

Rapport de mission

Jean Perrot, consultant

Couverture Santé Universelle

Madagascar

Le présent rapport de mission concerne une mission réalisée par Jean Perrot, consultant, en appui à l'élaboration de la Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (CSU) à Madagascar. La mission s'est déroulée du 24 juin au 4 juillet 2015. La mission a travaillé étroitement avec Dr Adrien RtAndriamboavonjy, Conseiller du Ministre de la Santé, point focal CSU, Dr Sylvie Andria, Assistant Technique CSU au MSP, ainsi qu'avec Dr. DamoelaRandriantsimaniry, Secrétaire Général du MSP.

1 Rappel : le contexte de la mission

Madagascar a décidé de s'engager sur le chemin de la couverture universelle en santé. Le réseau des membres de P4H à Madagascar (à savoir l'OMS, le BIT, la Banque mondiale, la France, la GIZ et l'USAID) a décidé d'apporter son appui à cet engagement du pays. En septembre 2014, une mission P4H s'est entendue avec le pays pour apporter son appui. A ce jour, cet appui concerne l'élaboration d'une Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle.

Concrètement, les membres P4H se sont entendus pour conjuguer leurs efforts afin d'apporter un appui à ce processus :

- L' AFD et la GIZ assurent le financement d'un consultant international (le présent rapporteur) pour appuyer le Comité technique ayant pour mandat d'élaborer cette stratégie nationale ;
- D'autres partenaires compléteront cet appui par le financement d'études spécifiques ou pour améliorer le fonctionnement de ce Comité technique.

En ce qui concerne le consultant international, il est prévu un total de 5 missions sur la durée du processus d'élaboration de la stratégie nationale. Le présent rapport concerne la troisième mission de ces cinq missions, sachant que les deux premières missions sont financées par l'AFD et les trois suivantes par la GIZ.

2. Objectifs

Cette mission s'inscrit dans l'appui perlé apporté dans le cadre de P4H à l'élaboration de la Stratégie Nationale pour la Couverture Santé Universelle (SN-CSU).

Dans le cadre de cet appui, une première mission s'est déroulée du 17 au 27 mars. Cette mission avait permis :

- La mise en place d'un Comité technique chargé de l'élaboration de la SN-CSU, par arrêté ministériel signé du Ministre de la Santé. Ce Comité technique comporte 19 membres représentant les cinq Ministères concernés par la SN-CSU, la société civile, le secteur privé et les mutuelles de santé, les Partenaires Techniques et Financiers ;
- La tenue d'une réunion de lancement du processus d'élaboration de la SN-CSU dont l'objectif était d'informer tous les acteurs concernés que le processus d'élaboration de la SN-CSU. Le Comité technique avait été présenté aux participants. L'échéance de la fin de l'année 2015 pour la finalisation de la SN-CSU avait été annoncée ;
- Avec le groupe ci-dessus, mais aussi certains membres du Comité technique, un agenda du travail d'ici la fin de l'année a été esquissé.

Une seconde mission s'est déroulée du 3 au 20 mai. Cette mission s'est organisée autour de deux types d'activités :

- La tenue d'un atelier de formation à la Couverture Santé Universelle. Cet atelier s'est tenu sur trois jours pleins. Il s'adressait particulièrement aux membres du Comité technique ; toutefois, il a été ouvert aussi à d'autres personnes concernées par la CSU. Une trentaine de personnes ont donc suivi cet atelier de formation qui s'est tenu dans les locaux du Programme Paludisme situé à la périphérie d'Antananarivo. Cet atelier a eu pour but de s'assurer que tous les membres du Comité technique disposent de connaissances suffisantes et harmonisées des concepts relatifs à la CSU ainsi que des éléments nécessaires à l'élaboration d'un document de type « SN-CSU ».

