

Stratégie de Coopération
de l'OMS avec Madagascar
2016-2020



PREFACE

La troisième génération de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) concrétise le programme majeur de réforme adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer la capacité de l'OMS et faire en sorte que ses prestations répondent mieux aux besoins du pays. Elle reflète le Douzième programme général de travail de l'OMS au niveau du pays, vise à assurer une pertinence accrue de la coopération technique de l'OMS avec les États Membres et met l'accent sur l'identification des priorités et des mesures d'efficience dans l'exécution du budget-programme de l'OMS. Cette génération de SCP tient compte du rôle des différents partenaires, y compris les acteurs non étatiques, dans la fourniture d'un appui aux gouvernements et aux communautés.

La troisième génération des SCP s'inspire des leçons tirées de la mise en œuvre des SCP de première et de deuxième génération, de la stratégie en faveur des pays (politiques, plans, stratégies et priorités) et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF). Les SCP sont également en adéquation avec le contexte sanitaire mondial et l'orientation vers la couverture sanitaire universelle, car elles intègrent les principes de l'alignement, de l'harmonisation et de l'efficacité formulés dans les déclarations de Rome (2003), de Paris (2005), d'Accra (2008) et de Busan (2011) sur l'efficacité de l'aide. La troisième génération des SCP prend également en considération les principes qui sous-tendent le mécanisme « Harmonisation pour la santé en Afrique » (HHA) et les Partenariats internationaux pour la santé et initiatives apparentées (IHP+), reflétant ainsi la politique de décentralisation et renforçant la capacité de prise de décision des gouvernements afin d'améliorer la qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Élaboré dans le cadre d'un processus de consultation avec les principaux intervenants dans le domaine de la santé au niveau du pays, le document de SCP met en exergue les résultats attendus du Secrétariat de l'OMS. En droite ligne de la stratégie qui place un accent renouvelé sur les pays, la SCP doit servir de plateforme pour communiquer l'action de l'OMS dans le pays ; formuler le plan de travail de l'OMS en faveur du pays ; entreprendre le plaidoyer, mobiliser des ressources et assurer la coordination de l'action avec les partenaires ; et façonner le volet santé de l'UNDAF et des autres plateformes de partenariats pour la santé dans le pays.

Je salue le rôle moteur efficace et effectif du gouvernement dans la conduite de cet exercice important d'élaboration de la SCP. Je demande également à tous les membres du personnel de l'OMS, et particulièrement au Représentant de l'OMS, de redoubler d'efforts pour assurer une mise en œuvre efficace des orientations programmatiques fournies dans le présent document, en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires susceptibles de contribuer à la santé et au développement en Afrique.



Dr Matshidiso MOETI
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

AVANT-PROPOS

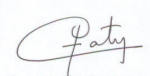
La Stratégie de Coopération de l'OMS avec Madagascar veille à répondre à la demande de renforcement du leadership de l'OMS en matière de collaboration et de soutien avec le pays. Elle constitue le cadre de référence à moyen terme pour la période 2016-2020 pour toutes les actions que l'OMS compte mener en partenariat avec les différents intervenants du secteur de la santé. S'articulant de manière harmonieuse avec les contenus du Plan de développement du secteur de la santé 2015-2019 et de la Stratégie nationale sur la Couverture Santé Universelle (CSU), la SCP met en exergue les défis de santé majeurs sur lesquels se focaliseront les ressources disponibles. Elle servira également à la mobilisation de ressources financières complémentaires, car le secteur de la santé est largement sous-financé. Les ressources existantes, dont celles de l'État, sont notamment insuffisantes pour réellement améliorer l'accès aux services.

Pour compléter l'agenda inachevé des OMD, les ODD qui présentent pour le pays des cibles plus ambitieuses, demandent davantage de ressources. Ils priorisent l'éradication de la pauvreté, les secteurs sociaux dont la santé et l'éducation, l'environnement et le développement rural. La SCP en lien avec le nouveau Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2015-2019, inclut l'accélération de la réalisation des ODD liés à la santé.

Cette SCP a ainsi l'avantage de pouvoir s'aligner aux documents nationaux tels que : le Plan national de développement 2015-2019, le Plan de développement du secteur de la santé 2015-2019 et la Stratégie nationale sur la CSU validée en décembre 2015.

Cette nouvelle SCP 2016-2020 prend en compte les priorités de l'agenda sanitaire mondial et régional, et fournit les orientations sur les priorités et la manière dont le bureau de l'OMS de Madagascar entend collaborer avec les autres niveaux de l'Organisation. Les six priorités de leadership de l'OMS et les autres priorités sur la gouvernance sont au cœur de la réforme pour l'effectivité de la vision de coopération de l'OMS avec Madagascar.

Le Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine, en cohérence avec la réforme mondiale de l'OMS, anime du point de vue stratégique, la mise en œuvre de la SCP, notamment sur les plans programmatique, de la gestion et de la gouvernance. L'accent est ainsi marqué sur l'atteinte des résultats qui sont attendus de l'équipe du bureau de pays avec une entière focalisation des capacités et actions techniques de l'OMS sur les priorités de la SCP reflétant les principaux problèmes de santé qui touchent la population.



Pr Charlotte Faty NDIAYE
Représentant de l'OMS à Madagascar



TABLE DES MATIERES

Préface	3
Avant-propos	5
Abréviations et acronymes	7
Résumé Exécutif	8
Section 1 : Introduction	10
Section 2 : Situation en matière de santé et de développement	12
2.1 Situation politique, sociale et macroéconomique du pays	12
2.2 Analyse de la situation sanitaire	13
2.2.1 Charge de la maladie et état de santé des populations	13
2.2.2 Réponse nationale face aux défis sanitaires	15
Section 3 : Coopération en faveur du développement, partenariat et contribution du pays à l'action sanitaire mondiale	22
3.1 Principaux partenaires dans le domaine de la santé	22
3.2 Collaboration avec le système des Nations Unies	24
3.3 Contributions du pays à l'action sanitaire mondiale	24
Section 4 : Revue de la coopération de l'OMS au cours du cycle précédent de la SCP	26
4.1 Appuis et principales réalisations de l'OMS	26
4.2 Perception de la coopération de l'OMS par les partenaires	30
Section 5 : Agenda stratégique de la coopération de l'OMS	32
5.1 Note méthodologique	32
5.2 Priorités stratégiques et domaines d'action prioritaires	32
5.3 Validation de l'agenda stratégique de la SCP	37
Section 6 : Mise en œuvre du programme stratégique : implication pour le Secrétariat	41
6.1 Rôle du Secrétariat	41
6.2 Utilisation de la SCP	41
6.3 Suivi et évaluation de la SCP	42
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46

Abréviations et acronymes

AC	:	Agent communautaire
AS	:	Agent de santé
BAD	:	Banque africaine de développement
BP	:	Budget-programme
BM	:	Banque mondiale
CHRD	:	Centres hospitaliers de référence de district
CHRR	:	Centre hospitalier de référence régional
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CS	:	Comité de santé
CSB	:	Centre de santé de base
CSU	:	Couverture sanitaire universelle
CTD	:	Collectivités territoriales décentralisées
DRSP	:	Direction régionale de la santé publique
DU	:	Développement humain
EAH	:	Eau, Assainissement et Hygiène
FANOME	:	Financement pour l'approvisionnement non-stop en médicaments
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
IHP +	:	Partenariat international en santé
IST	:	Infection sexuellement transmissible
MFB	:	Ministère des Finances et du Budget
MPPSPF	:	Ministère de la Population, de la Protection sociale et de la Promotion de la Femme
MSP	:	Ministère de la Santé publique
ODD	:	Objectifs de développement durable
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDSS	:	Plan de développement du secteur de la santé
PDRH	:	Plan de développement des ressources humaines
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PF	:	Planning familial
PGT	:	Programme général de travail
PIB	:	Produit intérieur brut
PNS	:	Politique nationale de santé
PNSC	:	Politique nationale en santé communautaire
PTF	:	Partenaires techniques et financiers
PVVIH	:	Personne vivant avec le VIH
RSI	:	Règlement sanitaire international
SIMR	:	Surveillance intégrée des maladies et riposte
SSD	:	Service de santé de district
UE	:	Union européenne
UNDAF	:	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence des États-Unis pour le développement international
VDPVc	:	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
VPO	:	Vaccin antipoliomyélitique oral

Résumé Exécutif

La stratégie de coopération entre l'OMS et Madagascar pour la période 2016-2020 est la révision de celle qui a couvert les années 2008 à 2013. Cette révision intervient après la crise politique de 2009-2014, période durant laquelle la stratégie de coopération 2008-2013 n'a pu être menée convenablement.

La stratégie 2016-2020 constitue le cadre de référence pour toutes les actions de santé que l'OMS compte mener en partenariat avec les autres acteurs impliqués dans le secteur. Elle prend en compte le Douzième programme général de travail (PGT) 2014-2019 qui oriente l'action de l'organisation en réponse aux défis sanitaires, ainsi que le Programme de transformation 2015-2020 sur la vision de la Région africaine pour les cinq prochaines années. La Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP) s'articule également avec le Plan de développement du secteur de la santé 2015-2019 et le nouveau Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2015-2019 qui incluent tous l'accélération de la réalisation des ODD liés à la santé.

Sur le plan économique, Madagascar en 2014, se place au 154^{ème} rang sur 187 pays pour l'Indice de développement humain. En 2012, bien que des inégalités sociales aient été constatées, le taux de pauvreté était de 72 %. En prenant le seuil de 2\$ par jour, 91 % de la population malgache est classée pauvre. Lors du lancement par le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-Moon, le 11 mai 2016 à Madagascar, du rapport sur « Le Coût de la faim en Afrique », il a montré sa préoccupation pour la situation de malnutrition dans le pays où 47 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance.

Sur le plan sanitaire, des efforts ont été réalisés par les différents acteurs du secteur afin d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des soins. La mortalité infanto-juvénile a

régressé, passant de 72 % en 2008 à 62 ‰ en 2013, et la mortalité infantile de 48 % en 2008 à 42 ‰ en 2013. Les objectifs du Millénaire en 2015 les fixaient à 56 ‰ (TMIJ) et à 31 ‰ (TMI). La lutte intense contre le paludisme a fait que le pays est actuellement en phase de contrôle, et 6 districts ont atteint la phase de pré-élimination. L'incidence du paludisme a diminué entre 2007 (39,13 ‰) et 2014 (18,8 ‰).

Cependant, la population est encore insuffisamment protégée face aux problèmes de santé. L'offre des services de santé ne donne pas pleine satisfaction, car les structures de santé ne sont pas toujours fonctionnelles et la qualité des services laisse à désirer. Le système souffre de dysfonctionnements sévères caractérisés par le manque de personnel et l'insuffisance et la vétusté d'une grande partie du patrimoine du réseau de soins. Un important déséquilibre existe dans la répartition géographique du personnel de santé, des formations sanitaires de base et des centres de référence au détriment des zones enclavées. L'épidémie de poliomyélite due aux 11 cas de VDPVc découverts en 2014 et 2015 a montré la faiblesse du système de vaccination de routine et de surveillance épidémiologique. Une épidémie de peste a causé 323 cas déclarés en 2015 avec un taux de létalité global de 28 %.

Quatre-vingt pour cent des décès maternels surviennent en dehors des formations sanitaires ; et le ratio de mortalité maternelle a été de 478/100000 naissances vivantes en 2012. Concernant la tuberculose, le taux de notification a été de 89/100000 habitants en 2014 avec une prévalence de 413/100000 habitants. La prévalence nationale du VIH a été estimée à 0,4 % en 2015. L'épidémie du VIH est de type concentrée. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, la prévalence est de 14,7 %.

