué des automédications à leur domicile dès l'apparition de symptôme ;
- les patients pris en charge par les CSB, sans test préalable (approche syndromique) ;
- les personnes développant des anticorps ;
- les personnes décédées suite à des complications de comorbidité (tension, diabète, asthme etc.) à cause de la COVID-19.

Une base de données insuffisantes limite les études épidémiologiques présentant des impacts significatifs dans la prise de décision dont :

- la complexité de définir un protocole de traitement spécifique par catégorie ou typologie de malades pour une meilleure prise en charge et accès aux sons ;
- la capacité limitée de déterminer les variantes circulant sur le territoire national et l'existence de nouvelles variantes pour développer et assurer le traitement adéquat ;
- la difficulté de prendre les décisions et de définir la stratégie adéquate (confinement, fermeture des frontières nationales et internationales pour permettre de maîtriser la situation économique et sociale du Pays, de chaque région etc.).

Il est évident qu'en cas de dissimulation de la raison exacte de décès, nul ne peut apprécier l'ampleur de l'erreur, peu importe les motifs (corruption, fausse appréciation faute de test).

La PNGM est certes une plateforme très utile mais nécessite une réflexion plus poussée quant à sa pérennisation et son utilisation.

La Cour recommande de pérenniser l'alimentation en données de manière exhaustive (cas suspects, positifs, hospitalisés, décédés etc.) et l'utilisation de Cov-Data.

2.2.2. Des préventions non sanitaires clairement définies mais lacunaires

Le mode de transmission du virus fait que des mesures individuelles et sociales, dans les relations communautaires et internationales ont été prises.

- ***Hygiène difficile à maintenir en permanence***

Dès que le virus est introduit, tout objet présente un risque de transmission (les billets de banque, les poignets de voiture et de bâtiments, etc.). Ainsi, l'hygiène individuelle consiste d'abord à rester propre, et à se laver fréquemment et régulièrement les mains surtout après chaque contact à risque. L'utilisation de savon ou autres produits désinfectants (gels mains, etc.) et ne pas se frotter les yeux ni la bouche ni cracher par terre s'imposent. Il fallait vraiment un effort pour adopter cette habitude.

Tousser et éternuer dans le coude aussi figurent parmi les conditions d'hygiène. Utiliser les mouchoirs était recommandé, mais surtout de mouchoir à jeter. Il fallait pas les jeter n'importe où avec des mesures appropriées pour les éliminer.

La mise en place des dispositifs de lavage de mains (DLM), sans contact, aux points d'entrées au pays et aux points publics à grand de flux de population (aéroports, écoles, gares routières, marchés, etc.) n'était pas systématique. La preuve tangible à citer est celle des bureaux administratifs.

Les postillons étant un facteur de transmission, la distribution de masques de protection en tissus protège soi-même et en même temps le vis-à-vis. Notons qu'il fallait changer toutes les trois heures alors qu'une cache-bouche coutait 3000 MGA au début de la crise (en septembre 2021, elle coute entre 200 et 500 MGA). Donc une famille de taille entre 4 et 7 personnes ne peut pas soutenir un tel budget. Mais la distribution gratuite implique le rassemblement de personnes sans protection.

La prise de conscience du besoin réel en hygiène s'est fait sentir avec la COVID-19 et déployer un effort ponctuel était possible mais le maintenir pendant des semaines, voire des mois s'avérait pratiquement rude et laborieuse.

- ***Interdiction de certains contacts sociaux considérée comme une violence culturelle***

Le « Fihavanana Malagasy » a été réticent à *l'obligation de limiter le contact interpersonnel*. En effet, ne pas rendre visite à la famille, ne pas serrer la main d'une connaissance, voire ne pas embrasser un être cher (enfants, parents, etc.) ont heurté une résistance culturelle, et pire encore en période de fêtes. L'interdiction pour une malade hospitalisée d'avoir une garde s'oppose violemment aux pratiques : tous les membres de la famille souhaitent donner assistance pour soutenir moralement et connaitre l'évolution de la santé par une présence physique.

Mis à part l'aspect économique, les mesures de *distanciation sociale* telles que l'annulation de tous les rassemblements, échelonnage des heures d'ouverture des marchés, fermeture des écoles, contrôle au niveau des transports en commun posent problèmes. Une remarque de responsable régional conduit même à déduire que les différences de modes de vie en société dans la Région « Champion » (Matsiatra Ambony) et l'épicentre (Atsinanana) ainsi que deux autres régions côtières (Boeny et DIANA) ont eu des impacts non négligeables. La région côtière vit en groupe en afterwork et souvent aux bords de la mer, ou pour discuter, les lieux publics bar-restaurant restent ouverts tardivement ; ce qui n'est pas le cas de la Région Matsiatra (hautes terres, sans mer).

Rappelons que les militaires ont rencontré de difficulté pour convaincre les gens à rentrer chez eux par application de la restriction de déplacement (confinement[78] tous les après-midi et couvre-feu la nuit en 2020) sauf en cas d'une nécessité impérieuse. En outre, toutes les communes ne disposent pas forcement de station de carburant ou de pharmacie. Entre l'impératif de la vie au quotidien (nécessité de travailler pour la survie etc.) et les sanctions, une partie de la population n'est pas dissuadée. En outre, des sanctions de travaux d'intérêt général (TIG) et la garde à vue dans le cadre de non-respect des mesures restrictives dictées par les autorités étaient appliquées dans la mesure du possible, mais contestables pour incohérence de dispositions de textes.

En plus des mesures de distanciation sociale et de restriction des contacts physiques, des mesures de confinements et de fermetures des frontières ont été perçues par la population comme une contrainte externe contradictoires à leurs convictions personnelles.

Les frontières étaient ouvertes uniquement aux marchandises ; et cette fermeture aux personnes a restreint les familles à assister à l'enterrement de leurs proches décédés ou non de la COVID-19. Conjuguée avec le confinement, cette fermeture empêchait tous les proches d'organiser et

[78] puis le week-end en 2021

participer aux veillées funèbres et l'inhumation d'un être cher alors que cela revêt une grande importance « pour ces derniers moments ».

Dans le culte des ancêtres, ne pas s'adonner aux exhumations (« Famadihana ») s'oppose aux rituels de grande importance, avec un rassemblement de toutes les familles et voisins, sans tenir en compte si le tombeau a accueilli récemment de morts de COVID-19.

Le révolte dans l'esprit s'est accentué lorsque la complainte des personnes retenues à l'étranger pour plusieurs raisons a été entendue par la prise de mesures alternatives au niveau du Gouvernement :

- des missionnaires ayant effectuées des activités officielles à l'étranger n'ont pu revenir après la fin de leur mandat ;
- des personnes hospitalisées à l'étranger après une évacuation sanitaire ont été retenues à l'extérieur après la fin de leur traitement.

2.2.3. Difficultés organisationnelles dans la prise en charge médicale

La lutte consiste à réduire de manière efficace et efficient la morbidité et anéantir la mortalité y afférente. Pour ce faire, il y a lieu de préparer et mobiliser les systèmes de santé, assurer en continu des soins dans des protocoles bien définis, en particulier la prise en charge des cas au cours l'épidémie ainsi que les mesures sanitaire d'accompagnement, soit un renforcement des piliers de santé tout en assurant la gratuité.

Le Plan de contingence multirisque, le Plan national de contingence et le plan de riposte prévoient outre le renforcement des infrastructures et personnel de santé :

- le renforcement de l'organisation des services de soins (par niveau et situation géographique, éloignement et enclavement) et des besoins additionnels (cas de débordement) ;
- la mise en place des équipements de protection individuels pour les agents de santé et tous les produits de désinfection ;
- la stratification des risques sanitaires (risque faible , moyen et élevé) et la recherche active des potentiels porteurs de virus ;
- la prise en charge spécifique de chaque catégorie de cas dans les plus brefs délais en respectant la durée entière de traitement ; avec une évaluation de l'efficacité et ajustement périodique des protocoles sans oublier la disponibilité à temps et en quantité suffisante des médicaments (approvisionnement et CMM).

Toutes les situations (problèmes et défaillances) soulevées jusqu'ici se répercutent sur la prise en charge sanitaire, tant sur le plan médical (physique et mental), de morbidité et de mortalité, individuel et collectif sociétal. Elles sont réelles et vécues en temps normal et s'accentuent en période exceptionnelle (crise et urgence). D'où l'importance d'une politique publique claire, pertinente et cohérente, pour la préparation et adaptation constante pour chacune des phases (avant, pendant, après).

Il s'agit de :

- la mise à l'écart des plans existants dans la lutte malgré le réalisme sectoriel, la centralisation géographique - institutionnelle ou personnelle, les obsolescences de textes et de procédures juridiques ;
- l'insuffisance de transparence et iniquité de répartition, non-optimisation de toutes les ressources[79] ;
- l'improvisation et création de nouvelles structures au détriment des véritables responsables techniques, tant sur la gestion technique que sur la communication ;
- le décalage entre l'accord de financement et le déblocage de fonds, les gels des contributions citoyennes, optimisation des régies ;
- le marasme économique (dont les secteurs transport, tourisme, évènementiels) et pouvoir d'achat, des aides sociales censées retenir à domicile les personnes dans le besoin qui rassemblent une foule ;
- les attitudes et comportements indociles aggravés par une communication inadéquate.