Il faut noter que certains membres du Comité technique ont participé au Cours francophone sur la couverture santé universelle, tenu à Dakar du 20 au 25 avril 2015 et organisé par la Banque mondiale et l'OMS;

- Le présent rapporteur a ensuite travaillé avec le Comité technique. Des réunions de travail étaient organisées tous les après midi. Ces réunions étaient préparées par le présent rapporteur avec Dr Adrien RtAndriamboavonjy, Conseiller du Ministre de la Santé, point focal CSU, Dr Sylvie Andria, Assistant Technique CSU au MSP, Mr Christian Abonnel, Expert technique au MSP. Les points suivants ont été travaillés :
 - Les étapes du processus d'élaboration du document de SN-CSU ont été présentées au Comité technique ;
 - Elaboration et adoption du plan détaillé du document de SN-CSU ainsi qu'une première identification des responsables de l'écriture des différentes parties du document;
 - Identification et validation des orientations stratégiques de la SN-CSU ainsi que des éléments de l'analyse de situation. Présentation dans un tableau appelé « cadre logique » ;

L'essentiel des éléments ci-dessus a été présenté au Secrétaire Général du MSP lors d'une réunion avec le Comité technique.

Le temps entre la mission 2 et la mission 3 a été marqué par les points suivants :

- Le Dr Sylvie Andria a pris ses congés pendant tout ce temps. Mr Christian Abonnel a quitté le pays suite à la fin de son contrat ;
- La situation politique est devenue plus instable.

En conséquence, le Comité technique ne s'est pas réuni pendant toute cette période : les activités ont donc été suspendues.

3. La présente mission

Il convient tout d'abord de souligner la présence pendant cette mission 3 de Mr Claude Meyer, coordonateur du Réseau P4H, Mme Martina Pellny, Advisor, Sector Initiative P4H (Providing for Health), Social Protection à la GIZ et de Mr Hamadou Nouhou du Bureau régional de l'OMS (AFRO). Par ailleurs, la mission a eu plusieurs rencontres avec Mme Sophie Biacabe, AFD, qui avait tenu à faire coïncider les dates de sa mission de supervision des projets à l'AFD avec celles de la présente mission.

L'agenda de cette mission 3 avait globalement été établi lors de la mission 2. Les activités suivantes ont donc été menées :

- Travail sur le contenu de chacune des orientations stratégiques indiquant ainsi la vision du futur en matière de CSU. Par ailleurs, on a travaillé sur le dispositif institutionnel à instituer pour accompagner la mise en œuvre de la CSU. Cette activité a été menée lors d'un atelier de travail du Comité technique qui s'est tenu les 24, 25 et 29 juin ;
- Le Comité technique a présenté son travail sur les orientations stratégiques à Mr le Ministre de la Santé Publique;
- Une réunion a été organisée avec le Secrétaire Général du Ministère des Finances et du Budget. L'objectif était d'amener ce Ministère à prendre connaissance de propositions en matière de financement (identification de financements innovants) ainsi que de modalités de gestion de certaines de ces sources de financement (Fonds dédié) ;
- Une réunion, sous forme de déjeuner-débat, a été organisée avec les Ministres des Finances, du Plan, de la Population, du Travail-Fonction publique, et de la Santé en présence des partenaires extérieurs ci-dessus mentionnés, des principaux membres du Comité technique ainsi que du présent rapporteur.
- A divers autres moments de la mission, le présent rapporteur s'est réuni avec le Comité technique afin de poursuivre le travail, mais aussi d'arrêter les tâches à réaliser avant la prochaine mission ainsi que de fixer les dates de cette prochaine mission et les tâches seront réalisées alors.

Lors de la mission 2, il avait été retenu par le Comité technique la réalisation d'une étude sur les différents mécanismes de financement existant à Madagascar (étude de type MusKoKa). Les termes de référence d'une telle étude ont été élaborés et validés par le Comité technique. Le Ministère de la santé a adressé une requête en ce sens auprès de l'USAID qui a donné son accord. Le travail réalisé par un consultant national devrait commencer à la mi-juillet pour se terminer vers le 20 août. Ainsi, il pourra être tenu compte des résultats de

cette étude dans l'écriture du document SN-CSU, notamment dans la partie « Etat de la situation ».

Par ailleurs, les résultats cette mission 3 seront présentés, au niveau du Ministère de la Santé, lors de deux réunions importantes : la réunion du Grand Staff du Ministère de la Santé qui se tiendra les 14, 15 et 16 juillet, ainsi qu'à la Revue conjointe des PTF qui se tiendra les 17 et 18 juillet.