Après la crise politique, des documents nationaux ont été élaborés, entre autres, le Plan de développement du secteur de la santé (PDSS) 2015-2019, la Stratégie nationale sur

la CSU, le Cadre d'opérationnalisation jusqu'au niveau périphérique des priorités du PDSS, la Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2015-2019.

Les revues conjointes du secteur de la santé ont été reprises. La coordination du groupe interne des partenaires en santé et celle de la mise en œuvre du volet santé de l'Effet 3 de l'UNDAF 2015-2019 fonctionnent sous l'égide de l'OMS.

Depuis décembre 2014, en vue d'interrompre la circulation du VDPVc, huit campagnes de vaccination contre la polio ont été réalisées et le remplacement du VPOt par le VPOb a été mené avec succès en avril 2016. Aucun enfant (« Zéro Dose ») n'a été observé parmi les cas de PFA notifiés. Les campagnes de traitement médicamenteux de masse contre la filariose, les schistosomiasés et les géohelminthiases ont été réalisées, ainsi que la cartographie des MTN. Les groupes vulnérables, qui s'exposent à des facteurs de risque particuliers

sont ciblés par des programmes spéciaux de prévention, de traitement et de soins.

Tout en aidant le pays à relever ses propres défis relatif au PDSS 2015-2019 dans la cadre de sa coopération, l'OMS devra veiller à appuyer :

- la mise en œuvre de la CSU en tant que défi du gouvernement pour mettre en place un dispositif d'assurance santé avec un fonds dédié, en vue de la prise en charge financière des soins de la majorité de la population pauvre ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique intégrée pour combattre l'épidémie de peste et les autres maladies à potentiel épidémique ;
- l'intensification de la surveillance épidémiologique et du renforcement de la vaccination de routine visant l'interruption de la circulation du VDPVc ;
- la relance de la mise en œuvre des principes du Partenariat international en santé (IHP+) en rapport avec les déclarations de Paris et de Busan ;
- la mise en œuvre de la réforme du SNU concernant l'initiative « Unis dans l'action » ;
- l'intégration au niveau national des efforts pour la mise en œuvre des priorités du PDSS, à celles de l'UNDAF.

Dans son agenda de coopération avec Madagascar, l'OMS a défini les six priorités stratégiques suivantes pour la période 2016-2020 :

- *Appui institutionnel au ministère de la Santé et renforcement de la gouvernance en faveur de la santé ;*
- *Renforcement du système de santé, y compris la CSU et les services de soins de santé intégrés, centrés sur les personnes ;*
- *Promotion de la santé tout au long du cycle de la vie, y compris l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, et de la nutrition ;*
- *Lutte contre le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles ;*
- *Amélioration de la sécurité sanitaire et gestion des conséquences des urgences et catastrophes ;*
- *Amélioration des résultats du bureau de pays dans le cadre des réformes programmatiques et gestionnaires de l'OMS.*

Section 1 : Introduction

L'engagement de l'OMS dans un processus de réformes entamé en 2010 s'est traduit par l'adoption du Douzième programme général de travail (PGT) 2014-2019 qui fixe

les six priorités de leadership qui orienteront l'action de l'Organisation en réponse aux défis sanitaires. Il s'agit notamment de :

- faire progresser la couverture sanitaire universelle ;
- s'attaquer au travail inachevé et aux défis à venir, et accélérer la réalisation des ODD liés à la santé, y compris l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite et de certaines maladies tropicales négligées ;
- relever le défi des maladies non transmissibles, de la santé mentale, de la violence et des traumatismes, ainsi que des handicaps ;
- appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international (RSI 2005), en veillant à ce que tous les pays puissent satisfaire aux prescriptions en matière de capacités prévues par le RSI ;
- améliorer l'accès à des produits médicaux essentiels, de grande qualité et abordables (médicaments, vaccins, produits diagnostiques et autres technologies sanitaires) ;
- agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé en tant que moyen de réduire les inégalités en santé au sein des pays et entre ceux-ci.

Dans la Région africaine de l'OMS, le Programme de transformation 2015-2020 consacre la vision du Secrétariat pour les cinq prochaines années, avec pour objectif de renforcer la capacité de l'Organisation à répondre aux besoins et combler les attentes des États Membres et des parties prenantes, en faisant preuve de plus d'efficacité, d'efficience, de responsabilisation, d'ouverture et de transparence. Cet agenda repose sur les quatre axes stratégiques prioritaires suivants : i) des valeurs prônant la production des résultats ; ii) une orientation technique intelligente ; iii) des opérations stratégiques répondant aux attentes ; et iv) une communication et des partenariats efficaces.

La politique de l'OMS en faveur des pays réconcilie les interventions de l'OMS avec les besoins des États Membres à l'échelle nationale. La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) est la pierre angulaire de cette politique et reflète la vision à moyen terme de l'OMS pour sa coopération technique avec un État Membre donné, dans le cadre général de la gestion basée sur les résultats .

Au plan national, la Politique nationale de santé de 2005 et le MAP de 2008 avec le Plan de développement du secteur de la santé (PDSS) 2007-2011 constituaient le cadre de référence

pour les interventions des partenaires dans le secteur de la santé. La crise politique, suivie de la réticence des Partenaires techniques et financiers à financer le PDSS 2007-2011, a arrêté la mise en œuvre de ce plan à partir de janvier 2009, alors que la deuxième génération de la Stratégie 2008-2013 de coopération de l'OMS était parfaitement alignée au PDDS. Aucun document cadre de coordination du secteur n'était plus disponible jusqu'en octobre 2015, date de signature par le ministère de la Santé et des PTF du nouveau Plan de développement du secteur de la santé couvrant la période 2015-2019.

Cette nouvelle SCP 2016-2020, qui prend en compte les fonctions essentielles de l'OMS ainsi que les priorités de l'agenda sanitaire mondial et régional, fournit les orientations sur les priorités et la manière dont le bureau de l'OMS de Madagascar entend collaborer avec les autres niveaux de l'Organisation et avec ses partenaires pour appuyer efficacement le pays dans la mise en œuvre de ses choix stratégiques contenus dans le PDSS 2015-2019, dans le cadre plus général de la mise en œuvre des objectifs de développement durable. La SCP 2016-2020 fournit également le cadre de référence pour l'élaboration des plans de travail biennaux et le calibrage de la présence de l'OMS dans le pays.

Le processus d'élaboration de cette stratégie de nouvelle génération a consisté en un processus participatif à travers :

- la mise en place d'un comité technique constitué des responsables techniques du bureau de pays et du ministère de la Santé représenté par le Directeur des Études et de la Planification ; ce comité technique a surtout travaillé sur la partie analyse situationnelle ;
- l'évaluation interne de la SCP 2008-2013 effectuée par le bureau de pays.
- l'analyse de la perception des partenaires du système des Nations Unies, du secteur public et des institutions intervenant dans le secteur de la santé avec l'appui du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO) ;
- la validation de l'agenda stratégique avec les partenaires techniques et financiers et les directions techniques du ministère de la Santé.



Campagne Polio 2015 dans le sud de Madagascar

(1) Organisation mondiale de la Santé, Politique de l'OMS centrée sur les pays : de la formulation des stratégies de coopération avec les pays à l'évaluation de la contribution de l'OMS aux programmes nationaux 2006-2013, Genève (Suisse), 2008.

(2) Organisation mondiale de la Santé, Guide 2014 pour la formulation des stratégies OMS de coopération avec les pays, Genève (Suisse), 2015.

Section 2 : Situation en matière de santé et de développement

2.1 Situation politique, sociale et macroéconomique du pays

Située à 300 km du Mozambique, Madagascar est une grande île de 587 047 km². Le pays est subdivisé en 6 provinces, 22 régions, 119 districts et 1695 communes. Les régions et les communes sont des collectivités territoriales décentralisées organisées au sein des provinces.

Sa population en 2010 était estimée à plus de 20 millions d'habitants (EPM) avec une croissance annuelle moyenne de 2,5 % pour la période 2010-2015. La population malgache, majoritairement rurale (80 %), se caractérise par sa très grande jeunesse avec près de la moitié (47 %) âgée de moins de 15 ans.

Les crises politiques et institutionnelles successives, dont celle de 2009 à 2014, ont eu un impact très sévère sur le développement socio-économique de Madagascar et ont aggravé la pauvreté. En 2012, le taux de pauvreté était de 72 % (pour l'accès au panier alimentaire minimal de 2133Kcal/jour -ENSOMD). En prenant le seuil de 2\$ par jour, 91 % de la population malgache est classée pauvre. Quinze régions sur 22 ont un taux de pauvreté dépassant les 80 %. Le taux d'extrême pauvreté avoisinait 52 % en 2012. Des inégalités sociales importantes sont également constatées, 20 % des ménages les plus riches consommant près de 48 % de la masse totale des dépenses, contre 20 % des plus pauvres consommant 6 %.



Antananarivo, Capital de Madagascar

Sur le plan économique, en 2013, Madagascar occupait le 151ème rang sur 187 pays pour l'Indice de développement humain (PNUD/DH 2014), le 118ème selon Transparency International et le 142ème selon Doing Business. Le PIB a reculé de -3,7 % en 2009, a connu une stagnation en 2010, une très légère reprise en 2011 (1,9 %) et une reprise en 2012 et 2013 autour de 3 % par an. La croissance économique qui est bien en-deçà de l'évolution démographique a entraîné une régression notable du revenu par habitant, qui est passé de US \$510 en 2008 à US \$448 en 2010 (INSTAT).

Selon l'EPM 2010, les travailleurs indépendants occupaient 77,4 % des emplois, et 60 % d'entre eux vivaient en dessous du seuil de pauvreté. En 2012, les unités de production individuelles hors agriculture et élevage employant environ 3,3 millions de personnes étaient des unités de production informelles.

Le pays subit également presque tous les ans les effets néfastes des cyclones de grande intensité suivis d'inondations, qui anéantissent les efforts de développement et maintiennent la population dans un état de pauvreté.

2.2 Analyse de la situation sanitaire

2.2.1 Charge de la maladie et état de santé des populations

Le taux d'incidence de la maladie pour l'ensemble du pays est de 11,1 %, avec un taux supérieur à la moyenne dans certaines régions comme Diana (15,7 %), Menabe (14,3 %), Vavovavy Fitovinany (16,7 %), Atsinanana (14,9 %), etc. (ENSOMD).

Maladies transmissibles. Quatre cent à six cent cas suspects, probables ou confirmés de peste sont rapportés annuellement. La saison épidémique 2014-2015 a vu particulièrement la résurgence de cette maladie. En 2015, le pays a connu une épidémie de peste où l'on a enregistré 323 cas déclarés et un taux de létalité global de 28 %.

La prévalence nationale du VIH en 2015 est estimée à 0,4 % pour les deux sexes. Mais elle est de type concentré, avec 14,7% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 7,1% chez les utilisateurs de drogue injectable, 0,29% chez les professionnels de sexe, et 0,32% chez les patients IST. Le traitement aux antirétroviraux n'est offert que dans 60 formations sanitaires avec seulement 1451 personnes parmi la file active de 2058 PVVIH qui bénéficient d'une prise en charge effective en ARV. Le taux de co-infection TB/VIH est de 4,3 %. L'offre des services de dépistage de la co-infection TB/VIH reste limitée : seulement 4019 patients de tuberculose ont effectué un test VIH sur les 11982 attendus.

Le taux de notification de la tuberculose était de 89/100 000 habitants en 2014 (l'OMS estime la prévalence de la tuberculose à 413/100 000 habitants). L'incidence a maintenu un rythme de croissance de 5 % par an au cours des cinq dernières années. Cette situation résulte de l'insuffisance de l'implication des districts sanitaires dans la lutte contre la tuberculose et de la faiblesse du leadership dans la gestion du programme. Cependant, le taux de résistance secondaire (3,2 %) reste faible.