Cette partie traite alors l'aspect organisationnel de la rupture de la chaine de transmission, le soin des patients, l'accompagnement des personnes guéris et leur famille, le traitement des cadavres selon les cultures avec soutien des proches, la communication pour informer et changer le comportement.

❖ ***Dispositifs d'isolement (de mise en quarantaine) saturés très vite***

A l'entrée du virus sur le territoire national, les centres de santé étaient estimés les plus surs pour mettre en quarantaine les cas suspects. Et CHU Anosiala était le seul centre habilité pour l'isolement et le traitement à la fois de la COVID-19. Il assurait aussi les prélèvements pour test. Dès la deuxième quinzaine de mars, il se trouvait déjà en saturation. En effet, à part les trois premiers cas confirmés importés, les voyageurs des vols du 16 au 19 mars 2020 ont été pris en charge par le CHU Anosiala. Tous les autres passagers de ces vols ont été obligés d'être isolés et surveillés en quarantaine.

Compte tenu de leur nombre, au lieu de prendre en charge tout le monde tel qu'annoncé, le CHU Anosiala n'a pu accueillir que les cas symptomatiques : le reste a été surveillé à domicile[80] après signature d'une lettre d'engagement de mise en quarantaine. Mais beaucoup n'ont pas honoré à leurs engagements.

Jusqu'en avril, des vols de rapatriement ont été admis à entrer aux territoires (en date du 7, 8, 9 avril 2020) mais aucune mesure rectificative n'a été prise pour y remédier. Ainsi, tous les passagers étaient directement mis en quarantaine dans des hôtels[81] ou autres sites réservés à cet effet après prélèvement à l'aéroport. La Présidence a supporté les charges financières des

[79] problème humain : effectif et expériences de personnes affectées aux missions, spécialisation par rapport à la maladie, motivation et de frustration, pression et surcharge de travail, traitement inégalitaire, manque de considération

Problème matériel : donation et acquisition, répartition, délestage et absence de sources d'énergies de substitution, médicaments et oxygène, d'infrastructures répondant aux normes techniques.

[80] Des contrôles inopinés et suivis par appel téléphonique (par le MSANP) des personnes isolées à domicile ont été effectués mais cela ne les a pas empêchés de violer leurs engagements.

[81] Il est à noter qu'aucun traitement médical n'a été fait au niveau des hôtels ou des sites pendant l'année 2020 mais ils ont juste servi de centres de mise en quarantaine.

passagers via le MSANP pour cette mise en quarantaine en hôtel, jusqu'à leur sortie ou leur transfert par ambulance dans le centre hospitalier. Dès son arrivée en centre hospitalier, la prise en charge financière ne suivait plus alors que la stratégie de gratuité a été admise. Ce qui a aggravé la situation financière du Centre d'isolement et de traitement ainsi que le risque de propagation par contact.

En outre, des passagers testés négatifs ont voulu suivre leurs proches, confirmés positifs, transférés dans les centres hospitaliers. Ce qui a rendu encore plus difficile la tâche car les infrastructures sanitaires n'étaient pas conçues pour recevoir dans une même salle des cas confirmés et des cas négatifs (couple ou mère-fille etc.). Les risques de contamination augmentent et des coûts supplémentaires s'ajoutent avec une difficulté dans la gestion des lits.

Bien que le MSANP a suggéré l'isolement en hôpital-hôtel pour pallier aux problèmes de capacités d'accueil et de retombée économique du secteur tourisme, sa proposition tenait compte de dispositifs médicaux (présence de médecin, existence d'oxygène etc.), une dizaine de centres hospitaliers centraux et régionaux ont été identifiés pour être mis aux normes. Lesdits hôtels de mise en quarantaine ont eu besoin de réquisition des forces de l'ordre pour sécuriser les sites. Le problème organisationnel consiste à se demander si les coûts de mobilisation de ces ressources pour réaliser les activités du ressort des centres hospitaliers n'auraient pas suffi pour habiliter d'autres hôpitaux pour servir de centre d'isolement et de traitement de la COVID-19. D'ailleurs, CHU-JRA et JRB ont été déjà préparés pour accueillir malgré les limitations formulées.

La situation en région n'en diffère guère.

La prise en charge médicale inclut l'organisation des centres et l'accueil selon la gravité, la fourniture de soin proprement dite dont les protocoles et les intrants, jusqu'à la gestion de la sortie heureuse ou malheureuse.

La Cour recommande de :

- ***Optimiser les structures existantes au niveau central et régional pour faire face à des éventuelles crises sanitaires comme le prévoit les plans afin d'éviter de mobiliser des ressources conséquentes pour une solution temporaire (reproduire des CTC au besoin), et de penser à mettre en place des structures modulables permanentes ;***
- ***Mettre en place un espace convenable au niveau de chaque centre de traitement destiné spécialement à accueillir les accompagnateurs des malades.***

❖ ***Organisation des centres de traitement (hospitaliers) et stratification des cas***

D'une manière générale, chaque centre hospitalier identifiait un service le plus adapté ayant trait au problème, pour admettre les premiers patients COVID-19. Ensuite, l'extension continue jusqu'au déplacement des malades non-COVID-19 dans d'autres endroits.

Comme les Régions Haute Matsiatra, Atsinanana et Boeny ont chacune deux CHU dont un Manara-Penitra (désigné CMC), les autres malades non-COVID-19 étaient transférés dans d'autres sites[82]. Autre illustration, les patients malades de diarrhées du service de médecine

[82] Les malades non-COVID-19 et les personnes asymptomatiques sont transférées à Hôpital Be. Et d'autres sites de traitement COVID ont été ouverts (Analamalotra, centre Canada, ...). Depuis le 03 août, le CHU a pris en charge les

générale ont été réorientés vers d'autres centres hospitaliers ; et les patients du service pédiatrie du CHU Anosiala ont été transférés au niveau de l'hôpital des enfants (une vingtaine de kilomètres). Il en est de même pour le besoin de scanner où un malade du CTC Ivato doit se déplacer depuis Anosy pour effectuer des scanners.

Les centres de transfert n'étaient pas bien identifiés ni connus d'avance. D'ailleurs, tous les centres autant hospitaliers que de traitement se chargent en même temps des cas non liés à la COVID-19, des cas graves et modérés liés à la COVID-19.

Il est indéniable que toute personne en contact avec des cas confirmés n'est pas forcément porteur de virus. Le niveau de risques est stratifié en trois catégories, à savoir : faible risque, risque moyen et risque élevé. Ce qui amène à rechercher activement les contacts en vue de prise en charge correcte.

En mars 2020, un comité à caractère scientifique a opté pour un protocole de traitement des cas confirmés avec une conception de surveillance et de traitement en milieu sanitaire compte tenu de la non-maitrise de la maladie. Enfin, la décision en haut lieu de désignation de centres médicaux COVID-19 puis de centres intermédiaires, l'organisation de la prise en charge proposait à ce que :

- les cas simples[83] ou asymptomatique pris en charge dans les CSB ;
- les cas modérés, ou léger avec comorbidité : dans les CTC[84] dès le mois de mai-juillet ;
- les cas graves, dans les centres hospitaliers[85].

Mais pour désengorger les centres de santé (CSB, CTC et CMC), ces derniers ont accueilli uniquement les personnes symptomatiques et seuls les cas graves avec problèmes respiratoires étaient traités dans les hôpitaux équipés. L'approche syndromique en CSB et la surveillance à domicile s'en suivaient.

Ceci étant, les consignes n'étaient pas suivies[86] dans la panique : le malade et sa famille se dirigent au centre le plus proche, ou le plus médiatisé, ou là où ils ont l'habitude de se rendre, sans tenir compte de l'organisation mise en place.

---

autres maladies. Mais une partie a été quand même réservée pour les soins COVID car jusqu'à maintenant le CHU prend toujours en charge les malades du COVID mais en nombre peu important.

[83] tous les symptômes sans saturation d'oxygène (supérieur à 96%)

[84] Madagascar a devancé la France qui a mis en place une structure intermédiaire similaire (CTC) au mois d'octobre 2020. Pour Fianarantsoa, le service de BMH (cas de la Commune urbaine) a aussi pris en charge les cas modérés (début d'asphyxie avec une saturation d'oxygène compris entre 93% et 96% soit 10%-20% d'atteintes pulmonaires)

[85] La réservation des centres hospitaliers pour les formes graves pouvant être catégorisée sous 3 types :

- Forme grave légère : saturation d'oxygène entre 85% et 93%
- Forme grave modérée : saturation d'oxygène entre 65% et 85%
- Forme critique : saturation d'oxygène moins de 65%.