Lors des discussions concernant l'orientation stratégique 1 et de l'orientation stratégique 4, il est apparu la nécessité de mettre en chantier le plus rapidement possible une étude de faisabilité. En effet, sur ces points, le document de SN-CSU indiquera un cadre général, mais ne pourra pas aller dans suffisamment de détails quant à l'opérationnalisation de ces orientations stratégiques. C'est la raison pour laquelle il a été retenu de lancer une étude de faisabilité. Ce point a été présenté à Mr le Ministre de la santé, mais également évoqué lors de la réunion des 5 Ministres concernés par la CSU. La GIZ et la France ont indiqué leur disponibilité à appuyer la réalisation de cette étude de faisabilité. Cette étude, qui demande des moyens importants, comporterait deux temps :

- Une analyse approfondie du dispositif d'assurances santé proposé dans la SN-CSU : opportunités, options, proposition d'un schéma préféré qui serait, à l'issue de cette étape, à valider par la partie nationale ;
- Pour ce scénario préféré, étude des dispositions opérationnelles de sa mise en œuvre : phasage de la mise en place, cotisations, modalités d'achats stratégiques, paniers de soins, etc.

4. Les prochaines étapes du processus d'élaboration de la SN-CSU

Entre la mission 3 et la mission 4, le Comité technique s'engagera dans l'écriture du document, selon le plan très détaillé qui aura été arrêté. Chaque partie du document sera rédigée par un petit groupe de membres du Comité technique (2 à 3 personnes) placé sous la responsabilité d'un membre. A la mi-août, ces différentes parties du document seront consolidées par le Dr Sylvie. Ce «consolidateur » aura pour tâches de mettre ensemble ces différentes parties selon le plan retenu, mais également à veiller à ce que les contributions de chacun suivent bien les recommandations qui ont été établies.

Ce draft 0 sera alors envoyé à l'ensemble des membres du Comité technique, ainsi qu'au présent rapporteur. Les membres du Comité technique, ainsi que le présent rapporteur, devront, avant la mission 4, lire de document et préparer les améliorations qu'ils souhaitent proposer lors de la mission 4.

- Mission 4 : Cette mission est prévue du 18 au 29 septembre. L'objectif de cette mission est de revoir ensemble le draft 0 du document et d'arrêter un draft 1, version pouvant sortir du Comité Technique. La présence effective de l'ensemble des membres du Comité technique est essentielle : c'est à ce moment qu'ils pourront faire leurs suggestions d'amélioration du document (après cette date, il sera trop tard) ; mais c'est aussi à ce moment là qu'ils s'approprient la totalité du document dont ils doivent se sentir co-responsables. Ce travail avec le Comité technique se fera notamment lors d'un atelier bloqué (à l'extérieur de Antananarivo) les 22, 23 et 24 septembre.

Ce draft 1 sera alors transmis au Comité de Pilotage, lequel aura été mis en place entre-temps. Le Comité de Pilotage devra alors valider le document, indiquant, bien sûr les améliorations qu'il souhaite être prises en compte.

- Mission 5 : avant la fin de l'année 2015

Les activités de cette mission ne sont pas encore entièrement définies : tout dépend de l'avancement des travaux. Plusieurs options sont possibles :

- Si, à l'issue de la mission 4, le draft 1 est jugé encore insuffisant, la mission 5 pourra être pour partie utilisée pour finaliser ce draft 1 ;
- Si le Comité de pilotage fait des remarques substantielles sur le Draft 1, la mission 5 pourra être consacrée à la prise en compte de ces remarques dans le document, pour arriver à un Draft 2.
- Si le Draft 1 est validé par le Comité de Pilotage, la mission 5 pourrait i) travailler avec le Comité Technique à la mise en place effective des instances d'accompagnement prévues dans le document de la SN-CSU, ii) lancer la planification des activités à réaliser à court terme.

En conclusion

A l'issue de cette troisième mission, on peut donc dire que les travaux du Comité technique ont avancé comme prévu.