Le pays est encore en phase de contrôle du paludisme malgré l'existence de six districts qui ont atteint la phase de pré-élimination. Le

taux de positivité des tests a été de 35 % en 2009. Il a diminué à 30 % en 2011, puis a augmenté progressivement pour atteindre 50 % en 2014 et 2015. Toutefois, des progrès sont enregistrés dans la lutte contre le paludisme avec une diminution de 52 % de l'incidence entre 2007 (39,13/1000) et 2014 (18,8/1000). Plusieurs facteurs ont contribué à l'augmentation des cas de paludisme ces dernières années. Il s'agit particulièrement de la baisse de performance du système de santé, la dépendance au financement extérieur, la durabilité effective des moustiquaires qui couvre moins de 3 ans, la difficulté d'acheminement des intrants vers les zones enclavées et les aléas climatiques.

En plus d'être confronté annuellement à des cyclones tropicaux souvent aggravés par des inondations, à des sécheresses dans le Sud, accompagnées de crises alimentaires, le pays subit des urgences sanitaires sous forme de flambées épidémiques de maladies transmissibles.



Parmi les maladies tropicales négligées, la filariose lymphatique est endémique dans 98 districts sur 112, avec une prévalence moyenne de 8,91 %, d'après une enquête de cartographie réalisée par ICT en 2005. Les schistosomiasés, urinaire et intestinale, sont endémiques dans 95 districts sur 112 et les helminthiases transmises par le sol affectent toute la population, en particulier les enfants de 5 à 15 ans. La prévalence est de 20 % à 80 % selon les études et données périodiques des formations sanitaires. La lèpre est encore endémique dans plus de 45 districts de santé.

Maladies non transmissibles. Elles sont responsables de 49 % des décès dans le pays. L'enquête STEPS menée en 2005 montre l'existence de facteurs de risque. La prévalence du tabagisme est de 20 % et celle de la consommation d'alcool de 32 %. Trente-six pour cent de la population présentent une HTA. On estime à environ 880 000 cas le nombre de diabétiques, dont 3 % seulement sont dépistés par les services existants. Les accidents vasculaires cérébraux sont la première cause de mortalité hospitalière et de handicap. Seulement 1500 cas de cancer sont dépistés chaque année pour un état estimé de 20 000 cas, dont 50 % de cancers gynécologiques. La lutte contre les maladies non transmissibles souffre d'une insuffisance de partenariat, avec une mise à l'échelle très partielle des activités de lutte et un accès très limité aux soins, en raison du coût prohibitif de la prise en charge de ces maladies. Par ailleurs, les accidents de la route représentent 57,5 % des cas de traumatismes reçus dans les services d'urgence desdits centres, d'après une enquête sur les traumatismes et violences réalisée entre 2009 et 2010 dans les centres hospitaliers.

Mortalité maternelle et néonatale. Le ratio de mortalité maternelle a été de 478/100 000 naissances vivantes (ENSOMD 2012). La mortalité néonatale reste encore préoccupante car elle présente une tendance à la hausse, passant de 24/1000 naissances vivantes en 2008 à 26/1000 en 2012.

Les décès maternels surviennent surtout au niveau de la communauté. La notification effectuée à travers les SMS dans les régions a montré que 80 % des décès maternels surviennent en dehors des formations sanitaires. Plus de 43 % des décès surviennent chez les jeunes de moins de 24 ans et plus du tiers (34 %) chez les adolescentes de 15 à 19 ans.

Plus de la moitié des décès néonataux surviennent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. La hausse des décès néonataux est certainement due aux relâchements observés dans les pratiques d'allaitement et de vaccination au cours de la grossesse.

Mortalité infantile et infanto-juvénile. Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans restent élevés. Ils étaient de 62 ‰ en 2013 pour la mortalité infanto-juvénile et de 42 ‰ pour la mortalité infantile. Les objectifs du Millénaire en 2015 les fixent à 56 ‰ (TMIJ) et à 31 ‰ (TMI). L'insuffisance pondérale (28 % en 2010) et la malnutrition chronique (47 % en 2012) des enfants de moins de 5 ans, affectent beaucoup plus les hautes terres centrales. Selon l'ENSOMD 2012, 65,8 % seulement des nouveau-nés bénéficient d'une mise au sein précoce dans l'heure qui suit l'accouchement. Le retard de croissance, l'insuffisance pondérale à la naissance et l'émaciation sont les principales manifestations de la malnutrition.

Santé des adolescents et des jeunes. Elle est surtout menacée par des phénomènes persistants ou croissants souvent liés aux pratiques socioculturelles préjudiciables telles que les grossesses précoces, les IST et le VIH, les avortements clandestins, la consommation de tabac et de drogues.

Déterminants sociaux et environnementaux. Concernant les violences à caractère sexiste, les femmes sont surtout victimes de violence physique (26 %), d'abandon du foyer conjugal (39 %) et de violence sexuelle (11 %). Le pays est identifié comme étant le 3ème pays le plus vulnérable aux effets du changement climatique. Seulement 1/3 de la population rurale et 2/3 de la population urbaine avaient accès à une source d'eau potable en 2010, et 15 % de la population avait accès à l'assainissement (JMP OMS/UNICEF). Des ressources suffisantes sont nécessaires pour le renforcement des capacités dans les domaines de santé et environnement, changement climatique et santé, santé au travail et déterminants sociaux de la santé.

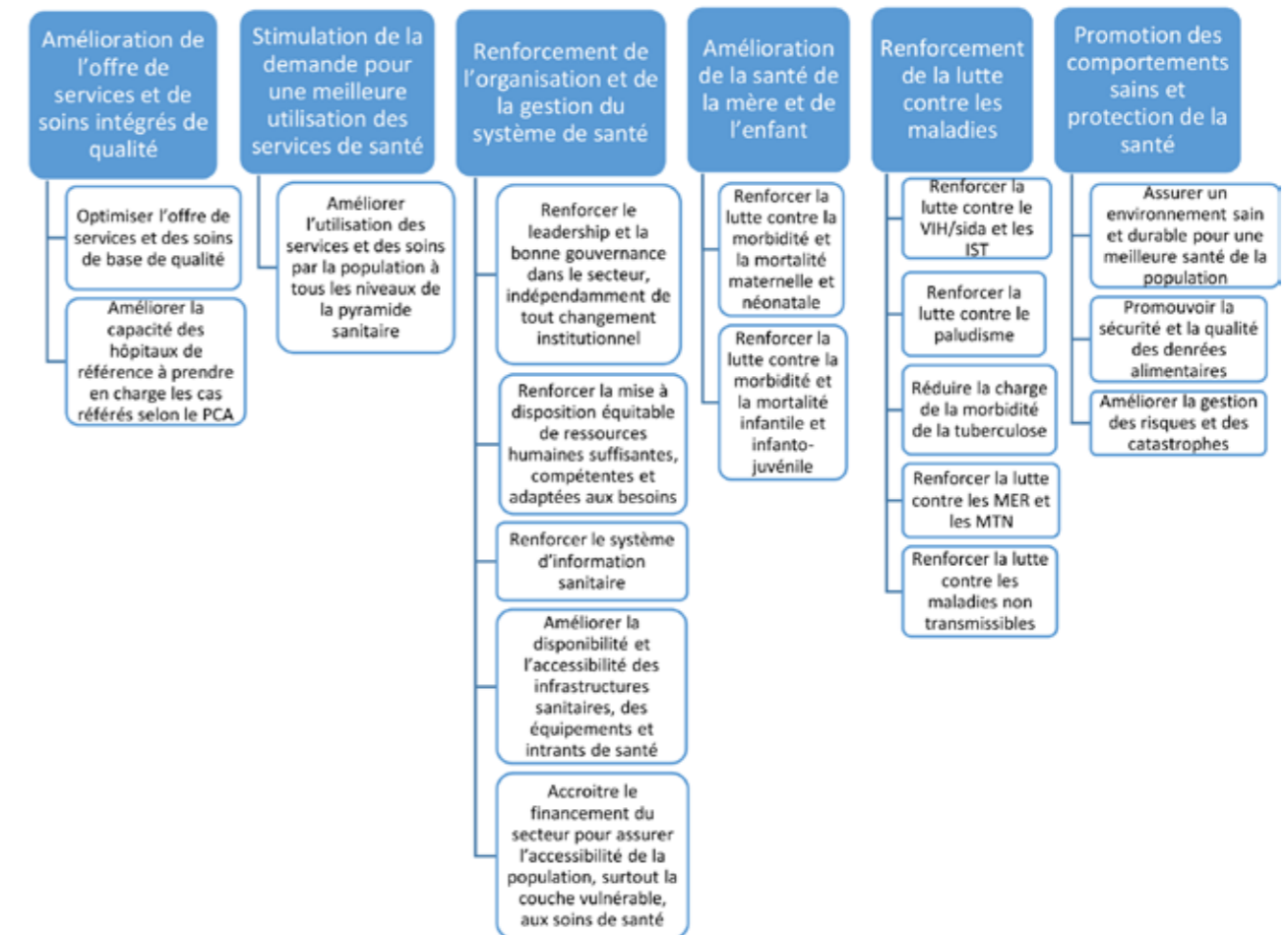
2.2.2 Réponse nationale face aux défis sanitaires

a) Politiques, stratégies et plans nationaux en matière de santé

Madagascar dispose d'une Politique nationale de santé (PNS) en cours de réactualisation, qui poursuit les buts suivants : i) améliorer l'état de santé des populations ; ii) développer le système de santé ; iii) améliorer la protection sociale contre les barrières financières à l'accès aux services et soins de santé de qualité ; iv) assurer l'équité du financement.

Le pays s'est doté d'un Plan de développement du secteur de la santé couvrant la période 2015-2019, qui est le document de référence devant guider le processus de redressement de la situation sanitaire. Le PDSS comporte six (6) axes prioritaires déclinés en objectifs globaux, en objectifs spécifiques et en interventions prioritaires.

Axes prioritaires et objectifs globaux du PDSS



En décembre 2015, le pays a élaboré avec l'appui de ses partenaires, la Stratégie nationale sur la Couverture Santé Universelle qui définit les principes fondamentaux, les orientations et le dispositif institutionnel pour la mise en œuvre de la CSU dans le cadre plus global de la Politique nationale de protection sociale.

Madagascar dispose également d'autres documents de politique et de stratégie sous-sectorielle dont les principaux sont les suivants : la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ; les documents de stratégie nationale sur la cybersanté, la lutte contre la tuberculose et la lutte contre le cancer du col utérin ; les politiques nationales sur la lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, la contractualisation, la santé communautaire et la lutte contre le paludisme ; les plans stratégiques de renforcement du système d'information sanitaire et de lutte contre le paludisme, ainsi que le Plan national d'adaptation du secteur santé aux changements climatiques. Le pays dispose également d'une politique nationale en santé et environnement.

b) Organisation du système de santé

Le système de santé est échelonné et comprend 4 niveaux :

- le niveau central en charge de la coordination générale et des orientations politiques et stratégiques du secteur ;
- le niveau intermédiaire ou régional avec pour mission de planifier et d'appuyer les districts de santé pour atteindre les objectifs sanitaires du pays ;
- le niveau périphérique ou de district pour la mise en œuvre ;
- le niveau communautaire qui participe à la promotion de la santé, au fonctionnement et à la gestion des structures sanitaires de base.

Du bas vers le haut, l'offre de soins comprend le niveau communautaire, les CSB offrant le PMA (2563 CS publics et 87 CS privés), la 1ère référence hospitalière avec son PCA (87 hôpitaux publics et 95 hôpitaux privés) et les 22 CHU.