[86] A titre d'illustration, la Région Atsinanana a utilisé l'approche syndromique pour le traitement des malades. Cela consiste à avoir un cahier de registre/ décharge au niveau des CSB, pour faire un tri de ceux qui devraient être référencés à des CHU ou ceux qui nécessiteraient encore des tests à envoyer aux laboratoires pour s'assurer que le cas à traiter s'agissait vraiment de la COVID. Et dans le souci de lutter contre la propagation du virus à travers la maîtrise de la mobilité de la population, les malades ont été traités zone par zone. Ce n'est que vers la fin de l'état d'urgence sanitaire que des patients ont été pris en charge à domicile.
Par ailleurs, il y a lieu de souligner que les médecins militaires à travers la DCSSM ont également pris en charge autant les patients militaires que civils atteints du COVID-19.

La Cour recommande à l'Etat de renforcer les partenariats avec les hôpitaux privés ainsi que les médecins et paramédicaux privés pour la prise en charge des malades selon l'évolution des cas pour mieux gérer le débordement dans les hôpitaux publics et les CTC.

- ***Aiguillage et télémédecine***

Pour gérer la panique[87] de la population et mieux assurer le transfert des malades vers les centres de prise en charge, la plateforme nationale de gestion médicale (PNGM) a alimenté une base de données[88] de COV-DATA qui centralise les données afin d'éviter tout déplacement superflu, orienter et prendre en charge plus rapidement les patients.

Même si la proportion de la population consultant la ligne était faible, elle a été difficilement joignable suite à la saturation d'appels et le temps nécessaire pour l'écoute ainsi que la consultation à distance (conseil en télémédecine). Puis, le répondant consulte la base pour indiquer le centre de santé le plus proche et disponible. En cas de forme exigeant une hospitalisation, le malade est orienté vers un centre à lits disponibles.

Les informations sur les lits disponibles sont *mises à jour toutes les heures***,** soit un décalage sur la réalité dans les centres où la disponibilité des lits est en constante évolution. Ce qui n'a pas entièrement résolu le problème de déplacement d'un malade : (i) l'absence de consultation (auto-transfert) a pour conséquence des déplacements inutiles en longue distance (par exemple, d'Anosiala à Fenoarivo avec des moyens de locomotion rares, sans équipements médicaux et contrôlé par des barrages) ; (ii) même en cas de consultation, le lit peut être pris jusqu'à l'arrivée au centre par des personnes n'ayant pas consulté la plateforme. Le trajet n'est pas sans risque pour avoir des cas de décès en cours de route.

Si auparavant, seuls les cas positifs étaient informés des résultats, la PNGM a décidé d'aviser tout le monde quel que son état de test. En cas de confirmation, la BIS[89] intervient à domicile, avec un kit de premiers soins quel que soit la gravité de la maladie. Malgré tout, la BIS n'a pas d'ambulance mais utilise une voiture pick-up : il lui arrive d'apporter de l'oxygène dans ladite voiture au lieu et place d'ambulance équipée pour emmener le malade. La difficulté organisationnelle repose sur l'absence de lit pour accueillir les cas graves : dans le cas où aucun lit n'est disponible dans les autres centres hospitaliers (Anosiala, HJRA ou CHU Manarapenitra) ou dans les autres CTC, la BIS transfère au CTC Mahamasina, quel que soit l'état du patient. Bien que destiné aux cas modérés, ledit CTC est obligé de conditionner et stabiliser avant de référer à un centre hospitalier plus équipé. Pour ne pas perdre du temps dans la file d'attente, les consultations s'effectuent même sur les allées des CTC, voire au sol. Ensuite, il fait passer au

[87] Malgré la ligne d'appel d'urgence au niveau du MSANP

[88] Initialement installée au niveau du CCO, elle a été transférée à Analakely pour plus de praticité dans l'organisation des activités et le personnel (organisation des tours de garde etc.). Les données incluent le nombre de lits, de concentrateurs d'oxygène disponible, nombre de patients traités dans les hôpitaux et centres de traitement, et patients mis en quarantaine ou à traitement à domicile.

[89] En juillet 2020, la BIS a été intégrée dans une plateforme nommée « Plateforme Nationale de Gestion Médicale (PNGM) » incluant les trois forces.

scanner et si l'indisponibilité de lit persiste, il garde et soigne le patient même de forme grave[90]. Et force est de constater l'absence de mesures rectificatives.

Cette plateforme d'information sanitaire a été joignable en appelant le « 914 » et restait temporaire. Elle répondait à environ 400 à 600 appels par jour pour 30 postes. La médecine militaire s'en occupait en partenariat avec le MPTDN/PAOMA en termes de fourniture de consommables de communication (connexion internet, crédits téléphoniques) tandis que les postes téléphoniques ont été offerts par Orange Madagascar. Par conséquent, l'absence d'une plateforme pérenne telle que la PNGM voire la mise en place d'un SAMU[91] handicape fortement la gestion d'une crise sanitaire puisque le temps et les ressources supplémentaires mobilisés à mettre en place une structure nécessaire à chaque nouvelle vague de l'épidémie sont superflus.

La Cour recommande de :

- ***Adopter un mécanisme de front office direct et systématique au niveau du centre pour la remontée des informations ;***
- ***Pérenniser la collaboration entre le Cov-Data et le PNGM ;***
- ***Augmenter le nombre d'ambulances en donnant à temps les premiers soins aux patients.***

❖ ***Soignants malades et décédés de COVID-19 pour avoir pris en charge des patients***

Pour assurer une prise en charge en continu des malades, il faut des soignants en bonne santé physique et une force psychologique. Cependant, des médecins et paramédicaux ainsi que des personnels d'appui tombent malades de COVID-19. Cela est dû à l'insuffisance d'effectif et la faible rotation notamment en tour de garde, l'insuffisance de matériels individuels de protection, la fatigue liée à la surcharge de travail, l'absence de salle de repos, l'absence de prise en charge spécifique des soignants malades. Certains y ont laissé leur vie en soignant des malades.

Pour illustrer :

- le CTC Mahamasina a surveillé 113 patients avec 25 à 30 cas graves, ce qui devient très éprouvante pour le personnel médical ;
- le CHU Morafeno Toamasina prenait en charge, durant le pic, jusqu'à 200 cas. Le centre a certes connu « une saturation » mais à aucun moment il n'a refusé de prendre en charge les malades. Exceptionnellement, un local a été dédié auxdits soignants malades et lors de notre passage, deux femmes paramédicales ont péri.

Mis à part les activités médicales normales, l'absence de garde malade augmentait le volume de travail et le contact avec les patients, jusqu'à une veille en permanence (changer, apporter de la nourriture etc.).

[90] le CTC Mahamasina prend en charge environ 25 à 30 patients en forme graves sur 113 lors du passage de la mission

[91] La mise en place d'une telle structure (Service d'Aide Médicale Urgente ou SAMU) nécessite une forte volonté des dirigeants, la disponibilité des équipements nécessaires, la définition de la structure qui supportera la plateforme et le renforcement de capacités nécessaires et suffisantes. A titre d'illustration, le manque de mesures d'accompagnement, malgré l'existence du logiciel COVDATA qui a beaucoup aidé dans la gestion des lits en collaboration avec la Croix Rouge, n'ont pas pu permettre la maitrise des auto transferts. Les données au niveau de la plateforme n'étaient mises à jour que toutes les heures et avait pour conséquence de créer un écart entre les données de la plateforme et la réalité.

❖ ***Surexploitation des équipements médicaux et problème de source d'énergie***

Prenons le cas spécifique du centre médical COVID-19 de la Région épicentre (Toamasina I). Depuis sa création, le CHU MORAFENO dispose d'un service cardio-respirateur équipé de générateur d'oxygène pour l'oxygénothérapie. S'agissant d'un problème respiratoire (SRAS-COV2), l'hôpital a su profiter de ses équipements pour la prise en charge de la COVID-19. Ledit service a été libéré pour s'occuper des premiers patients symptomatiques et nécessitants une surveillance de près, sachant que l'ensemble des bouches d'oxygène (respirateurs) étaient branchées directement à une même source. Précisons que les malades positifs, asymptomatiques avec comorbidité (asthme, hypertension, problème cardiaque…), ont été pris en charge dans les autres salles pour surveillance.

Rappelons que le générateur d'oxygène n'a jamais connu de panne avant la crise de par une maintenance périodique et régulière. Mais il n'a pas supporté la surexploitation[92] de manière ininterrompue alors qu'avant mars 2020, il fonctionnait 16 heures sur 24. Ce qui ne laisse plus de temps à la machine de recharger d'autres bouteilles. L'augmentation de consommation en volume d'oxygène va jusqu'à 104 m^3/j. Ainsi, trois bouteilles ont dû être installées en simultanée avec le générateur parce que le débit d'oxygène ne peut pas souffrir de baisse. En cas de dysfonctionnement du générateur, six bouteilles alimentent en simultanée le circuit.