Par ailleurs, et c'est souvent ce qui se passe dans de tels processus, les membres du Comité technique ont été très motivés dans les premiers temps du processus. Au fur et à mesure du déroulement de ce processus, la présence des membres du Comité technique a eu tendance à diminuer. Aussi, le président du Comité technique enverra prochainement un message aux membres du Comité technique afin de leur rappeler que leur contribution, au travers de leur présence aux réunions est essentielle et qu'il convient dès à présent qu'ils bloquent les dates de la prochaine mission. Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique proposera des solutions pour améliorer cette motivation.

Annexe 1

Le plan du document de SN-CSU

Le Comité technique a arrêté un plan pour la rédaction du document de SN-CSU. Afin d'élaborer ce plan, le Comité technique a examiné et comparé les documents de trois pays ayant élaboré leur document de SN-CSU : la République de Côte d'Ivoire, le Mali et le Tchad. Le Comité technique a rapidement pris conscience que deux pays –la RCI et le Tchad– se basaient sur une approche large de la Couverture Santé Universelle, dans la lignée du Rapport mondial de l'OMS 2010. Par contre, le Mali adopte une définition beaucoup plus étroite de la couverture santé universelle, à savoir la protection contre le risque maladie avec pour conséquence une stratégie tournant autour de la mise en place d'une caisse d'assurance maladie et de la recherche de son financement.

Le Comité technique a adopté une définition large de la couverture universelle en santé articulée autour des points suivants :

La CSU a pour objectifs :

- Que la population ait accès à des services de santé de qualité
- En évitant de placer l'individu et sa famille dans une situation difficile
- Mais aussi de protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé
- Avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée (équité)

Le plan qui a été retenu est donc assez voisin du plan adopté par la RCI et le Tchad.

Plan du document SN-CSU

| | Pages non principales | Pages principales | Nom des responsables de l'écriture |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Préface | 1 | | |
| Encadré méthodologie | 1 | | |
| Listes des abréviations et acronymes | 1 | | |
| Sommaire | 1 | | |
| Introduction | | 1 | Tiana (DEP) |
| Le contexte | | 2-3 | Sylvie |
| L'état de la situation | | 4 | Santa, Hajaniaina |
| La raison d'être de la SN-CSU | | 2 | Christine, Voahirana, Adrien |
| Les principes fondamentaux de la Stratégie | | 2 | Christine, Adrien |
| Les orientations de la stratégie | | 17 | |

| | | | |
|---|---|----|--|
| Vision globale | | 1 | |
| OS1 : Protéger les individus et leur famille contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé | | 3 | Agathe Simonin, Santa , Guy |
| OS2 Améliorer la disponibilité effective en services de santé de qualité | | 3 | Sylvie, Herizo, Tiana |
| OS3 Diminuer l'exposition de la population aux risques ayant une incidence sur la santé | | 3 | Herizo , Hajaniana, Haja, Victorien |
| OS4 Mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle | | 3 | Santa, Haja, Zoly , Guy, Voahirana |
| OS5 Prendre davantage en considération des souhaits de la population en matière de santé et /ou en matière d'organisation du système de santé | | 2 | Agathe Simonin, Herizo , Doudou |
| OS6 : Faire accéder la population en extrême pauvreté à un socle de protection sociale et de santé | | 2 | Christine, Agathe, Mirana |
| Le dispositif institutionnel de la mise en œuvre de la SN-CSU | | 3 | Dr Adrien , Jean Perrot |
| Conclusion | | 1 | Adrien |
| Annexes | ? | | |
| Annexe 1 : Expressions malgaches relatives à l'équité, la solidarité etc. | | | Herizo, Dr Adrien |
| Annexe 2 : Arrêté ministériel établissant le Comité technique | | | |
| Annexe 3 : Texte instituant le Comité de Pilotage | | | |
| Total | | 33 | |
| | | | |