OMS Madagascar/Hery

Switch: Avril 2016

c) Prestations de services et qualité des soins

Le système souffre de dysfonctionnements sévères caractérisés par l'insuffisance et la vétusté d'une grande partie du patrimoine du réseau de soins. Un important déséquilibre existe dans la répartition géographique des formations sanitaires de base et centres de référence, au détriment des zones enclavées. Le système de référence contre référence pour le continuum de soins n'est pas effectif à cause de l'éloignement géographique et l'absence d'orientation stratégique. L'on note une insuffisance de coordination des secteurs publics et privé et le non harmonisation de l'approche, ainsi que la mauvaise articulation du dispositif communautaire avec le système de santé. L'accès de la population aux soins de santé de qualité demeure insuffisant (près de 40 % de la population est localisée à plus de 5 km d'une structure sanitaire). Cet accès est également très inéquitable au plan financier, car seules les populations favorisées, largement minoritaires, peuvent accéder aux services de santé de qualité, notamment privés.

La performance du système de santé en termes d'indicateurs de couverture en soins est illustrée dans le tableau ci-dessous.

Indicateurs	Taux de couverture	Source
DTC Hep Hib 3	89 %	PEV/MS 2014
VAR	87 %	PEV/MS 2014
Prévalence contraceptive	33 %	ENSOMD 2012-2013
Soins prénataux (4+)	51 %	ENSOMD 2012-2013
Accouchements assistés	44 %	ENSOMD 2012-2013
Accouchements aux centres de santé	38 %	ENSOMD 2012-2013
Soins curatifs (consultation externe)	35,7 %	ENSOMD 2012-2013
Disponibilité de médicaments traceurs	87 %	FANOME/MSP
Enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre et ayant pris un anti-paludique	11,3 %	MIS 2013

Le taux d'utilisation de la consultation externe reste faible avec une tendance à la régression (37,6 % en 2008 contre 35,7 % en 2013). La couverture vaccinale en DTC HepB Hib 3 en 2013 (90 %) et 2014 (89 %) reste stable. Il en est de même pour le VAR qui se situe à 87 % en 2014. Mais ces chiffres présentent un écart de 16 % par rapport aux estimations de l'OMS et de l'UNICEF.

d) Ressources humaines en santé

Un déficit important en RHS tant en quantité qu'en qualité persiste, malgré les efforts déployés en matière de formation et recrutement pour une couverture sanitaire dans les normes. La fonctionnalité et la performance des formations sanitaires en sont ainsi handicapées. En 2015, le MS a recensé 16 740 agents fonctionnaires, dont 26,03 % de médecins et 37,90 % de paramédicaux.

Les régions disposent du plus grand nombre de professionnels de santé (88,5 %), dont 42 % sont des paramédicaux. Une proportion écrasante de médecins (72 %) opère dans les centres urbains mais couvre une petite proportion de la population (21 %). Les 46,6 % des CSB2 censés être tenus par un médecin n'en disposent pas, et plus de la moitié des CSB (51,9 %) sont gérés par un seul agent. Il est prévu en 2015 le départ à la retraite de 646 agents de santé.

e) Gestion de l'information sanitaire

Les principaux problèmes en matière de SIS sont caractérisés par la discordance des informations sanitaires du pays, l'existence d'un système multiple et non coordonné

de traitement des informations, le caractère incomplet et le retard dans la production des rapports d'activités, ainsi que la faible utilisation des données existantes pour la prise de décision à chaque niveau. Il n'existe pas de mécanisme de suivi-évaluation unique et conjoint ni de mécanisme de suivi efficace et opérationnel à tous les niveaux. L'absence de planification et de coordination de la recherche en santé fait que les recherches exécutées sont inadéquates par rapport aux besoins nationaux.

La détection à temps des éclosions d'épidémies n'est pas réelle dans toutes les formations sanitaires et la promptitude des rapports reste faible. La surveillance hebdomadaire, axée sur la surveillance des maladies à risque épidémique, est organisée selon une approche de surveillance intégrée des maladies et riposte sur l'ensemble des 112 districts et une approche sentinelle avec 50 sites. Les évaluations, la mobilisation des ressources et la réponse sont mises en œuvre conjointement avec les partenaires extérieurs dans le cadre d'une approche cluster autour du ministère de la Santé et de l'OMS. L'épidémie de poliomyélite due à 11 cas de VDPVc et un (01) cas de VDPVa en 2014/2015 montre la faiblesse du système de vaccination de routine et de surveillance épidémiologique.



OMS Madagascar

Réfrigérateurs solaires

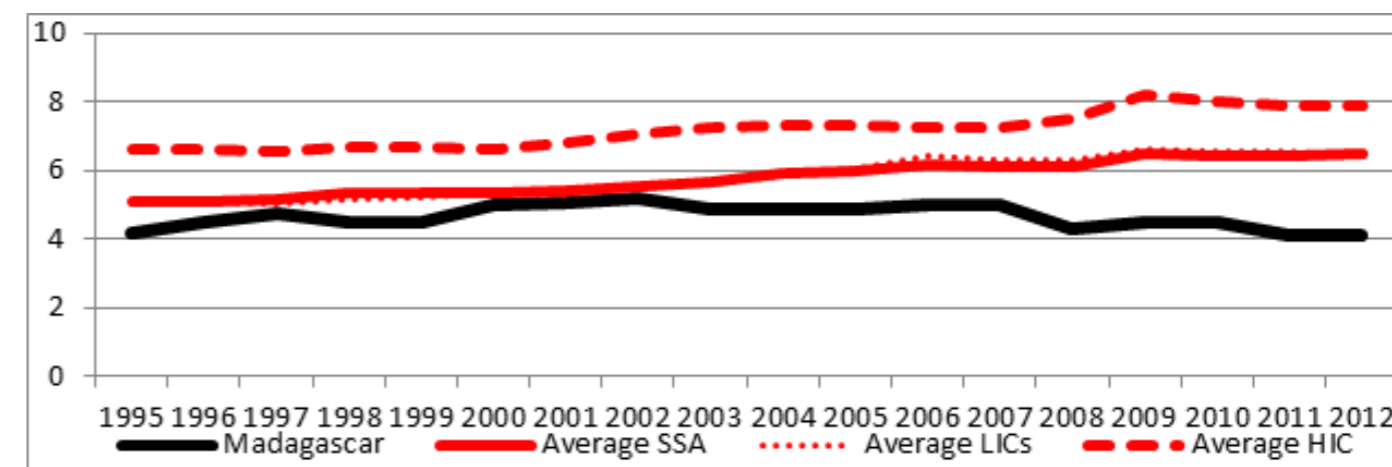
f) Produits de santé et technologies médicales

La disponibilité de médicaments de qualité pose un réel problème et les défaillances systématiques dans la gestion et le suivi, ainsi que les problèmes logistiques de distribution perturbent le système. La qualité des médicaments n'est pas toujours conforme aux normes fixées par l'OMS. Les problèmes d'approvisionnement ne sont pas seulement liés à l'enclavement saisonnier des centres de santé, mais également aux défaillances relatives à la distribution entre les pharmacies de district et la Centrale d'achat des médicaments. Une décapitalisation progressive des structures d'approvisionnement à tous les niveaux et une tendance au développement de circuits parallèles d'approvisionnement, ainsi que la prolifération des marchés illicites constituent actuellement de réels problèmes. Le financement alloué par le ministère de la Santé pour l'achat des médicaments a connu une baisse considérable en cinq ans, et l'achat des intrants des programmes verticaux est tributaire des financements extérieurs. Une législation est en vigueur sur la production, l'homologation et la commercialisation des produits de santé tels que les médicaments, les vaccins et les dispositifs médicaux

cosmétiques. Une commission nationale d'enregistrement évalue régulièrement tous les dossiers techniques pour toute nouvelle demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) avec contrôle de qualité au sein des laboratoires.

g) Financement de la santé

Le total des dépenses en santé a baissé à 4,3 % du PIB en 2012, alors que la moyenne des pays d'Afrique sub-saharienne (ASS) était supérieure à 6 %. En moyenne, le total des dépenses en santé à Madagascar s'est élevé à 4,3 % de ce PIB entre 2009 et 2012, contre 4,8 % au cours des quatre années qui ont précédé la crise (2005-2008). Les dépenses par habitant en valeurs réelles sur la santé n'ont pas changé depuis 1995, se situant autour de US \$20.



Source : données GHED/OMS

Entre 2009 et 2013, 80 % des finances publiques dans le secteur de la santé provenaient de fonds externes. Cette situation soulève de graves inquiétudes quant à la pérennité, à l'appropriation et à l'efficacité des ressources existantes (Revue des dépenses publiques 2015). La part du budget de l'État consacrée à la santé est 9,2%, dont 7,7% relèvent du Ministère de la santé en 2016. Ce qui est encore loin de l'engagement de 15 % pris par les Chefs d'État à Abuja. Depuis 2009, les dépenses salariales ont pris de plus en plus d'importance dans le budget du secteur au détriment des dépenses d'investissement. En 2008, 26 % du budget ont été alloués aux dépenses d'investissement contre 3 % en 2013. L'insuffisance du budget de l'État pour la santé ne permet pas d'assurer la fourniture des soins de qualité.

Bien que très faible par rapport au budget de l'État (1,8 % en 2012), le recouvrement des coûts à travers le FANOME assure le réapprovisionnement des formations sanitaires publiques en médicaments. Cependant, si les dépenses courantes de santé par habitant s'élèvent à US \$20,7 en 2010, 40 % de ces dépenses sont prises en charge par les ménages. Malgré l'existence du fonds d'équité, le paiement direct constitue un frein à l'accès aux soins chez la population majoritairement pauvre. Le faible accès financier aux soins est favorisé par l'absence d'un système approprié de prépaiement des soins pour une large couverture sanitaire de la population incluant le secteur informel et le milieu rural.

h) Leadership et gouvernance dans le secteur de la santé

Les acquis en matière de bonne gouvernance avant la crise sociopolitique de 2009 à 2013, à l'instar du début de la décentralisation du système de santé qui confie aux communes et aux régions une responsabilité dans le domaine de la santé ne sont pas appliqués. Les avancées avec la réforme des finances publiques basée sur le budget-programme et la lutte contre la corruption au niveau du secteur de la santé, n'ont pas été préservées. La capacité d'assurer la continuité des activités et la fonction d'orientation stratégique pour limiter la déstabilisation du système sont faibles.



D'importants défis et enjeux se posent encore actuellement pour le développement sanitaire. Il s'agit de :

- la mise en place progressive d'un organisme d'assurance santé couvrant une large partie de la population à travers la CSU, afin de faire face à la vulnérabilité croissante de la population en raison de la faiblesse de son revenu et aux mauvaises conditions de santé ;
- la disponibilité de plateaux techniques adéquats et l'effectivité du continuum des soins pour un meilleur accès aux soins de qualité et combler l'insuffisance en offre de soins, y compris les SONU ;
- la mise à l'échelle de la surveillance et la revue des décès maternels en vue d'une réduction palpable de la mortalité maternelle et néonatale ;
- l'existence d'un système de vaccination de routine performant, facilitant également l'éradication de la poliomyélite ;
- la mise à l'échelle du diagnostic moléculaire (GenXpert) et l'amélioration de l'accès à la prise en charge des tuberculeux ;
- la pérennisation des interventions et le maintien des acquis du programme de lutte contre le paludisme et l'effectivité d'un système d'approvisionnement stable et pérenne des médicaments jusqu'au niveau communautaire ;
- l'action intégrée contre les facteurs de risque et l'intégration de la prise en charge des traitements des maladies non transmissibles à travers des mécanismes de protection contre les risques financiers liés à l'accès aux soins ;
- le développement d'un véritable plan stratégique de gestion des risques de catastrophes ;
- la mise en place de capacités optimales de fonctionnalisation du système SIMR pour la mise en œuvre des dispositions du RSI (2005), y compris l'harmonisation et la mise à l'échelle de la surveillance électronique avec une base de données unique ;
- le renforcement du leadership par une contribution financière accrue de l'État et la mobilisation d'autres partenaires pour la lutte contre les MTN ;
- la mise à l'échelle de la chimiothérapie préventive intégrée et l'élimination de la lèpre au niveau des districts ;
- l'assurance d'un approvisionnement approprié en intrants de santé de qualité jusqu'au niveau de la communauté et de leur accessibilité par les patients ;
- l'équilibre de la répartition des RHS entre zones urbaines et zones plus reculées à travers la mise en place d'un cadre institutionnel approprié pour faciliter le déploiement, la fidélisation et l'amélioration de la performance du personnel, ainsi que la mise en œuvre de la politique nationale de formation en santé pour répondre aux besoins en personnels ;
- la mise en place d'un plan de Gestion prévisionnelle et préventive des emplois, des effectifs et des compétences (GPPEEC) pour améliorer l'offre de soins et la gestion des responsabilités et des carrières ;
- la non disponibilité d'infrastructures EAH fonctionnelles dans toutes les formations sanitaires et l'absence de systèmes de gestion des déchets médicaux ;
- la disponibilité des ressources nécessaires pour les actions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, ainsi que les effets du changement climatique sur la santé.