En sus, la forte puissance du générateur d'oxygène exige une tension électrique suffisante au démarrage. Les groupes électrogènes disponibles ne la supportaient en cas de panne d'électricité de la JIRAMA. Le centre a dû créer un système backup ne nécessitant pas le déplacement des bouteilles d'oxygène dans les salles de traitement en cas de panne. En effet, le générateur recharge les bouteilles qui alimentent les bouches d'oxygène via le système. Sans l'aide partielle de QMM Ambatovy, l'hôpital n'a pas pu effectuer ces installations[93].

De tout ce qui précède, le fournisseur d'oxygène (EOLE/SOAM) a du mal à répondre aux demandes d'approvisionnement[94] des centres hospitaliers (besoin habituel et COVID). Rappelons que les extracteurs ou concentrateurs d'oxygènes sont en nombre insuffisant malgré les remises officielles publiques.
Par conséquent, un centre hospitalier pré-équipé comme CHU Morafeno Toamasina avant la crise a eu du mal à négocier la disponibilité permanente (générateur, bouteille, oxygène, branchement etc.) à cause de la surexploitation des équipements, que déduit-on des autres centres ? Par exemple, pour des cas graves qui ne relèvent pas normalement de sa compétence, le CTC Mahamasina a dû installer deux ou trois bouteilles sur le lit des patients malgré l'insuffisance de bouteilles[95] disponibles.

---

[92] Avec un débit de 13m^3/h, le générateur d'oxygène passe de 66% d'activité à plein régime (100%)

[93] Cela a existé avant cette période de crise pour anticiper les sinistres tels que le cyclone, les catastrophes naturelles ou l'intoxication d'animaux marins.

[94] L'interruption de livraison de fournisseur pour épuisement de stock d'oxygène et consommation totale en milieu hospitalier étaient généralisées pour ne citer que le cas de CHU Mahajanga. Les patients ont dû chercher des bouteilles éventuellement en 2021 s'ils pouvaient payer le prix fort du fait de la pénurie.

[95] ce n'est qu'à partir de la mi-août 2020 que 1 658 concentrateurs d'oxygène ont été répartis dans diverses formations sanitaires du pays ;

L'interruption de fourniture d'électricité pour délestage de la JIRAMA[96] et insuffisance de groupe électrogène à enclenchement automatique s'assimilent à l'insuffisance d'oxygène. Mais encore, l'indisponibilité d'énergie a un effet multiplicateur négatif sur l'alimentation en pression suffisante de l'oxygène. Donc, la complication s'est endurcie pour les patients à problèmes respiratoires.

En 2021, durant les descentes de l'équipe de la Cour, des décès ont été enregistrés lors de la coupure de quelques minutes au CTC Mahamasina qui coïncidait avec les essais des projecteurs du nouveau stade. La famille des malades et les soignants étaient figés et impuissants face à l'agonie de patients.

La Cour recommande d'équiper les centres et d'augmenter le nombre/capacité des salles de réanimation dans tous les centres hospitaliers.

- ***Protocoles de traitement à bien communiquer et nécessitant une évaluation systématique***

La cellule de veille a adopté depuis le mois de mars 2020 un protocole de traitement. Comme partout dans le monde, le protocole de la COVID-19 évolue selon les expériences et directives de l'OMS.

Trois protocoles de soin ont coexisté : la première relève de décision médicale validée scientifiquement et deux autres décidés au niveau national dont l'accompagnement de remède traditionnelle (pharmacopée malagasy) et la solution injectable. Ces deux derniers n'ont pas fait l'unanimité entre le corps médical et les décideurs politiques :

- la gratuité concernait uniquement le protocole national[97] (consultation et médicament) avec une option facultative de remède traditionnelle CVO ; pourtant la stabilisation de l'état des malades n'était pas systématiquement assurée ;
- la solution injectable n'était appliquée qu'au niveau national (essai clinique) ;
- le protocole scientifique répondait le mieux aux exigences médicales selon les professionnels du secteur ; et les centres hospitaliers ont appliqué le protocole scientifique pour assurer le rétablissement du patient avec comme conséquence un coût élevé du traitement pour le malade.

Cette multitude de choix :

[96] En 2020, en cas de coupure de courant, le CTC Mahamasina disposait d'un nouveau groupe de secours qui se déclenchait automatiquement au bout de 30s en cas de coupure. En 2021, le DG de la JIRAMA a été interpellé plusieurs fois sur la nécessité d'un groupe de secours mais n'a donné suite faute de ressources qu'après l'incident lié au délestage causant plusieurs morts (mobilisation des partenaires pour la fourniture du groupe : Henri Fraise). En effet, le groupe de secours utilisé actuellement présente des risques élevés pour la santé des patients puisqu'il ne démarre qu'au bout de 15mn après un déclenchement manuel et cela est accentué par la vétusté de l'infrastructure. En effet, dès l'activation de 200 concentrateurs d'oxygène, le groupe de secours s'éteint.

[97] L'Etat a fourni les médicaments nécessaires pour le traitement. Ainsi, au début de la crise sanitaire, les centres ont pris en charge les médicaments selon la disponibilité. Et dès leur admission à l'hôpital, les malades reçoivent systématiquement un traitement. Il est à noter que les traitements sont administrés selon l'état du patient et sa pathologie. A titre d'illustration, l'hydroxychloroquine n'est administrée qu'après un diagnostic approfondi du patient car sans la disponibilité d'un ECG par exemple, une personne présentant un problème cardiaque pourrait rencontrer des difficultés dans la prise de l'hydroxychloroquine.

- ne facilitait pas la tâche des prescripteurs car ils n'étaient pas tous des spécialistes de la virologie ou de la maladie infectieuse. Il fallait une précision détaillée dans la communication du protocole[98], tenant compte des autres paramètres médicaux (citons le cas d'un cardiologue ou neurologue ou généraliste des CSB en présence de malade avec comorbidité) ;
- prêtait à confusion allant jusqu'à la frustration[99], sur la gratuité et les médicaments à acheter pour la population, notamment pour les cas de comorbidité[100] (tension, diabète, insuffisance rénale... payant et couteux) ;

Malgré tout, l'utilisation de l'Hydroxychloroquine a été constante pour le traitement des cas confirmés hospitalisés quel que soit le protocole adopté.

La pharmacopée ou le remède traditionnelle améliorée Malagasy a fait couler beaucoup d'encre[101] de tout bord jusqu'à l'international. L'Etat s'est approprié de la solution développée par une équipe scientifique malgache. D'ailleurs, les remèdes traditionnels (inhalation, bouillon etc.) occupent le quotidien de la vie des citoyens. L'observation factuelle officielle a constaté un taux de mortalité apparemment faible ; mais aucune étude scientifique ne peut confirmer la corrélation directe et prépondérante entre ce taux et la solution traditionnelle du fait qu'elle vient en complément aux autres traitements.

La norme veut une évaluation systématique de la mise en œuvre et l'efficacité des protocoles en vue de les ajuster dans le cadre du traitement. Les cas de thromboses et des surinfections bactériennes en font partie. La mise en évidence de l'insuffisance de politique de recherche et développement ainsi que le manque de financement de ce volet sont flagrants.

La Cour recommande de :

- ***Etablir une base de données selon la gravité de la maladie.***
- ***Renforcer l'implication des instances scientifiques médicales telles que l'ANAMEM dans la lutte contre les pandémies.***
- ***Promouvoir et valoriser l'analyse et les recherches et développement (RD) ainsi que les recherches cliniques, anthropologiques et sociales.***

[98] Il y a eu des moments où le CHU de Mahajanga (CMC) ne suivait pas le protocole standard émis par la DGFS. Mais une remise à niveau pour le respect des protocoles a été faite et ce problème a été résolu pour la deuxième vague.

[99] « qu'est ce qui est gratuit et qu'est ce qui est payant »

[100] En effet, l'Etat n'a pas considéré les complications comme symptômes liés directement à la COVID-19 impactant par la suite sur la capacité du patient à recourir aux traitements nécessaires et la capacité du centre à réaliser les soins adéquats voire à sauver des vies

[101] La prise de la solution CVO est volontaire et à disponible volonté :

- une distribution de masse par Fokontany en sachet d'infusion ;
- de bouillon en bidons et en « selfservice » dans des endroits publics ;
- une admission obligatoire dans le milieu scolaire avec de la sucrerie ;
- une distribution gratuite dans les services de l'administration.

avec une distribution de 20 bouilloires électriques en milieu hospitalier par la présidence (CHU Atsinanana)

Le milieu de vente posait de problème si c'était un complément alimentaire ou un médicament, préventif ou curatif (en supermarché, en pharmacie)

❖ ***Adaptation aux conditions défavorables du personnel de soin***

Malgré l'insuffisance de motivation et protection individuelle, le personnel de soin a su positiver les conditions humainement défavorables. A une mission doit correspondre les moyens nécessaires ainsi qu'une bonne organisation. En effet, pour optimiser l'utilisation des EPI :

- ils ont été lavés et réutilisés ; et les tours de garde ont été prolongés jusqu'à un jour entier (24h) parce qu'une fois sorti de la zone des soins, l'EPI doit être jeté et remplacé ;
- le personnel dans les salles de soin s'est retenu de boire la quantité d'eau suffisante durant les heures de service afin d'éviter d'aller aux toilettes ;
- les médecins militaires ont déployés les talkie-walkie dans la communication en centres de soin pour éviter le déplacement d'un médecin/personnel d'une salle à une autre, au lieu de les affecter à d'autres interventions ;

Le niveau central ne mettait pas en place un bon plan de gestion, et le niveau territorial accusait un retard de commande par rapport à la consommation mensuelle (CMM).