Annexe 3

Cadre logique

| | | |
|----------------------------|---|---|
| Equité – Solidarité | Protetction contre les risques financiers | |
| | Etat de la situation | <i>OS1 : Protéger les individus et leur famille contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé</i> |
| | <ul style="list-style-type: none"> - La facture à la charge du patient est trop élevée : <ul style="list-style-type: none"> - Rationalisation des prescriptions, insuffisance de la dotation globale, dessous de table, etc. - Les mécanismes de prépaiement sont insuffisants et inéquitables : <ul style="list-style-type: none"> - Importance du recouvrement des coûts - L'assurance ne couvre qu'une faible part de la population et ne couvre que le petit risque - Les mécanismes de gratuité se sont beaucoup développés : éparpillement, chevauchement, inéquité - Autres mécanismes : CCTs, Vouchers, Franchising social | <p>Il faut donner à ces personnes les moyens d'accéder aux services de santé</p> <p>1. Faire baisser la facture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmenter la dotation globale ou le FBR - rationaliser les prescriptions - diminuer les dessous de table <p>2. Mettre en place une assurance maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire pour certaines catégories du secteur formel - Intégration progressive des mécanismes assistantiels (affiliation) - Position de l'assurance volontaire avec redéfinition du rôle des mutuelles de santé dans le dispositif - Définition d'un paquet minimum de prise en charge et son augmentation progressive (risque hospitalier) - Adresser prioritairement les couches les plus vulnérables- Economiquement faible <p>1. Nécessité de réaliser une étude de faisabilité</p> |
| | Disponibilité de l'offre de services et intrants | |
| Etat de la situation | <i>OS2 : Améliorer la disponibilité effective en services de santé de</i> | |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>L'offre de services de santé ne donne pas toute satisfaction aux populations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Place du secteur privé lucratif et sans but lucratif - La place de la santé dans la décentralisation - La carte sanitaire est incomplète - Les services ne correspondent pas aux attentes - Les personnels de santé : formation, répartition, motivations - Les médicaments | <p>qualité</p> <p>Une offre de services de santé qui répondent aux besoins et aux souhaits de la population</p> <p>1. La disponibilité des infrastructures, équipements de qualité dans toutes les structures et leur maintenance</p> <ul style="list-style-type: none"> - améliorer la proximité des infrastructures sanitaires avec les communautés à travers la construction de nouveaux centres de santé et l'instauration des postes de santé dans les localités reculées ; - étendre les stratégies mobiles dans toutes les localités d'accès difficiles ; - assurer la maintenance régulière des infrastructures et équipements, tant préventive que curative. <p>2. Le renforcement des structures de soins (CS et Hôpitaux) en personnels qualifiés, compétents et motivés</p> <ul style="list-style-type: none"> - doter les centres de santé ruraux et les hôpitaux de district des agents de santé en tenant compte des normes opérationnelles contenues dans le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé. - renforcer les capacités des agents de santé - mettre en place dans les hôpitaux et les centres de santé l'incitation à la performance à travers l'extension du FBR - mettre en place des dispositifs de relais communautaires pour renforcer le personnel de santé pour assurer la mise en œuvre du PMA - mieux appliquer les mécanismes disciplinaires prévus par les textes <p>3. La disponibilité permanente des médicaments de qualité dans toutes les structures</p> <p>4. Le développement de l'assurance qualité pour les formations sanitaires</p> <p>5. L'amélioration des modes des paiements</p> <p>6. Favoriser le Partenariat Public-Privé pour renforcer l'offre</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| | | deservices de santé <ul style="list-style-type: none"> - La diversification des prestataires de services de santé - La collaboration entre les acteurs de la santé 7. Développer l'approche « réseaux de soins » |
| Prévention des risques ayant une incidence sur la santé | | |
| | Etat de la situation | <i>OS3 : Diminuer l'exposition de la population aux risques ayant une incidence sur la santé de la population</i> |
| | Rappeler quels sont ces risques <ul style="list-style-type: none"> - Vulnérabilité de la population malgache – forte exposition - Les actions demeurent insuffisantes - Elles ne sont pas suffisamment coordonnées entre les différents acteurs -synergie - La sensibilisation des populations est insuffisante - Les associations et la société civile ne sont pas assez impliquées - Le rôle des communes | <ol style="list-style-type: none"> 1. Planifier des activités à haute visibilité et à court terme dans chacun des cinq ministères 2. Renforcer la place de la société civile (associations) 3. Dans le cadre de la décentralisation, renforcer l'implication des communes 4. Assurer la coordination entre tous ces acteurs |