Section 3 : Coopération en faveur du développement, partenariat et contribution du pays à l'action sanitaire mondiale

3.1 Principaux partenaires dans le domaine de la santé

Les principaux intervenants dans le domaine de la santé sont résumés dans le tableau suivant :

Partenaires	Domaines d'intervention
UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> - Santé de la mère et de l'enfant et vaccination - Nutrition - WASH - Renforcement du système de santé/CSU - Lutte contre le paludisme
UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> - Santé maternelle et néonatale - Planning familial et population
USAID	<ul style="list-style-type: none"> - Santé de la mère et de l'enfant et vaccination - Renforcement du système de santé/CSU - Lutte contre le paludisme
BM	<ul style="list-style-type: none"> - Santé de la mère et de l'enfant - Lutte contre les maladies - Renforcement du système de santé/CSU - Réponses aux urgences
Coopération Monégasque	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le paludisme, VIH/sida et filariose - Renforcement du système de santé/CSU
AFD/FRANCE	<ul style="list-style-type: none"> - Santé de la mère et de l'enfant - Lutte contre les maladies - Renforcement du système de santé/CSU
BAD	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre les maladies - Renforcement du système de santé/CSU - Réponses aux urgences et catastrophes
ONUSIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le VIH/sida
PNUD	<ul style="list-style-type: none"> - Réponses aux urgences et catastrophes
FM	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida - Renforcement du système de santé
GAVI	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination - Renforcement du système de santé

L'ensemble des partenaires adhère à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de développement de la couverture en santé universelle. Mais certains programmes tels que la lutte contre les MTN, souffrent d'un manque de financements.

Un cadre d'opérationnalisation et de suivi de la mise en œuvre des priorités du PDSS aux niveaux intermédiaire et périphérique par les PTF est en cours d'élaboration pour améliorer la coordination et l'alignement des besoins et priorités du pays en vue de l'atteinte des résultats fixés dans le PDSS.

Une culture et une approche conjointe d'évaluation de la redevabilité mutuelle ne sont pas encore instaurées ni entre les différents acteurs du secteur, ni dans les différents niveaux du système de santé. Pourtant, une telle approche est nécessaire pour apprécier l'unicité des efforts fournis et l'efficacité de l'utilisation des ressources disponibles.

De plus, l'harmonisation des plans de renforcement à différents niveaux des structures du système de santé proposés par différents programmes verticaux, doit se référer à une stratégie unique nationale de renforcement du système de santé pour ne pas affaiblir le système existant.



3.2 Collaboration avec le système des Nations Unies

L'équipe-pays des Nations Unies et le gouvernement de la République de Madagascar ont conduit l'exercice de formulation de l'UNDAF 2015-2019 selon une démarche participative impliquant les représentants de l'administration, du secteur privé et des organisations non gouvernementales, ainsi que les agences des Nations Unies. Ce processus participatif a permis de dégager trois effets majeurs attendus. En matière de santé, les actions du système des Nations Unies sont centrées sur la contribution à la formulation des principaux cadres programmatiques de développement à moyen et long terme du secteur, et le renforcement du système de santé en vue de l'utilisation de services intégrés de santé de qualité, surtout pour les femmes et les enfants, et en particulier dans les régions ciblées. Elles mettent l'accent sur (i) les objectifs de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile; (ii) l'amélioration de l'accès universel aux dépistages du VIH et traitement ARV; (iii) l'amélioration de la situation nutritionnelle, surtout la réduction de la malnutrition chronique parmi les enfants de moins de 5 ans. Il s'agit

ainsi d'accélérer le processus de réduction de la mortalité maternelle et néonatale à travers le renforcement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la vulgarisation de la planification familiale et l'accouchement assisté dans les structures de santé. Les interventions viseront également à redresser le niveau de couverture vaccinale chez les enfants et les femmes, en adoptant des stratégies de proximité pour rattraper les non-vaccinés, à combattre la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans, à renforcer la nutrition des femmes enceintes et allaitantes. La prévention et le traitement des diarrhées, de la pneumonie et du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans feront partie intégrante des appuis du système des Nations Unies. Les communautés seront accompagnées en vue d'une meilleure utilisation des services de santé intégrés à travers des actions d'information, de sensibilisation et de formation.

Les stratégies appropriées seront également mises en œuvre pour assurer le renforcement d'un système de santé intégré et le contrôle des principales maladies transmissibles comme la tuberculose et le paludisme.



3.3 Contributions du pays à l'action sanitaire mondiale

Avec l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM), le pays dispose de plusieurs centres nationaux de référence internationale et d'un centre collaborateur OMS pour le diagnostic, la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles. En plus d'être le laboratoire national de référence, le laboratoire central de la peste, basé à l'IPM, est un centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la lutte contre la peste depuis plusieurs années. Ce laboratoire joue un rôle important dans la confirmation des cas de peste au niveau national, régional et international. L'IPM est aussi le laboratoire de référence pour la surveillance du PFA et de la rougeole. A travers son Unité Virologie, il assure par ailleurs la confirmation des cas de grippe, d'arboviroses et des fièvres hémorragiques virales, non seulement au niveau national, mais aussi pour certains pays membres de la COI, notamment les Comores.

Cependant, Madagascar n'a pas encore pu satisfaire pleinement aux exigences de mise en place des capacités minimales requises à la mise en œuvre effective du RSI, en particulier au niveau des points d'entrée. Le pays a par conséquent émis deux demandes successives de prolongation de délai de deux années supplémentaires pour la mise en place de ces capacités minimales, assorties à chaque fois d'un plan d'action pour y arriver. Des évaluations, notamment du Système national de surveillance des maladies, ont été réalisées pour apprécier les capacités du pays à mettre en œuvre le RSI.

En 2004, Madagascar a ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Au cours du cycle 2008-2013, les réglementations et les actions ont été renforcées pour le remplacement obligatoire des mises en garde sanitaires en photos et/ou images figurées sur les unités de conditionnement des produits du tabac en vente. Un arrêté portant interdiction de fumer dans tous les lieux intérieurs et transports publics a aussi été signé.

La politique nationale révisée de lutte contre les maladies non transmissibles réoriente la lutte vers les soins de santé primaires, y compris l'implication des communautés, pour une prévention primaire et une prise en charge à la base des principales maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque communs.

Dans le cadre de la construction des services centrés sur le patient, l'actuel cheminement vers la Couverture santé universelle réoriente les services de santé en vue de supprimer les fragmentations constatées de l'offre de soins, et cherche à impliquer les personnes dans le processus pour obtenir des services de qualité appropriés et s'assurer de la redevabilité des agents de santé.

Un plan national de préparation et de riposte aux pandémies et épidémies majeures est disponible depuis 2014. Ce plan révisé un plan précédant de 2009 adressant la préparation et la réponse à la pandémie de grippe A/H1N1, en l'élargissant selon une approche multirisque, à toute urgence de santé publique majeure, dont celles susceptibles d'avoir une portée internationale. Madagascar dispose en 2016 d'un plan national révisé de préparation et de riposte aux épidémies de polio.

Par contre, il n'existe pas encore au niveau du pays de mécanisme intersectoriel pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques sectorielles.

Section 4 : Revue de la coopération de l'OMS au cours du cycle précédent de la SCP

4.1 Appuis et principales réalisations de l'OMS

La crise politique de 2009 a entraîné une réticence des Partenaires techniques et financiers (PTF) à continuer de financer le PDSS 2007-2011 qui a servi de base pour l'élaboration de la SCP 2008-2013. Ce gel dans la mise en œuvre du PDSS a eu un impact sur celle de la Stratégie de coopération 2008-2013.

Les interventions en matière de santé, effectuées par les Partenaires techniques et financiers ont été essentiellement à caractère humanitaire. Par ailleurs, la majorité des PTF n'a plus travaillé avec le ministère de la Santé, mais a opéré directement sur le terrain ou à travers des ONG au niveau communautaire, au point de créer des structures parallèles à celles du système de santé publique. Aucun document-cadre de développement du secteur de la santé n'a été mis à jour, bien que des politiques sous-sectorielles aient existé. Dans un contexte de crise qui a duré six ans, le gouvernement malgache a dû faire face à des défis énormes avec des ressources très limitées.

En 2011, l'élaboration d'un plan intérimaire, étalé sur deux ans (2012-2013), a été décidée à l'initiative du ministère de la Santé, dans le but de réduire les impacts négatifs de la crise sur la santé de la population. Le plan a été également conçu pour sauvegarder les acquis relatifs aux OMD, notamment en ce qui concerne la réduction de la mortalité infantile-juvénile. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan intérimaire, l'OMS a appuyé le ministère de la Santé pour limiter la dégradation de la santé de la population et l'effondrement du système de santé, à travers la poursuite de la mise en œuvre des plans biennaux.

Programme Budget	Budget alloué US\$	Budget dépensé US\$	Taux d'exécution (%)
2010-2011	4 583 128	3 96 4164	86,5 %
2012-2013	7 322 627	5 533 411	75,5 %
2014-2015	15 298 928	13 744 539	89,8 %

A travers ses actions au cours de la période de l'ancienne SCP, l'OMS a joué le rôle de conseil, d'appui technique dans ses domaines d'interventions prioritaires, et de plaidoyer. Elle a contribué au renforcement des capacités et à l'appui aux efforts de coordination des PTF, ainsi qu'à l'harmonisation des activités techniques et à la mobilisation des partenaires autour des différents programmes.