Pour les moyens d'intervention :

- pour le transport, les voitures tout-terrain servaient d'ambulance même non-médicalisées, au lieu et à la place des transports en commun (taxi) ;
- pour le diagnostic, les intervenants sur terrain communiquaient les paramètres constatés et des spécialistes (COVID et autres) se concertaient à distance pour donner leur avis médicaux afin de décider ensemble des mesures à prendre ;
- pour éviter tout contact, la liaison a été assurée en mettant en place des dispositifs tels que l'escabeau (pour la nourriture) et le transit (pour les médicaments ou sérum, oxygène etc.) ; en outre, une négociation a été faite au niveau de la cantine des gardes malades, et progressivement vers le CRCO/QMM pour la Région Atsinanana jusqu'à l'Office national de la nutrition (ONN) afin de limiter la sortie des soignants et des malades.

Quant à la collaboration, une autre option de coopération avec les hôpitaux privés déjà équipés n'a été exploitée pour faire face au débordement des hôpitaux publics et des CTC ainsi qu'aux manques d'infrastructures adéquates. Les entretiens menés ont révélé que le MSANP a proposé d'impliquer les hôpitaux confessionnels ou d'équiper les hôtels avant de les habiliter à devenir des centres d'isolement. Ces propositions n'ont été mises en œuvre qu'en 2021.

La Cour recommande de :

- ***Mettre en place et rendre effectif un mécanisme de gestion opérationnel et systématique national pour gérer l'approvisionnement (stockage, distribution) en équipements (EPI, oxygène, médicaments, désinfectant etc.).***
- ***Mettre en place tous les dispositifs nécessaires (moyen de transport, ambulances, moyens de communication, vivres, etc.) pour assurer des conditions de travail minimales et favorables des personnels de soin.***

❖ ***Prise en charge assez coûteuse***

En situation d'urgence, il faut en un temps record pour identifier clairement le pathogène responsable de la pathologie afin de gagner du temps pour la prise en charge, quels que soient les

signes cliniques. Sachant que la COVID-19 est très mortelle, la fièvre ou le toux ou essoufflement pouvaient être considérés comme signes de SRAS-COV2. Sans attendre, l'approche syndromique[102] a été adoptée. Même en l'absence de test, un simple diagnostic des médecins permet une prise en charges directe. Un pacage[103] de médicaments de base a été prescrit et administré à tous les patients potentiellement malades pour éviter tout aggravation, voire le pire. Ce qui a coûté à l'Etat. En outre, l'insuffisance de stocks[104] de médicaments (contrairement au marché noir) et la gratuité a entrainé un risque matérialisé de détournement et de corruption en période de pic. Il a fallu exiger un carnet Fokontany pour la résidence, une carte nationale d'identité, donc le véritable malade devait faire des va-et-vient avec un risque de propagation supplémentaire.

Notons toujours qu'en 2020, le scanner était payant sauf pour les patients traités au niveau des CHU, donc aux frais de l'Etat. Le grand public n'a pas pu y accéder vu la précarité de la situation socio-économique de la population.

La Cour recommande de :

- ***Faciliter l'accès aux traitements liés au COVID-19 avec une analyse tenant compte des cas liés ou aggravant (diabète, tension) et les traitements des complications et prendre en compte le protocole proposé par les scientifiques (notamment l'intégration des rétroviraux) ;***
- ***Renforcer le système de contrôle en termes de gestion des médicaments notamment au niveau des CSB (proximité et subsidiarité).***

[102] A propos de l'organisation des services de soins, au début de la pandémie, tous les cas confirmés que ce soit symptomatique ou asymptomatiques ainsi que les « cas contact » ont été hospitalisés systématiquement dans les structures sanitaires dédiées à cet effet pour éviter la propagation du virus.
Plus tard, compte tenu de l'insuffisance et de la vétusté des infrastructures sanitaires, l'Etat a opté l'approche syndromique qui consiste à:
- L'hospitalisation dans les centres hospitaliers désignés pour la prise en charge des formes graves;
- L'hospitalisation dans les CTC pour les formes modérées, symptomatiques légers ou ayant une comorbidité ;
- La mise en quarantaine à domicile des porteurs sains après avoir eu la prescription du traitement adéquat par les CSB pour désengorger les hôpitaux et les CTC avec une signature d'engagement et un suivi systématique réalisé par le personnel de la santé.
A titre d'illustration, la Région Atsinanana a utilisé l'approche syndromique pour le traitement des malades. Cela consiste à avoir un cahier de registre/ décharge au niveau des CSB, pour faire un tri de ceux qui devraient être référencés à des CHU ou ceux qui nécessiteraient encore des tests à envoyer aux laboratoires pour s'assurer que le cas à traiter s'agissait vraiment de la COVID. Et dans le souci de lutter contre la propagation du virus à travers la maîtrise de la mobilité de la population, les malades ont été traités zone par zone. Ce n'est que vers la fin de l'état d'urgence sanitaire que des patients ont été pris en charge à domicile.
Par ailleurs, il y a lieu de souligner que les médecins militaires à travers la DCSSM ont également pris en charge autant les patients militaires que civils atteints du COVID-19.

[103] Hydroxychloroquine, calcium, zinc, vitamine C, paracétamol, magné B6

[104] Concernant la logistique et la chaîne d'approvisionnement en médicaments et en intrants, le Service des Urgences et Riposte aux Épidémies et Catastrophes (SURECA), affilié à la DVSSER, est l'entité ministérielle en charge de la préparation opérationnelle et de la réponse aux situations d'urgence sanitaire et catastrophes. Le SURECA a pré-positionné périodiquement des médicaments et des intrants au niveau des Régions pour répondre à toute situation d'urgence. Il y a lieu préciser que la gestion des stocks de médicaments et des intrants a été centralisée au niveau du Secrétaire Général du MSANP. Mais avec l'appui de l'OMS, des kits d'urgence impliquant des Équipements de Protection Individuelle (EPI) ont été acheminés au niveau des Régions prioritaires dans le cadre de la COVID-19.

❖ ***Coordination avec les pharmacies***

L'approvisionnement en médicament a connu certains problèmes : l'indisponible de l'article et la quantité suffisante. Il en est de même pour la distinction entre médicament et complément alimentaire. Et enfin, l'organisation des pharmacies de garde impliquait des enjeux professionnels et économiques.

Pour être qualifié de médicament, tout produit doit être vendu exclusivement en pharmacie après avoir respecté des critères et études scientifiques. Par rapport aux prescriptions médicales conformes aux protocoles, certains médicaments n'étaient pas disponibles. D'autres en lien direct avec la pandémie ont fait l'objet de retrait des pharmacies. Le marché noir en a profité et les patients en ont payé le prix fort.

Notre échange à Toamasina, le syndicat de l'Ordre des pharmacies a révélé la nécessité de réorganiser la gestion des tours de garde. En effet, l'achat de médicaments a entrainé un regroupement de personnes sachant qu'en période de montée de l'épidémie, des personnes malades ou porteur de virus y font aussi la queue. Ce qu'il fallait éviter et le cas a persisté jusqu'en 2021.

Pour les pharmacies, la garde a une connotation hautement commerciale et de bénéfice économique. Contrairement aux petites pharmacies et dépôt de médicaments, les grandes pharmacies peuvent disposer de plusieurs comptoirs et réduisent le délai d'attente et la longueur du fil. Pour y remédier, le recul de l'heure de fermeture a été proposé, mais la solution n'a pas fait l'unanimité.

La Cour recommande de renforcer les partenariats avec les pharmacies pour améliorer la gestion des médicaments et éviter toute rupture de stocks tout en impliquant les interventions des responsables administratifs étatiques pour solutionner.

2.3.La gestion de la prise en charge post-soin

Quel que soit l'issu du traitement, le malade ainsi que les membres de la famille subissent un choc. A la guérison, le besoin d'accompagnement psychologique s'est fait sentir. Dans le cas contraire, le traitement de dépouille mortelle exige une considération culturelle et anthropologique, ainsi qu'un accompagnement psychologique des médecins traitants (cas de décès multiples).

2.3.1. Inadéquation médico-sociale du traitement des dépouilles mortelles

Médicalement parlant, un cadavre suite à un décès lié à la COVID ne présente plus de risque en matière de propagation du virus mais le problème se situe au niveau des personnes qui se sont occupées du patient et le rassemblement lors de la veillée mortuaire et l'enterrement.