| Financement de la CSU | | |
| | Etat de la situation | <i>OS4 : Mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle</i> |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Effort budgétaire pour le ministère de la santé - Effort budgétaire dans les autres ministères - Montants consacrés aux mécanismes de gratuité - Montants collectés par les mécanismes d'assurances - montants du recouvrement des coûts | <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser les budgets actuels (les 5 ministères) - Augmenter la part de la santé (définition large) dans le sens d'Abdja - Mettre en place des financements innovants ciblés pour l'affiliation des plus démunis? : taxe sur la téléphonie mobile (autres ?) - Mieux utiliser les ressources existantes - Mettre en place un cadre de concertation permanent entre les Ministères directement impliqués dans la CSU et le Ministère des |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Finances et du Budget : préparation d'un budget CSU, présentation Ass.Nat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Engagement des partenaires techniques et financiers, y compris les fonds des initiatives mondiales à intégrer la CSU dans leurs interventions |
| Prise en considération des souhaits de la population en matière de santé et /ou en matière d'organisation du système de santé | | |
| | Etat de la situation | OS5 : Prendre davantage en compte les souhaits de la population |
| | <ul style="list-style-type: none"> - La participation communautaire dans les formations sanitaires et ses limites - L'expression « requêtes » : les boîtes bleues - L'accueil dans les formations sanitaires (en relation avec le FBR) - Implication des collectivités territoriales - Rôle des associations et de la société civile | <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la participation communautaire - Au moyen d'enquêtes, recueillir les souhaits de la population : mieux identifier ce que les populations priorisent (accueil, qualité des soins, dessous de table, lutte contre les pharmacies par terre, etc.) - Dans le cadre du système de suivi de la mise en œuvre de la stratégie CSU utiliser des indicateurs de résultats qui puissent être communiqués largement et régulièrement - Développer l'information de la population sur la CSU en se basant sur les relais de communication - Rechercher puis mettre en place des mécanismes de recueil et de prise en compte des plaintes des usagers. |
| Protection de la population en extrême pauvreté | | |
| | Analyse de la situation | OS6 : Faire accéder la population en extrême pauvreté à un socle minimum de prestations social et de santé |
| | <p>La population en extrême pauvreté représente une partie non négligeable de la population. Elle est exclue de tout : des services de santé, de la protection contre les risques financiers, de tout réseau social et familial.</p> <p>Les mécanismes de solidarité existants ne les atteignent pas : même les systèmes de gratuité qui sont d'abord là pour elles, elles n'en profitent pas, la solidarité de la société civile (ONG, Eglises) a</p> | <p>Les actions décrites ci-dessus ne les concernent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle ne peut pas être assurée bien sûr, mais on n'est pas non plus capable de l'affilier - Les mécanismes de gratuité : elle est incapable d'en tirer profit - L'amélioration de l'offre de services de santé : elle ne les fréquente pas |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>beaucoup de mal à les atteindre Il s'agit des SDF, des enfants de la rue et déscolarisés, etc</p> | <ul style="list-style-type: none">- L'exposition aux risques : elle y est confrontée tous les jours, sans pouvoir y échapper <p>Le secteur de la santé doit accompagner les actions sociales qui visent à réintégrer, au moins partiellement, cette population dans la société : accès à un logement et à un travail, même précaires</p> <p>Le secteur de la santé doit venir au devant de cette population en lui apportant, dans les lieux où elle se trouve, une santé de base : vaccination des enfants, aide à l'accouchement, dépistage et traitement des maladies telles que VIH et tuberculose, malnutrition et en la sortant progressivement d'une trop grande exposition aux risques (latrines, hygiène corporelle : maladies de la peau, intestinales, infections respiratoires)</p> <p>Il faut repérer ces populations sur leur lieu de vie et leur apporter là une santé de base</p> <p>De telles actions sont difficiles et avec des résultats modestes : mais il est du devoir de la société de considérer toute personne comme un être humain</p> <p>Les actions demandent une coordination des tous les acteurs : Ministères, municipalités, ONG/Associations, églises</p> |
|--|--|---|