Priorités stratégiques	Résultats obtenus
Appui institutionnel au ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de développement budgétisé du secteur de la santé pour la période 2015-2019 (PDSS 2015-2019) disponible, et révision de la politique nationale de contractualisation pour renforcer le partenariat en santé. - Développement de la stratégie nationale sur la CSU en vue d'améliorer l'accès aux soins de qualité et protéger les individus et leur famille contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé. - Politique nationale de lutte contre le paludisme révisée, et Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013-2017 : cadre de lutte selon les faciès épidémiologiques pour soutenir à travers la mise à l'échelle des interventions, la diminution de l'incidence du paludisme. - Plan stratégique sur le renforcement du SIS 2013-2017 élaboré et mis en œuvre. - Plan stratégique de lutte contre le cancer du col utérin 2016-2020
Renforcement du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration au niveau de la Direction des Ressources humaines de l'observatoire RHS et de la cellule de suivi-évaluation du personnel. C'est une structure qui fonctionne en réseau avec les niveaux régionaux, en s'appuyant sur une base de données. Des efforts d'étude sur les besoins en personnels et en formation sont réalisés. - Mise en œuvre de la Politique nationale pharmaceutique et financement des intrants de santé à travers le système de recouvrement des coûts, et l'approvisionnement et la distribution sont effectués par la Centrale d'achats. - Disponibilité des résultats des enquêtes 2007 et 2010 sur les comptes nationaux de santé.
Amélioration de la santé de la mère et de l'adolescent et survie de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - La feuille de route 2015-2019 et son plan opérationnel intégrant la stratégie de la santé de l'enfant, guident la mise en œuvre des interventions pour la réduction de la mortalité maternelle et la mortalité infantile-juvénile. - Mise en œuvre de l'audit des décès maternels dans les FS et son intégration dans la surveillance intégrée des maladies et la riposte. - Extension des sites pour le dépistage du cancer du col de l'utérus par IVA et le traitement des lésions précancéreuses par la cryothérapie - Introduction de la prévention du cancer du col de l'utérus chez les jeunes filles dans deux districts pilotes. - Disponibilité, à travers le personnel hospitalier et les prestataires de santé de première ligne et communautaire, des compétences requises pour assurer la PCIME actualisée, le traitement d'urgence des enfants (TETU) et le suivi de croissance des enfants moins de 5 ans avec les nouvelles courbes de l'OMS. - Mise à jour de l'enseignement de la PCIME dans la formation initiale des médecins et paramédicaux. - Utilisation de la stratégie avancée pour vacciner les enfants difficiles à atteindre, et rattraper la couverture vaccinale à travers les Semaines africaines de la vaccination et les Semaines de la santé de la mère et de l'enfant. L'introduction des nouveaux vaccins contre le Rotavirus (ROTARIX) et contre la pneumonie (PCV-10), ainsi que le vaccin polio inactivé (VPI) sous forme injectable dans la vaccination de routine.

Priorités stratégiques	Résultats obtenus
Prévention et lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> - Campagnes de distribution gratuite de moustiquaires à imprégnation durable (MID) à raison de deux MID par ménage. 87 % des enfants de moins de 5 ans et 89 % des femmes enceintes dorment sous MID (MIS 2013). Campagne de remplacement des MID dans 93 districts ciblés en 2015. - L'utilisation des TDR et de la Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) au niveau des formations sanitaires publiques et des agents communautaires est mise à l'échelle au niveau national. Application des nouvelles recommandations sur la prise en charge du paludisme ainsi que sur le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte. - Plan Stratégique National révisé de Lutte contre le Paludisme 2013 – 2017 disponible. - Base de données paludisme et entomologie fonctionnelle. - Plan stratégique national sur le VIH/sida (2013-2017) élaboré et mis en œuvre pour maintenir la prévalence à moins de 1 % et pouvoir systématiser le dépistage et le traitement des co-infections. - Adoption des nouvelles recommandations de l'OMS sur le traitement antirétroviral et nouvelles recommandations sur le dépistage du VIH, le traitement des PVVIH et la surveillance de la résistance aux ARV. - Évaluation périodique de la multi-résistance de la tuberculose et accréditation des CDT performants. - Amélioration du taux de guérison et baisse du taux de perdus de vue grâce à l'utilisation du diagnostic moléculaire de la tuberculose recommandé par l'OMS. - Mise en œuvre du Plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées 2014-2018 : mécanisme de coordination du suivi-évaluation de la lutte contre les maladies tropicales négligées avec l'appui de l'OMS. - Fourniture par l'OMS de médicaments et organisation de campagnes de traitement médicamenteux de masse pour la chimiothérapie préventive (filariose lymphatique, schistosomiasis, helminthiases transmises par le sol) et le traitement de la lèpre. - Intensification de la lutte contre la rage et la peste à travers des fonds d'urgence humanitaire gérés par l'OMS appuyant les programmes nationaux. - Renforcement de la surveillance hebdomadaire des maladies dans les régions du grand Sud pour une meilleure investigation et réponse aux épidémies. - Utilisation de diverses méthodes et approches telles que la surveillance électronique associée à la cybersanté, renforcement du RSI, garant de la sécurité sanitaire mondiale. - Mise en œuvre et mise à jour des politiques et stratégies de prévention et de lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque, y compris le cancer, la drépanocytose, la santé oculaire et bucco-dentaire. - Mise en œuvre de la Politique nationale de la santé bucco-dentaire.

Priorités stratégiques	Résultats obtenus
Gestion des conséquences sanitaires des urgences et des catastrophes	<ul style="list-style-type: none"> - Un plan multisectoriel national de contingence annuellement mis à jour avec un volet sanitaire. - Mobilisation régulière des fonds d'urgence provenant du CERF sous l'égide de l'OMS après chaque catastrophe d'envergure, afin de renforcer les capacités de réponse du pays.
Promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de la Politique nationale de promotion de la santé, et des différentes activités intersectorielles en faveur de la participation communautaire pour la santé et l'adoption de comportements sains. - Mise en œuvre de différents articles de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. - Développement du Plan décennal pour la sécurité routière, et des plans stratégiques y afférents. - Production du rapport d'analyse sur les déterminants sociaux et économiques de la santé et l'équité en santé. - Disponibilité des documents de cadrage stratégique sur la santé et l'environnement, le changement climatique et la santé. - Mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire pour développer la stratégie d'amélioration de la couverture en structures communautaires au niveau des Fokontany.

Les principaux problèmes rencontrés au cours de la mise en œuvre du programme intérimaire sont :

- l'instabilité institutionnelle due aux changements ou mutations fréquents de responsables, qui a exacerbé la faiblesse de gouvernance et de leadership du ministère de la Santé ;
- l'impossibilité d'utiliser le plan intérimaire du secteur santé 2012-2013 comme référence au plan programmatique ; ce plan élaboré par le ministère de la Santé consistait principalement en une consolidation des interventions des partenaires ayant préalablement effectué leur programmation du fait des contraintes relatives à la période de transition politique ; l'insuffisance des ressources humaines, mal réparties et avec beaucoup d'affectation au profit des grandes villes, n'a pas permis d'apporter suffisamment d'amélioration dans la qualité des soins à l'échelle du pays ;
- la forte dépendance aux financements extérieurs, surtout pour les programmes verticaux comme le paludisme et les MTN, a entravé la continuité des activités du fait du retard ou désistement de certains PTF ;
- le manque de coordination et d'harmonisation des interventions en matière de santé à base communautaire, ainsi qu'une disparité dans le traitement des agents communautaires ;
- la faible harmonisation des plans de renforcement proposés par différents programmes verticaux aux différents niveaux du système de santé a fragilisé le système existant ;
- le faible leadership des responsables de programme en charge des MTN et l'inexistence d'une contribution financière de l'État, la non effectivité de la décentralisation ; malgré les efforts de plaidoyer dans ce sens, le financement qui arrive à la base ne tient pas toujours compte des réalités sur le terrain ;
- la faible coordination des actions intersectorielles.



Photo/Hery

4.2 Perception de la coopération de l'OMS par les partenaires

L'administration d'un questionnaire semi-structuré et des discussions avec les autorités du ministère de la Santé, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, ainsi qu'avec les agences sœurs des Nations Unies ont permis de recueillir leur perception de l'action de l'OMS.

D'une manière générale, la plupart des partenaires apprécie positivement la qualité de la collaboration avec l'OMS, et la fonction normative de l'OMS dans les questions en lien avec la santé est grandement appréciée. Le rôle de l'OMS comme chef de file des partenaires du secteur de la santé est reconnu et salué par l'essentiel des acteurs rencontrés. L'OMS a apporté une grande contribution au dialogue avec le gouvernement et les partenaires dans le domaine de la santé, et le ministère de la Santé apprécie positivement la proximité et la constance de l'OMS pendant la période de crise.

Si le rôle de l'OMS dans la coordination des partenaires de la santé est reconnu et accepté, des insuffisances persistent, notamment dans l'opérationnalisation et la formalisation des cadres de concertation. A noter également l'absence de mécanismes conjoints et d'outils pour le suivi de la mise en œuvre du PDDS, la faiblesse du leadership et des capacités de régulation du ministère de la Santé, la faible implication des autorités nationales dans la mise en œuvre de certains programmes au niveau opérationnel et communautaire.

La perception de l'action de l'OMS par les différents partenaires est synthétisée dans le tableau ci-dessous :

Domaines dans lesquels l'OMS a assuré efficacement son rôle	Chef de file concernant les questions essentielles de santé et dialogue politique Formulation des politiques Fixation des normes et critères Surveillance de la situation sanitaire et évaluation des tendances en matière de santé Réponse aux urgences de santé publique
Domaines où la contribution de l'OMS était requise mais n'a pas été suffisante	Renforcement des capacités et changement institutionnel Suivi de la mise en œuvre et application des normes et standards Recherche opérationnelle et diffusion des connaissances Coordination effective du partenariat en faveur de la santé
Suggestions et recommandations pour une meilleure coopération de l'OMS avec le pays	Appui pour une meilleure gouvernance dans le secteur de la santé et renforcement institutionnel du MS (restructuration, plateformes et outils pour assurer la transparence, etc.) Renforcement des capacités des ressources humaines, y compris un appui aux institutions de formation pour la révision de leurs programmes Dissémination régulière des normes et standards aux partenaires Formalisation des cadres et mécanismes de coordination des partenaires du secteur de la santé Appui au développement de la santé communautaire et harmonisation des interventions Mise en place d'un système national d'information sanitaire cohérent et intégré Analyse critique du financement de la santé (CNS, CDMT, plans d'investissement dans les domaines prioritaires comme la santé maternelle et infantile, CSU, etc.) Plan d'assurance de la qualité des soins dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU, intégrant des normes et protocoles rationalisés et simples d'utilisation à l'attention des prestataires de soins Calibrage des ressources humaines au niveau du bureau de l'OMS pour s'aligner aux priorités nationales en lien avec la SMR et la CSU notamment Mise en œuvre de projets conjoints avec les autres agences des Nations Unies, notamment dans le Sud du pays

Section 5 : Agenda stratégique de la coopération de l'OMS

5.1 Note méthodologique

L'analyse de la situation sanitaire, la revue de la précédente SCP et les discussions avec les partenaires au développement sanitaire ont débouché sur l'identification des priorités qui devront guider la coopération de l'OMS avec Madagascar pour les cinq prochaines années. Cet agenda stratégique se veut une articulation entre les priorités de leadership du Douzième programme général de travail de l'OMS, les axes prioritaires du PDSS 2015-2019 et les orientations stratégiques de la Stratégie nationale sur la couverture santé universelle. Les domaines d'action pour chaque priorité stratégique définissent les efforts et les approches stratégiques sur lesquels l'OMS se focalisera, conformément à ses fonctions essentielles, et en collaboration avec le gouvernement pour l'atteinte des objectifs globaux du PDDS.

5.2 Priorités stratégiques et domaines d'action prioritaires

Les priorités stratégiques, les principaux domaines d'action et les approches stratégiques qui vont guider la coopération de l'OMS avec Madagascar pour la période 2016-2020 se présentent comme suit :

- Appui institutionnel au ministère de la Santé et renforcement de la gouvernance en faveur de la santé
- Renforcement du système de santé
- Promotion de la santé tout au long du cycle de la vie
- Lutte contre le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles
- Amélioration de la sécurité sanitaire et gestion des conséquences des urgences et catastrophes
- Amélioration des résultats du bureau de pays dans le cadre des réformes programmatiques et gestionnaires de l'OMS.