Pourtant, il a été interdit de transporter les corps (morts causées par la COVID) en dehors du lieu de décès pour pouvoir les enterrer le plutôt possible. En effet, La décision politique s'est tournée sur les cadavres avec un affrontement socioculturel alors que le corps médical s'est focalisé plus sur l'entourage du patient, susceptible de propager le virus dans son environnement. Notons que

la recommandation internationale, comme dans le cadre de la peste pulmonaire, n'interdit pas le transport des cadavres dont la cause du décès est le COVID-19. Pour les autres pays, faute de place et compte tenu des cultures, l'inhumation dans des fosses communes ne pose pas de problème.

Ainsi, soit des certificats de complaisance ont été délivrés par les médecins sur sollicitation de la famille (corruption), soit la vraie cause du décès n'a pas été déclarée par la famille pour qu'elle puisse les enterrer dans les tombeaux familiaux en fuyant dans leur région natale. De plus, cette situation a causé des écarts des données statistiques entre les différentes structures étant donné que lesdits décès n'ont pas été pris en comptes dans le cas de la COVID-19.

Ce qu'il fallait, c'est un traitement convenable et une désinfection de la dépouille mortelle. Mais le manque d'équipement de protection a également été constaté. A titre d'illustration, au niveau de la Commune urbaine de Fianarantsoa, la constatation des décès relève du BMH en délivrant une attestation. Mais face à l'insuffisance voire l'inexistence d'équipement de protection mais également de matériel roulant pour gérer les cadavres, le personnel de la Commune état réticent à effectuer les constatations. Ne citons que des brancards, la Commune n'en dispose guère et doit recourir à la croix rouge et aux sapeurs-pompiers.

En outre, il a été prévu dans le cadre des mesures relatives à l'endiguement rapide des clusters de cas d'acheter des sacs mortuaires et des cercueils en bois. Et le PMDU le prévoit pour la totalité des districts. Pourtant, aucun dispositif relatif à cette mesure n'ait été évoqué par les responsables de la gestion.

Toutes ces circonstances ne fait qu'aggraver la propagation du virus.

De tout ce qui précède, il y a lieu de conclure que les mesures relatives à la prise en charge médicale post-soin n'ont pas été efficaces étant donné que bon nombre de gens contaminés n'ont pu bénéficier une prise en charge médicale correcte au moment opportun jusqu'à la fin de sa vie.

- ***Cercueils en zinc, garantissant la non propagation du virus***

Pour rassurer le politique, et afin d'éviter les comportements contradictoires du public aux dispositifs de lutte, un médecin-militaire a évoqué une pratique déjà perpétuée dans sa ville natale dans la partie sud de Madagascar. Il s'agit de mettre dans un cercueil en zinc le cadavre. Les précautions à prendre consistent à traiter, désinfecter et mettre en sachet hermétique le corps depuis la morgue. Et le coût à engager s'élève aux environs de 25.000 MGA, soit soutenable par le fonds du PMDU. Toutefois, cela doit être suivie des mesures d'accompagnements : par exemple garder la consigne de fixer à 10 le nombre de personnes qui peuvent assister à l'enterrement ; enterrer à l'entrée du tombeau familial (ou « *anirotra* » mais pas dedans) avec une possibilité de la déplacer après deux ou trois ans. En outre, toute cette démarche doit être accompagnée de gendarmes comme l'expérience pendant la période de choléra et peste.

Cela a un quadruple intérêt dans la mesure où la population (i) ne cachera plus les personnes décédées du COVID-19, (ii) sera moins réticente à emmener leurs proches dans les centres hospitaliers ou de traitement car ils auront confiance que la morgue leur remettra leur proche en cas de décès de ces derniers et (iii) n'aura à payer la location obligatoire de cimetière et (iv) que les données et statistiques établies seront réelles et reflèteront la vérité.

La Cour recommande de trouver des alternatives appropriées en tenant compte des paramètres socio-culturels de la société malgache, face à l'interdiction d'enterrer les personnes décédées de la covid-19 dans leur région natale.

2.3.2. La mise en œuvre d'une prise en charge psychologique

La maladie a entrainé une psychose générale. Et tout le monde avait l'impression d'avoir les symptômes.

Dans la vie en société, la honte et l'auto-culpabilisation de la personne malade étaient si fortes, allant jusqu'à la dépression. En effet, il y avait une honte de soi et une honte par rapport à la famille et aux voisinages, même après guérison. Cela peut aller jusqu'à l'exclusion sociale au sein de la communauté. Parallèlement, les malades se culpabilisent quand les membres de la famille décèdent suite à des contaminations dont ils sont à l'origine. Cette ombre les accompagne même après le rétablissement.

Dans le milieu hospitalier, le malade se sent seul dans son combat, loin des visites et assistance familiales. Les gardes malades n'étaient pas autorisées. De surcroît, le moral de tous les malades de la chambre commune baisse lorsqu'un d'eux périt. Pour illustrer, le CHU Andrainjato (Matsiatra Ambony) a mis en place une ligne téléphonique[105] spécifique dédiée pour que la famille puisse avoir des nouvelles de leur proche hospitalisé.

Le problème psychologique pèse aussi bien sur les malades que sur les traitants. Plusieurs médecins se sentent impuissants face aux décès multiples, à l'agonie des malades, et d'avoir une lourde tâche de soutenir les malades en détresse. En outre, beaucoup ne pouvaient pas rentrer chez eux pour protéger la famille ; donc ils perdaient aussi le soutien familial. Certains d'entre eux ont perdu aussi la vie en cherchant à en sauver.

La morbidité dure longtemps après la convalescence, avec un développement de comorbidité notamment sur les problèmes respiratoires. Personne ne peut y rester indifférent. Les capacités physique et professionnelle sont réduites pour une période non définie.

Bien que non-significatif, un accompagnement psychologique a été mise en place pour les malades pris en charge dans le centre, avec la collaboration de psychologues et de psychiatres volontaires de l'IHS, de Befelatanana, d'Anosiala ou d'Anjanamasina. D'ailleurs, les impacts positifs de ce soutien ont pu être évalués par rapport à l'évolution des malades à la sortie de l'hôpital ou par rapport à l'augmentation des demandes de consultation, qui ont été gratuites. A titre d'illustration, des personnes atteintes du COVID-19 et ayant fini leur traitement sont encore confirmés positives après plusieurs mois, le soutien psychologique leur a permis d'être rassuré et à en informer son entourage.

[105] Equivalent à des lignes vertes sachant que les lignes 910 et 913 ont été transformées en lignes d'urgence (910 pour les demandes d'informations sur le COVID-19 et 913 pour ceux qui présentent des symptômes de COVID-19). Au début de la crise, ces lignes ont été gérées au niveau de la CCO mais ont été par la suite gérées par la Plateforme Nationale de Gestion sanitaire (PNGS/BIS) covid-19 qui est une plateforme constituée par plusieurs médecins militaires spécialistes destinée à mener des consultations à distance et surtout la gestion des bases de données par l'utilisation de l'application COV-DATA développée par le MPTDN et l'E-TECH

L'information étant un élément très important dans la lutte, l'opérationnalisation[106] par le MSANP de la ligne verte 910 a été également prévu.

La Cour recommande de déployer un système de soutien psychologique pour accompagner les patients, les familles et les médecins.

2.4.Difficulté de communiquer sur la santé publique dans la pandémie

Dans une lutte contre la COVID-19 où plusieurs acteurs interviennent, il est difficile voire impossible de gagner de telle guerre sans une communication harmonisée permettant de coordonner et de converger toutes les actions aux objectifs. Mais la mission d'audit de la Cour se limite aux communications de la santé publique à défaut d'obtention d'audience et d'informations au niveau du Ministère de la Communication, porte-parole du Gouvernement et de la Présidence du CCO. En 2021, une Direction de la Communication a été opérationnalisée au sein du MSANP vu la surcharge de travail si en 2020, la DPS avait un service de communication en son sein.

2.4.1. Plan de communication d'urgence sanitaire existant mais à moitié mis en œuvre

Le MSANP a disposé de stratégie et établi un plan de communication sanitaire d'urgence[107] en collaboration avec l'OMS qui était réajusté en fonction des scénarii. Il avait pour charge de rédiger les termes de référence, la formulation des messages à véhiculer et des statistiques à communiquer selon le contexte (avant, pendant ou après crise sanitaire) et la fourniture de spots télévisés. D'ailleurs, en matière d'urgence sanitaire, des expériences de la direction dans la gestion de la rougeole et la peste ont été capitalisées. Mais ledit plan n'a pas été mis en œuvre à cause du choix du message clé à véhiculer et de moyens de réalisation.

Comme illustration, il a fallu procéder parfois à une communication de proximité en collaboration avec les agents communautaires (descente sur terrain). Et les dialogues communautaires étaient difficiles à réaliser à cause d'interdiction de regroupement alors que les informations doivent partir de la base et y revenir pour avoir de réels impacts. Pour la formation en matière de communication, trois régions uniquement ont pu profiter s'il a été prévu que toutes les 22 régions en bénéficient.