Priorité stratégique 1 : Appui institutionnel au ministère de la Santé et renforcement de la gouvernance en faveur de la santé

Domaines d'action prioritaires	Approches stratégiques
Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation des politiques et stratégies nationales de santé, y compris la stratégie nationale sur le renforcement du système de santé, et coordination de leur mise en œuvre. • Appropriation par le pays des plans et documents stratégiques nationaux. • Appui au développement des outils et guides de mise en œuvre et de suivi-évaluation des priorités des politiques et stratégies nationales de santé.
Partenariat en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Formalisation des cadres et mécanismes de coordination du partenariat en santé pour une gouvernance participative incluant la société civile et le secteur privé. • Harmonisation des interventions des partenaires et alignement sur les priorités nationales. • Renforcement d'une redevabilité mutuelle. • Diffusion et suivi de la mise en œuvre et application des normes et standards en matière de santé par les intervenants du secteur.

Priorité stratégique 2 : Renforcement du système de santé

Domaines d'action prioritaires	Approches stratégiques
Couverture Santé Universelle	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'offre des soins de qualité et de l'effectivité du continuum des soins. • Amélioration du financement de la santé pour une large couverture des prestations sanitaires et une prise en charge de la majorité de la population pauvre. • Promotion de la solidarité nationale en vue d'une assurance santé pour un partage des risques financiers liés à la santé.
Services des soins de santé intégrés centrés sur les personnes	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture en soins essentiels des personnes marginalisées et mal desservies. • Renforcement des soins de santé primaires. • Promotion des services de proximité et coordination/ harmonisation des interventions en matière de soins communautaires.
Ressources humaines en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités techniques et managériales des RHS à différents niveaux, et appui aux institutions de formation • Appui à la fonctionnalisation des mécanismes pour l'amélioration de la performance et la gestion prévisionnelle du personnel de santé
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du cadre institutionnel pour le développement du secteur pharmaceutique (mise à jour de la politique et de la régulation pharmaceutique) • Renforcement des compétences du personnel en matière de gestion et d'utilisation des médicaments • Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles
Système d'information sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Appui à la mise en place d'un système national d'information sanitaire cohérent et intégré, et à la production d'informations de qualité • Renforcement de la mise en œuvre de la stratégie nationale sur la cybersanté et la gestion des connaissances • Promotion de la recherche opérationnelle dans le domaine de la santé

Priorité stratégique 3 : Promotion de la santé tout au long du cycle de vie

Domaines d'action prioritaires	Approches stratégiques
Déterminants sociaux de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Intégration de l'approche « santé dans toutes les politiques » dans l'agenda du secteur santé et développement du pays Mise en œuvre de la Politique nationale de promotion de la santé et du Plan stratégique sur les déterminants sociaux de la santé par le pays Renforcement des actions intersectorielles en faveur de la santé
Santé et environnement	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre du Plan national d'actions conjointes sur la santé et l'environnement Mise en œuvre du Plan national d'adaptation du secteur de la santé face au changement climatique Mise en œuvre des documents stratégiques liés au WASH pour le secteur de la santé, et à d'autres thématiques spécifiques en matière de santé et environnement Mise en œuvre d'actions intersectorielles en faveur de la santé au travail
Santé maternelle et néonatale	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la surveillance, de l'audit des décès maternels et néonataux à travers le système SIMR Renforcement de l'offre des soins maternels et néonataux essentiels, ainsi que des soins obstétricaux et néonataux d'urgence Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant
Santé sexuelle et génésique	<ul style="list-style-type: none"> Contribution à la mise en œuvre du plan PF 2020 Mise à échelle de la prévention du cancer du col de l'utérus par le dépistage à l'IVA et cryothérapie
Santé de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> Promotion du suivi de la croissance Renforcement des capacités des agents communautaires, agents de première ligne et hospitaliers sur la prise en charge des enfants malades Appui à la disponibilité des outils et documents didactiques
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la vaccination de routine Protection des enfants contre les maladies évitables par la vaccination par l'organisation d'activités supplémentaires de vaccination Renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination et amélioration de la qualité des données Éradication de la poliomyélite
Santé de l'adolescent	<ul style="list-style-type: none"> Appui à la prévention et la promotion de la santé de l'adolescent
Vieillesse et santé	<ul style="list-style-type: none"> Définition d'une politique de santé du troisième âge et appui à sa mise en œuvre
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du cadre institutionnel pour le développement de la stratégie de la nutrition tout au long du cycle de la vie

Priorité stratégique 4 : Lutte contre le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles

Domaines d'action prioritaires	Approches stratégiques
Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles conformément au Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles 2013-2020	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre des plans stratégiques portant sur les facteurs de risque des MNT et sensibilisation politique au plus haut niveau Larges sensibilisation et mobilisation intersectorielles en faveur de la lutte, y compris les actions intégrées contre les facteurs de risque Système approprié de financement de la prise en charge des maladies chroniques (couverture sanitaire universelle) Intégration de la lutte contre les maladies non transmissibles dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires de base. Renforcement du système d'information sur les maladies non transmissibles : intégration dans la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR), élaboration et mise en œuvre d'un système approprié de suivi-évaluation du programme de lutte
Paludisme	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement stratégique et évaluation de la lutte contre le paludisme Accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme Surveillance épidémiologique, riposte aux épidémies et aux recrudescences du paludisme Mobilisation des ressources
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place du diagnostic moléculaire par GenXpert à grande échelle Amélioration de l'accès à la prise en charge, y compris la co-infection TB/VIH et TBMR Mobilisation de ressources additionnelles par la promotion du partenariat
Maladies tropicales négligées	<ul style="list-style-type: none"> Mise à disposition continue de médicaments en quantité et en qualité pour les campagnes de TMM et le traitement de la lèpre Promotion du partenariat et mobilisation des ressources locales Élimination de la Filariose lymphatique par le traitement médicamenteux de masse de la population cible Intensification de l'élimination de la lèpre par dépistage en stratégie avancée et traitement des cas dans les districts endémiques Réduction de la transmission de la schistosomiase et des géo-helminthiases par le traitement médicamenteux de masse de la population cible.
Violences et traumatismes	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre des plans stratégiques sur la sécurité routière

Priorité stratégique 5 : Amélioration de la sécurité sanitaire et gestion des conséquences des urgences et catastrophes

Domaines d'action prioritaires	Approches stratégiques
Mise en œuvre du RSI (2005)	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités minimales requises du pays pour la mise en œuvre du RSI Mise à l'échelle de la surveillance intégrée électronique
Gestion des risques de catastrophes et réponses aux épidémies et autres urgences sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la préparation du pays aux catastrophes : mise à jour régulière des plans nationaux de contingence Renforcement de la coordination et du leadership du pays dans la gestion des urgences sanitaires Amélioration du système de suivi-évaluation de la gestion des risques de catastrophes : évaluation des risques, des vulnérabilités et des capacités ; évaluation rapide multisectorielle, etc.

Priorité stratégique 6 : Amélioration des résultats du bureau de pays dans le cadre des réformes programmatiques et gestionnaires de l'OMS

Domaines d'action prioritaires	Approches stratégiques
Performance du personnel dans les domaines programmatique et de gestion	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilisation et définition précise des attributions pour l'atteinte des résultats Renforcement de la culture de l'évaluation individuelle et des méthodes de travail en équipe Renforcement des capacités individuelles orientées vers les résultats d'équipe
Orientations stratégique et technique des actions sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du partenariat stratégique Alignement sur les priorités de l'OMS Réalisation des objectifs de développement durable

5.3 Validation de l'agenda stratégique de la SCP

Liens entre les domaines prioritaires de la SCP, les réalisations attendues du Douzième PGT, et les cibles des objectifs de développement durable.

Priorité stratégique	Domaines d'action prioritaires	Conclusions du Douzième PGT et du PB16-17	Cible ODD
Appui institutionnel au ministère de la Santé et renforcement de la gouvernance en faveur de la santé	Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	Amélioration de la capacité de gouvernance des pays pour formuler, appliquer et examiner des politiques, stratégies et plans de santé nationaux complets (y compris l'action multisectorielle, la « santé dans toutes les politiques » et les politiques d'équité)	Objectif 3
		Définition des priorités en fonction des besoins, et allocation des ressources alignée sur l'obtention de résultats	Objectif 3
	Partenariat en santé	Leadership et gestion efficaces de l'OMS conformément aux priorités associées à son leadership	Objectif 3
Collaboration efficace avec les organismes des Nations Unies et les acteurs non étatiques en vue de bâtir un programme sanitaire commun correspondant aux priorités des États Membres		Objectif 3	
Renforcement du système de santé	Couverture Santé Universelle	Capacité donnée aux pays d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des services, et autonomisation des patients dans le contexte de la couverture sanitaire universelle	Objectif 3
		Amélioration des stratégies nationales de financement de la santé en vue de faciliter l'instauration de la couverture sanitaire universelle	Objectif 3
	Services de soins de santé intégrés centrés sur les personnes	Mise en place de systèmes de prestation de services intégrés, équitables et centrés sur la personne dans les pays, et renforcement des approches en matière de santé publique	Objectif 3
	Ressources humaines en santé	Mise en place d'une gestion et d'une coordination efficaces et efficientes des ressources humaines	Objectif 3
	Médicaments	Capacité donnée aux pays d'élaborer ou d'actualiser, de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer des politiques nationales visant à améliorer l'accès aux médicaments et autres technologies sanitaires, ainsi qu'à en renforcer la sélection fondée sur des données factuelles et l'utilisation rationnelle	Objectif 3
		Amélioration de la qualité et de la sécurité des médicaments et autres technologies sanitaires par des normes, des critères et des lignes directrices, par le renforcement des systèmes de réglementation et par la pré-qualification	Objectif 3

Priorité stratégique	Domaines d'action prioritaires	Conclusions du Douzième PGT et du PB16-17	Cible ODD
Promotion de la santé tout au long du cycle de vie	Déterminants sociaux de la santé	Amélioration des politiques, des capacités et des mesures intersectorielles des pays, relatives aux déterminants sociaux de la santé et à la réduction des inégalités en santé par les approches de santé dans toutes les politiques, de gouvernance et de couverture sanitaire universelle dans le cadre des objectifs proposés pour le développement durable	Objectif 3 Objectif 13
	Santé et environnement	Capacité donnée aux pays d'évaluer les risques pour la santé, et d'élaborer et appliquer des politiques, des stratégies ou une réglementation visant à éviter, atténuer et gérer les conséquences des risques environnementaux et professionnels pour la santé	Objectif 13 Objectif 15
	Santé maternelle et néonatale	Capacité donnée aux pays d'élargir davantage l'accès aux interventions efficaces – visant à mettre un terme aux décès maternels, périnataux et néonataux évitables – réalisées avant la grossesse et jusqu'au post-partum, privilégiant la période de 24 heures qui entoure la naissance, et d'améliorer la qualité de ces interventions	Objectif 3
		Capacité donnée aux pays d'appliquer et de suivre des plans stratégiques intégrés pour la santé du nouveau-né et de l'enfant, en privilégiant un accès élargi à des interventions de qualité visant à améliorer le développement du jeune enfant et à mettre un terme aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants dus à la pneumonie, à la diarrhée et à d'autres affections	Objectif 3
	Santé sexuelle et génésique	Capacité donnée aux pays de mener des interventions efficaces pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et génésique, et d'en suivre les résultats	Objectif 3
	Santé de l'enfant et vaccination	Capacité donnée aux pays d'appliquer et de suivre des plans stratégiques intégrés pour la santé du nouveau-né et de l'enfant, en privilégiant un accès élargi à des interventions de qualité visant à améliorer le développement du jeune enfant et à mettre un terme aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants dus à la pneumonie, à la diarrhée et à d'autres affections	Objectif 3
		Mise en œuvre et suivi du Plan d'action mondial pour les vaccins, plus particulièrement en ce qui concerne le renforcement des services fournissant la surveillance de la vaccination en vue d'atteindre les buts de la Décennie de la vaccination	Objectif 3
	Santé de l'adolescent	Capacité donnée aux pays de mener des interventions efficaces pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et génésique, et d'en suivre les résultats	Objectif 3
	Vieillesse et santé	Appui aux pays pour l'élaboration de politiques et stratégies qui aident à vieillir en restant actif et en bonne santé	Objectif 3
	Nutrition	Capacité donnée aux pays d'élaborer, de mettre en œuvre et de suivre des plans d'action en se fondant sur le plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant.	Objectif 2

Priorité stratégique	Domaines d'action prioritaires	Conclusions du Douzième PGT et du PB16-17	Cible ODD
Lutte contre le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles	Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et prévention et lutte contre les maladies transmissibles 2013-2020	Accélération de l'élaboration et/ou de l'application de politiques et plans nationaux multisectoriels pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles	Objectif 3
	Paludisme	Capacité donnée aux pays d'appliquer des plans stratégiques de lutte antipaludique fondés sur des bases factuelles, en mettant l'accent sur la couverture effective par des interventions de lutte antivectorielle, des tests diagnostiques et le traitement, ainsi que le suivi et la surveillance de l'efficacité thérapeutique et de la résistance aux insecticides à travers un renforcement des moyens de réduction du paludisme	Objectif 3
	Tuberculose	Adaptation et mise en œuvre au niveau mondial de la stratégie mondiale et des cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 conformément à la résolution WHA67.1	Objectif 3
	Maladies tropicales négligées	Mesures prises pour faciliter la mise en œuvre et le suivi de la feuille de route de l'OMS sur les maladies tropicales négligées	Objectif 3
	Violences et traumatismes	Élaboration et mise en œuvre des plans et programmes multisectoriels de prévention des traumatismes, avec un accent sur la réalisation des cibles de la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière (2011-2020)	Objectif 3
	Amélioration de la sécurité sanitaire et gestion des conséquences des urgences et catastrophes	Mise en œuvre du RSI (2005)	Suivi de l'application du Règlement sanitaire international (2005) au niveau des pays et formation et conseils destinés aux États Membres pour renforcer et utiliser les principales capacités requises par le RSI (2005)
Gestion des risques de catastrophes et réponses aux épidémies et autres urgences sanitaires		Application du Cadre d'action d'urgence dans les situations d'urgence aiguës/imprévues et en cas de catastrophes ayant des conséquences pour la santé publique	Objectif 3

Analyse de la cohérence entre les priorités stratégiques de la SCP et les axes prioritaires du PDSS

		Axes prioritaires du PDSS																	
		Objectifs globaux du PDSS																	
Priorités Stratégiques de la SCP	Domaines Prioritaires de la SCP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Appui institutionnel au ministère de la Santé et renforcement de la gouvernance en faveur de la santé	Politiques, stratégies et plans de santé nationaux				X														
	Partenariat en santé				X														
Renforcement du système de santé	Couverture Santé Universelle								X										
	Services de soins de santé intégrés centrés sur les personnes	X	X	X															
	Ressources humaines en santé				X														
Promotion de la santé tout au long du cycle de vie	Médicaments						X												
	Déterminants sociaux de la santé															X			
	Santé et environnement																X		
	Santé maternelle et néonatale								X										
	Santé sexuelle et génésique								X										
	Santé de l'enfant et vaccination										X								
Lutte contre le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles	Santé de l'adolescent																		
	Vieillesse et santé																		
	Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et prévention et lutte contre les maladies transmissibles 2013-2020															X			
	Paludisme											X							
	Tuberculose												X						
Amélioration de la sécurité sanitaire et gestion des conséquences des urgences et catastrophes	Maladies tropicales négligées													X					
	Violences et traumatismes																		
	Mise en œuvre du RSI (2005)					X													
	Gestion des risques de catastrophes et réponses aux épidémies et autres urgences sanitaires																		X

Section 6 : Mise en œuvre du programme stratégique : implication pour le Secrétariat

6.1 Rôle du Secrétariat

Grâce au soutien de l'OMS et d'autres partenaires, les pays disposent d'une capacité de plus en plus importante à répondre aux besoins de santé de leurs populations. Le rôle attendu de l'OMS dans l'exécution du programme stratégique et pour appuyer le pays est fonction de plusieurs éléments :

- le soutien requis par le pays en matière d'élaboration, de mise en œuvre et de contrôle des politiques et stratégies nationales ;
- la mise en œuvre des six fonctions essentielles de l'OMS ;
- le rôle et la contribution des autres partenaires.
- la prise en compte de l'avantage comparatif de l'OMS.

L'OMS peut mener des politiques de soutien aussi bien qu'orienter l'aide opérationnelle en cas de circonstances exceptionnelles.

Sous la supervision du chef de bureau de pays, l'équipe de la SCP détermine son engagement à soutenir le programme stratégique en fonction des ressources du pays en matière de santé, des compétences disponibles et de la contribution des partenaires. L'OMS est chargée de fournir des conseils techniques et de politique générale, et joue le rôle de coordinateur et d'intermédiaire de confiance. Elle facilite la contribution et la mobilisation des partenaires dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé et particulièrement du PDSS. Elle coordonne les actions de santé publique afin d'obtenir des résultats sanitaires plus équitables, notamment par la réalisation des ODD. L'OMS est le chef de file des partenaires techniques et financiers dans le développement sanitaire, et plus particulièrement dans l'élaboration des politiques et stratégies de santé et la planification des réponses aux ur-

gences et catastrophes touchant le secteur.

Le Bureau régional fournit et coordonne l'appui nécessaire tout le long du processus de la mise en œuvre de la SCP. Il facilite l'adaptation des normes et la fourniture des éléments techniques requis pour le pays.

6.2 Utilisation de la SCP

Le document de SCP largement diffusé auprès du gouvernement et aux autres partenaires qui travaillent dans le pays et avec lui, sert à l'élaboration des plans de travail à venir, qui se fonde sur les priorités de la SCP. Il est également utile à l'élaboration de la composante sanitaire de l'UNDAF et des autres programmes partenaires, en tenant dûment compte de la contribution des partenaires. Il est aussi très important de veiller à ce que les priorités de la SCP soient utilisées pour la préparation non seulement des plans stratégiques, mais également des plans opérationnels, s'agissant notamment des budgets et de l'allocation des ressources.

La mise en œuvre de l'agenda stratégique nécessitera la mobilisation au niveau local de ressources en dehors du budget régulier de l'OMS. Le bureau de pays sera en contact permanent avec le Bureau régional et le Siège pour bénéficier des fonds de « contributions volontaires » mobilisés à leur niveau. La SCP est utilisée pour mener des actions de sensibilisation à la santé et pour mobiliser des ressources.

La stratégie de coopération guidera l'appui du Siège et du Bureau régional, y compris l'équipe d'appui inter-pays, en faveur de Madagascar, conformément à l'esprit d'une seule Organisation. L'appui technique des autres niveaux de l'Organisation se fera sous forme de contributions à l'exécution des plans de travail biennaux et à l'optimisation des activités de l'OMS.

L'appui technique du personnel qualifié de l'équipe d'appui inter-pays de la sous-région de l'Afrique de l'Est et australe permettra également d'améliorer en permanence la qualité de travail et de bénéficier de certains transferts de compétences requises pour le pays.

L'appui des différents niveaux de l'Organisation est sollicité pour le renforcement des capacités du bureau de pays.

6.3 Suivi et évaluation de la SCP

Dans le cadre du suivi-évaluation, il faudrait montrer que les actions découlant de la mise en œuvre de la SCP ont contribué à l'impact sanitaire du pays. Il faudrait alors rendre compte des résultats obtenus de l'appui apporté par le bureau de pays. Les indicateurs de suivi et d'impact sont directement en lien avec les indicateurs du PDSS 2015-2019 et en particulier avec ceux décrits dans le cadre d'opérationnalisation et de suivi de la mise en œuvre des priorités du PDSS. En effet, avec ses priorités et approches stratégiques, la SCP s'alignent harmonieusement sur les priorités et objectifs globaux du PDSS et les ODD.

La mise en œuvre du Programme stratégique est régulièrement suivie par le biais des mécanismes de validation des plans de travail du bureau de pays au regard des priorités stratégiques de la SCP, qui en assure la cohérence. Un examen qualitatif à mi-parcours sera entrepris durant la seconde partie du cycle de la SCP. Il permettra d'évaluer le degré d'avancement dans la mise en œuvre du programme stratégique, en particulier la contribution de l'OMS aux plans nationaux de santé, ainsi que la coopération avec l'équipe de pays des Nations Unies et les autres partenaires. L'examen à mi-parcours devra coïncider avec l'examen des documents nationaux tels que le PDSS.

Des liens sont également établis entre, d'une part, le programme stratégique des SCP et, d'autre part, les objectifs stratégiques et résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation (OWER) et également lors de la préparation des budgets-programmes.



OMS Madagascar/Hery

ANNEXE : Indicateurs de base de Madagascar

Région de l'OMS	
INDICATEURS DE SANTE ACTUELS	
Population totale (2015)	23 000 000 habitants
% de la population de moins de 15 ans (2013)	46,6 %
% de la population de plus de 60 ans (2015)	4,7 %
Espérance de vie à la naissance (2013)	T : 64 ans ; H : 63 ans ; F : 66 ans
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes (2013)	26
Taux de mortalité chez les moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes (2013)	62
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (2013)	478
Taux (%) de couverture vaccinale par le DTC3 chez les enfants âgés de 1 an (2013)	89 %
% de naissances en présence d'agents de sante qualifiés (2013)	44 %
Nombre de médecins pour 1000 habitants (2015)	0,19
Nombre d'infirmières et de sages-femmes pour 1000 habitants (2015)	0,28
Total des dépenses en santé en % du PIB (2012)	4,2 %
Dépenses publiques générales pour la santé en % du total des dépenses publiques (2015)	8 %
Dépenses des ménages en santé en % du total des dépenses pour la santé (2010)	40 %
Taux (%) d'alphabétisation chez les adultes (15 ans et +) (2015)	Hommes : 67 % ; Femmes : 63 %
Population utilisant une source d'eau potable améliorée (%) (2012)	38,9 %
Population utilisant des installations d'assainissement améliorées (%) (2012)	27,7 %
Indice de pauvreté : % de la population disposant de moins de US \$1,25 par jour à PPP (2010)	77 %
Rang selon l'indicateur du développement humain, sur 196 pays (2014)	154



Photo/Hery

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Programme général de travail 2014-2019, OMS
2. Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine 2015-2020
3. Plan de développement du secteur de la santé 2015-2019, ministère de la Santé publique
4. Stratégie nationale sur la Couverture Santé Universelle, décembre 2015, Gouvernement de Madagascar
5. Plan national de développement 2015-2019, Madagascar, ministère de l'Économie et de la Planification, 2 avril 2015
6. Madagascar : Comptes nationaux de Santé 2010
7. Madagascar : Enquête périodique auprès des ménages 2010, Institut national de la Statistique de Madagascar
8. Madagascar : INSTAT/ENSOMD 2012-2013
9. Politique nationale de santé communautaire à Madagascar, ministère de la Santé et du Planning familial, janvier 2009
10. Politique pharmaceutique nationale, 2005-2010, Madagascar
11. Revue des dépenses publiques relatives aux secteurs sociaux, 2015, Gouvernement de Madagascar, Banque mondiale et UNICEF
12. État des offres de service en santé maternelle, néonatale et en planification familiale des formations sanitaires de 15 régions, Madagascar, USAID/MCSP, 2014
13. Programme général de l'État, Madagascar, Primature, mai 2014
14. Rapport de mise en œuvre des programmes, Rapport annuel 2013, Madagascar, Ministère de l'Économie et de la Planification





Bureau de représentation pour Madagascar et l'île de la Réunion
 Maison Commune des Nations Unies
 Enceinte Galaxy Andraharo
 BP: 362 Antananarivo Madagascar
 (261) 20 23 313 64 / 71