[106] Plan national de contingence pour la préparation et la réponse à l'épidémie de maladie respiratoire aigüe causée par le nouveau coronavirus 2019-ncov (Février 2020), Page 38 et Plan national de riposte Maladie à Coronavirus (COVID-19), DRAFT du 27 mars 2020, Page 17

[107] La définition des messages clés diffère également suivant la période :
Avant la pandémie, la phase de préparation et de prévention (informations sur le virus en général notamment sur la définition de la maladie, le mode de transmission et de prévention, les comportements et gestes barrières à adopter)
Pendant la 1ère vague, la prise en charge des cas symptomatiques et approche pour couper la chaine de transmission du virus (orienter le public en cas d'apparition des symptômes en sus des mesures de prévention / gestes barrières)
Après la 1ère vague, l'adaptation au virus au quotidien et les actions de prévention dont la surveillance épidémiologique pour éviter la (ré)émergence de la maladie

La Cour recommande de :

- ***S'assurer que les plans de communication soient mis en œuvre et que tout autre activité ou message à véhiculer non prévu par ledit plan soit réalisé en concertation avec le Ministère technique pour un impact maxima ;***
- ***Mettre à jour régulièrement le plan de communication en fonction de l'évolution du contexte sanitaire.***

2.4.2. Confusion de leadership en matière sanitaire

Il a été constaté une multitude de leadership en matière de communication pendant la crise si l'on se réfère aux intervenants. Le fait que plusieurs entités distinctes assurent la communication de masse sans réelle coordination a entrainé une cacophonie chez le public-cible et un éparpillement. En effet :

- la Présidence a assuré la communication, au moins toutes les quinzaines, dont sur les mesures à prendre ;
- le MCC dispose des chaines nationales et des journalistes ; en tant que porte-parole du Gouvernement pour relayer la communication de la présidence et du Gouvernement ;
- le Ministère de la santé en tant que responsable technique de la santé publique devait assurer aussi son rôle.

Parfois, la formulation des messages diffère ou insuffisamment précise en fonction de l'interlocuteur. Ce qui cause à maintes reprises des polémiques auprès de la population, qu'il s'agisse de communication politique ou de communication de santé publique. Parfois, l'explication des divergences, l'apport de précision et éclaircissements voire des correctifs prenaient plus de temps que le message de lutte contre la pandémie, surtout quand cela touche la santé (MSANP).

La Cour recommande de :

- ***S'assurer de l'uniformisation des messages à véhiculer quel que soit l'intervenant ;***
- ***Bien dissocier les communications politiques et celles de santé publique pour que les intervenants techniques puissent se focaliser sur l'essentiel et que la population s'approprie les messages clés***

2.4.3. Dépendance de la communication du MSANP et conséquences en santé publique

Durant 2020, la Direction de la Promotion de la Santé (DPS/MSANP) a opté pour une communication pour le changement de comportement face à la pandémie notamment par rapport au mode de transmission. Mais la dépendance au MCC et aux PTF a trop pesé. En effet, il a été difficile voire impossible de transmettre des messages sur les conséquences des mesures prises en matière de santé publique face à la gestion de la COVID-19 et de sensibiliser la population en ce sens. Citons le problème de recrudescence du paludisme qui a tué 552 personnes en mai 2020 (contre 657 pour toute l'année 2019 selon un professeur de l'IPM), la conséquence du confinement sur le planning familial et la tuberculose, ainsi que le SIDA. En effet, durant la

période d'état d'urgence sanitaire, la réquisition des médias ne permet de communiquer que sur la COVID-19 uniquement. Il fallait trouver de bonne approche pour faire passer des messages sous forme subliminale et sobre.

Le MCC, à travers la Direction de Régulation des Médias (DRM) assurait la coordination et la régulation des interventions sur les plateaux au niveau de la chaîne nationale. Il définit la plage horaire et le temps d'antenne, valide le contenu du message et le limite à la COVID, se voit élaborer des messages à connotation politique que technique. Si au départ, la communication touchait les extrêmes : tantôt une pandémie très dangereuse et mortelle, tantôt une maladie pas si affreuse que la peste et le choléra. Au fur et à mesure que le temps avance, le comportement laxiste de la population était difficile à changer.

Faute de ligne de crédit public national, les PTF ont financé les activités du MSANP : l'UNICEF (conception des affiches avec le Ministère, jusqu'à l'impression), l'OMS et l'USAID, la Banque Mondiale. Des formations et des affiches ont été réalisées dans la mise œuvre de cette stratégie. Des ONG tel que ASOS ont également appuyé le ministère en matière d'intervention sur les plateaux (Emission « *Karakory vao maraina* »).

Par conséquent, beaucoup de messages jugés importants ont été rejetés après validation ou sans suite favorable tout simplement. Ainsi, le MSANP a préféré les interventions directes en plateau ou en conférence de presse par rapport au reportage puisque cette dernière présente des risques élevés de filtrage de message et/ou de déformation totale des informations.

Cette limitation contraignante a eu des effets sur la recrudescence des autres maladies, soit de forts impacts sur d'autres aspects liés à la santé publique qui n'ont pas pu faire l'objet de communication durant la crise sanitaire.

La Cour recommande de s'assurer que :

- ***le Ministère Technique puisse recourir à toutes les formes de communication, à tous les canaux de communication disponible qu'il juge opportun et nécessaire en mettant à disposition toutes les ressources nécessaires (collaboration avec les autres Ministères et PTF, matériels, humaines et financières) ;***
- ***le message à passer concorde avec le contexte et son évolution est conforme à la réalité.***

2.4.4. Communication à mettre en phase à la réalité

Un problème de chronologie a été rencontré dans la communication de masse. En effet, la communication politique devance quasi-systématiquement la disponibilité des mesures proposées. Par exemple, l'ouverture des centres de traitement était annoncée alors que les ministères concernés se préparaient encore à leur ouverture ; ce qui a provoqué de la méfiance de la population sur la crédibilité de toute la communication en général.

Il en est de même pour l'adaptation de la formulation du message ou l'apport de précision. Rappelons le cas de la fixation à 50 du nombre maximum des fidèles dans les endroits de prières. Il fallait tenir compte de la surface ou le volume du local, l'aération. Pareil pour l'annonce de gratuité de scanner sans préciser qu'elle concerne uniquement les personnes hospitalisées pour COVID-19.

Comme mentionnée dans les bonnes pratiques de la Région Champion, le niveau central a indiqué les grandes lignes et charge au niveau régional d'adapter le message au contexte local en simplifiant les termes et en utilisant le dialecte territorial. Le choix de porteurs de message pour la sensibilisation parmi les forces vives (tels que les chefs religieux comme canaux de communication avec le « *dimy minitran'ny fahasalamana* ») a eu plus d'impact sur la population. La mobilisation des médias privés comme l'approche du « *miara-manonja* »[108] qui a tiré sa source des provinces est efficace : à la même heure, toutes les chaines diffusent les mêmes informations.

A citer à titre d'exemple qu'une bonne explication sur les médicaments incite la population à se rendre dans les centres hospitaliers ou les centres de traitement : telle est l'importance de la précision que l'azithromycine est nécessaire pour éviter la surinfection bactérienne et le dexaméthasone pour l'inflammation des veines. Le public, sans être spécialiste en médicine, se rend compte de la limite des pharmacopées dans le cas d'urgence.

La Cour recommande que toute communication soit en concertation avec les Ministères Techniques et toutes les données réelles préalables doivent être disponible afin de s'assurer d'une cohérence et la complétude des messages à passer.

2.4.5. Circuit de collecte à décalage temporel et autorité de qualification des décès COVID-19

Systématiquement, les informations diffusées à la population sont en décalage d'un jour. En effet, toutes les informations partent de la communauté, puis remontent au CSB, lesquelles sont regroupées tous les soirs au niveau des médecins inspecteurs de chaque district. De là, part l'information régionale de chacune des 22 DRSP pour être centralisées à la DVSSER et constituer les statistiques recueillies par le QGO aux fins de diffusion journalière.

Toutefois, il est à noter que ***l'autorité de qualification de décès par COVID ou non, est le médecin traitant***. Ce dernier effectue le diagnostic par rapport aux symptômes similaires ou d'autres maladies et ***nul ne peut en apporter de modifications***. Et le QGO ne fait que rapporter que ce qui a été transmis. La définition de cas et sa confirmation, la définition de guéri, et la définition de décès par COVID conditionnent les statistiques à publier officiellement. Et les chiffres communiqués impactent aussi sur les comportements individuels et collectifs de la population. Aussi, un faux diagnostic peut fausser les statistiques communiquées et les attitudes. Il en est de même quand la population se sent protéger par un remède miracle africaine ou une immunité.

Et les responsables ont partagé leur perception que la transparence des informations garantit la confiance mutuelle. Dès que la population se sent induit en erreur, la communication ne passe plus.

Par exemple, le CHU Anosiala a pris en charge les premiers cas confirmés de COVID-19. Le décès d'une première personne testée positive au virus n'a pas été accepté comme lié à la COVID-19, car il a péri lors de son dialyse de par son insuffisance rénale. La mission de la Cour

[108] Communication avec le MINSAN pour la diffusion à la même heure.

en a déduit, après échange, que cela pourrait sous-évaluer le chiffre des indicateurs de performance et des statistiques.

La Cour recommande le respect des normes selon les règles de l'art et de :

- ***Assurer la fluidifié la communication interne au niveau du MSANP dont la collecte d'information en mettant en place des dispositifs complémentaires, si nécessaire tels que procéder à la digitalisation de la base de données ;***
- ***Revoir la définition des cas (confirmé, guéri, décès) pour s'assurer de la fiabilité des statistiques ;***
- ***Véhiculer des messages d'apaisement social pour que la population ait l'esprit tranquille et adhère à la déclaration tous les décès liés à la COVID-19.***

2.4.6. Changement de stratégie de communication du Ministère de la santé publique

Après appréciation, l'approche basée sur le ***quotient intellectuel a failli*** et il a fallu adopter plus tard une approche ***basée sur le quotient émotionnel***. Ce changement de stratégie a été fait car c'est l'objet de la mise en place du « *dimy minitran'ny fahasalamana ho an'ny fiangonana* » au niveau du FJKM.

Dans la même foulée, les acteurs de la communication ont senti que la collaboration centrale/régionale était plus aisée et simple, et les services techniques régionales s'entendent mieux. A contrario, n'importe quel message peut créer de polémique entre les structures centrales.

2.4.7. Continuité de prise en charge des autres pathologies

Réitérons que laisser de côté les autres pathologies et malades a un impact assez conséquent sur la santé publique en général. Parmi les 28 maladies à surveiller, les conséquences des mesures prises pour la COVID et le dysfonctionnement de la communication ont inévitablement de répercussion. La réorganisation des centres hospitaliers pour COVID seulement, la limitation de circulation en période de confinement, la peur de fréquenter les centres de santé même pour récupérer les médicaments etc. avaient des impacts sur le nombre de décès par le paludisme (en mai 2020, le nombre de décès s'élève à 84% par rapport au total des décédés de 2019). Et les spécialistes ont eu un ordre d'idée des impacts de non-prise de médicaments des tuberculeux et PVVIH même s'il n'y a pas eu de mesure exacte. Il en est de même pour le chamboulement des plans de vaccination jusqu'à ma suspension de campagne, la discontinuité sur le planning familial.

Il y a une censure voire une interdiction de véhiculer des messages non liés directement à la COVID-19, ainsi qu'une prohibition de communiquer sur la médecine traditionnelle sauf le CVO. Le MSANP a essayé des solutions pour contourner. A titre d'illustration, quand d'autres médias privées le sollicitent, le MSANP optimisait ces interventions en engageant le plus de thèmes variés possibles entourant la crise sanitaire et la santé publique en général.

La Cour recommande de :

- ***S'assurer que les interventions du MSANP ne soient pas limitées en termes de messages à véhiculer et que tous les aspects liés à la santé publique puissent être abordés.***
- ***Réaliser l'émission « feon'ny fahasalamana » sur une même plage horaire dans toutes les chaînes pour sensibiliser la population et prévenir les éventuelles prochaines vagues.***

CONCLUSION

En toute modestie et humilité tout en restant honnête envers soi-même, Madagascar figure parmi les premiers 40 pays à avoir mieux géré la crise, dépassant les USA, la France, le Japon et l'Allemagne avec 232 décès à la première vague selon une étude internationale[109]. Comme toute catastrophe, la pandémie frappe par surprise et la prévention est la meilleure des guérisons.

La gestion étatique de la crise ne peut être prise isolément dans l'audit par rapport aux autres paramètres qui influent sur l'appréciation d'efficacité de la lutte contre la pandémie pour ne citer que la nourriture saine et naturelle, la résistance aux grippes et la résilience aux problèmes respiratoires liés aux ordures combinés à la pollution de l'air, etc.

La crise a pointé du doigt et accentue les failles dans lesquelles le pays fonctionne en temps normal : insuffisance de ressources humaines en effectif et en capacités techniques (savoir, savoir-faire, savoir-être, faire savoir) avec un faible système de motivations (financières ou non-économiques), des infrastructures, des moyens matériels, de voies de transport, de recherches et développement, la corruption à laquelle le pays lutte, le poids des procédures et la vitesse d'exécution (lourdeur et lenteur administrative), la discipline et rigueur (le moramora ou goragora), l'obsolescence des textes. Des plans prévisionnels existaient selon l'adage « gérer, c'est prévoir », et Madagascar a prévu en anticipant.

Les plans disponibles constituent les politiques publiques de gestion du pays même s'ils ne couvrent la totalité des secteurs. Mais ils manquaient, soit des mises à jour soit d'application effective, pour ne citer que la répartition des actions et responsabilités entre les serviteurs de la Nation (Ministères, stables ou fusionnés et scindés), les créations des structures nouvelles et des fonds de lutte, la coordination de toutes les structures, la politique de décentralisation et coordination territoriale, etc.

Ceci étant, la population Malagasy peut se reposer sur le corps médical Malagasy bien qu'il y ait des brebis galeuses, le personnel médical dispose des compétences nécessaires et de la conscience professionnelle suffisante pour prendre en charge tous les patients et toutes les maladies même face à l'insuffisance des moyens. La synergie des parties prenantes et la valorisation des existants (structures et personnes, y compris la société savante) méritent une attention particulière. Des expériences restent à capitaliser dans ce malheureux événement :

- la crise a permis à des ministères centraux de savoir leurs limites ainsi que l'importance des structures décentralisées en matière de coordination, notamment en termes d'attribution de compétences et d'allocation ou délocalisation des ressources ;
- elle rend aussi toutes les structures déconcentrées et décentralisées, conscientes de leur complémentarité ; et aux acteurs de se connaitre davantage et mutuellement sur le plan professionnel et personnel (humanisation) ;

[109] **cco-covid19.gov.mg**

- tout moment de relâchement entraine des dégâts, parfois imparables comme la mort ou le handicap à vie ;
- elle a mis sur le tapis la marginalisation de l'importance de recherches et de développement notamment par rapport aux solutions nationales et traditionnelles (ancestrales) dans un contexte de fermeture de l'international ;
- des questions se posent sur la nécessité ou l'utilité ou le rejet de la vaccination dans le choix national, dans un contexte de potentielles éventuelles vagues successives dues aux variants ;
- la décentralisation est à promouvoir, en institutionnellement et personnellement, notamment le principe de subsidiarité ;
- la promotion des ressources internes et optimisation des mécanismes financiers nationaux, y compris les régies multiples participent à la transparence et la redevabilité.

Pour terminer, le virus est dans l'air comme la grippe qui revient de manière régulière saisonnière. Un problème hautement socio-technique tel qu'une crise sanitaire liée à la virologie exige une réponse basée sur des paramètres factuels et à gérer selon les normes médicales et de santé publique. L'interrelation des acteurs et des bénéficiaires se base sur la communication et échange : la perception n'a pas besoin d'être véridique pour être considérée, les facteurs sociologiques et culturelles voire anthropologiques, les capacités économiques et financières ; toutes ces sources de données informationnelles conditionnent la réactivité, la résilience et l'adaptation constante. Durant la lutte, peu de techniciens ont osé taper sur la table pour obtenir les conditions objectives minimales de travail sans risquer une mutation de poste ; mais beaucoup n'ont pas eu le courage d'opiner ou de convaincre face à des décisions uniquement politiciennes. Seules des politiques publiques claires, pertinentes, cohérentes, inclusives et évolutives. répondent à de véritable besoin,

Il y a lieu d'appliquer les politiques et stratégies à dispositions dans lesquelles le pays s'est investi afin de les améliorer à travers le suivi et l'évaluation en capitalisant les expériences réelles, sauf si l'on estime des défauts de conception (incohérences et impertinences), pour jeter le tort uniquement sur la mise en œuvre. La transparence assure que tout le monde dispose des mêmes informations et adhère à une même cause au bon moment pour être efficace dans une unité nationale.

DELIBERE

- Vu le rapport n°13/21-RIP/ADM/ORG COVID du 04 octobre 2021 sur l'audit organisationnel (approche systémique) de la gestion de la crise sanitaire liée à la covid-19 pour l'année 2020 ;

- Vu les Conclusions n°26/21 du 21 décembre 2022 du Commissaire Général du Trésor Public,

Le présent Rapport a été arrêté et adopté après délibération de la Cour des Comptes en son audience du quinze février deux mil vingt deux.

LE PRESIDENT **LES RAPPORTEURS** **LE GREFFIER**

SUIVENT LES SIGNATURES

Pour expédition certifiée conforme à la minute toujours conservée au Greffe de la Cour.

Fait à Antananarivo, le 16 FEV. 2022

LE GREFFIER EN CHEF

RAHARINORO Angelina

Transmis sous n°05/22-CS/COMPTES/NOTIF du 16/02/22 à Son Excellence, Monsieur Le Président de la République de Madagascar « pour notification ».