

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2008-2013

MADAGASCAR

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2008-2013

MADAGASCAR

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2008-2013 République de Madagascar

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN : 978 929 031 1225 (NLM Classification: WA 540 HM3)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

SOMMAIRE

Abréviations	v
Préface	vii
Résumé	ix
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT	2
2.1 Profil du pays	2
2.2 Profil sanitaire	3
2.3 Santé et défis de développement	4
2.3.1 Défis de la précédente stratégie de coopération	4
2.3.2 Bilan de la période précédente	5
2.3.3 Défis actuels	6
SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS	8
3.1 Tendances générales de l'aide à la santé	8
3.2 Principaux partenaires et domaines d'intervention dans le secteur de la santé	9
SECTION 4 CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES	12
4.1 But et mission	12
4.2 Fonctions essentielles	12
4.3 Programme mondial d'action sanitaire	12
4.4 Priorités au niveau mondial	13
4.5 Priorités au niveau régional	13
4.6 Renforcement de l'efficacité de l'action de l'OMS au niveau des pays	14
SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS	15
SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC MADAGASCAR	17
6.1 Appui institutionnel au Ministère de la Santé	17
6.1.1 Formulation/révision des politiques nationales de santé	17
6.1.2 Renforcement de la production d'informations sanitaires de qualité	17
6.2 Renforcement du système de santé	18
6.2.1 Renforcement des capacités managériales et techniques aux différents niveaux	18
6.2.2 Renforcement de la capacité nationale sur la gestion des ressources humaines en santé	18

6.2.3 Appui à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale	18
6.2.4 Appui à la relance des soins de santé primaires	18
6.3 Santé de la mère, de l'adolescent et survie de l'enfant	19
6.3.1 Mise en œuvre de la Feuille de Route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	19
6.3.2 Mise en œuvre de la politique de santé de la reproduction	19
6.3.3 Mise en œuvre des interventions de survie de l'enfant	19
6.4 Prévention et lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	20
6.4.1 Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	20
6.4.2 Lutte contre les maladies tropicales négligées et les maladies chroniques non transmissibles	20
6.4.3 Surveillance des maladies et riposte aux épidémies	20
6.5 Gestion des conséquences sanitaires des urgences et des catastrophes	21
6.5.1 Évaluation des besoins de santé prioritaires	21
6.5.2 Coordination des actions	21
6.5.3 Comblement des lacunes	21
6.5.4 Renforcement des capacités locales	21
6.6 Promotion de la santé	21
SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE	23
SECTION 8 SUIVI ET ÉVALUATION	25
RÉFÉRENCES	26

ABRÉVIATIONS

BAD	:	Banque africaine de Développement
BM:		Banque mondiale
BP:		Budget Programme
CDMT	:	Cadre des dépenses à moyen terme
CHD	:	Centre hospitalier de district (CHD1 : CHD du 1 ^{er} niveau ; CHD2 : CHD du 2 ^{ème} niveau)
CHRR	:	Centre hospitalier de référence régionale
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
COI	:	Commission de l’Océan Indien
CRESAN	:	Crédit santé
CSB	:	Centre de santé de base (CSB1 : CSB du 1 ^{er} niveau ; CSB2 : CSB du 2 ^{ème} niveau)
DSRP	:	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
EDS	:	Enquête démographique et de santé
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
FMSTP	:	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
HACT	:	Approche harmonisée pour le transfert des ressources
IRA	:	Infections respiratoires aiguës
IST	:	Infection sexuellement transmissible
MAP	:	Madagascar Action Plan
MEFB	:	Ministère de l’Économie, des Finances et du Budget.
MICS	:	Multiple Indicators Cluster Survey
NEPAD	:	Nouveau Partenariat pour le Développement de l’Afrique
NU	:	Nations Unies
OMD	:	Objectif 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

PDSSPS	:	Plan de Développement du Secteur Santé et de la Protection sociale
PDRH	:	Plan de Développement des Ressources humaines
PEC	:	Prise en charge
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PF	:	Planning familial
PIB	:	Produit intérieur brut
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVVIH	:	Personne vivant avec le VIH
RSI	:	Règlement sanitaire international
SCP	:	Stratégie de coopération avec les pays
SRAS	:	Syndrome respiratoire aigu spécifique
SWAp	:	Approche sectorielle globale
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	:	United States Agency of International Development

PRÉFACE

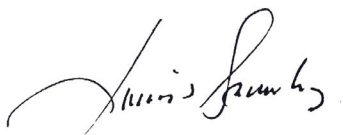
La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Pantenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) est le cadre stratégique à moyen terme de la coopération de l'OMS avec la République de Madagascar pour la période 2008-2013. Elle prend en compte les objectifs internationaux tels que les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dont quatre sont liés à la santé, le Onzième programme général de Travail 2006-2015, le plan à moyen terme 2008-2013 de l'OMS et les Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009. Elle s'articule également avec le *Madagascar Action Plan* (MAP), le nouveau document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) pour la période 2007-2011, la politique nationale de santé, le plan de développement du secteur de la santé et de la protection sociale (PDSSPS) 2007-2011, ainsi que le nouveau Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2008-2011 aligné sur le MAP.

Sur le plan socio-économique, Madagascar était classé 143^{ème} sur 177 pays évalués pour l'indice de développement humain (IDH) en 2005 qui était de 0,533. Le PIB par habitant était estimé à US \$923 en 2005¹, mais avec un taux de pauvreté de l'ordre de 66,3 % en 2007.

Quoique les maladies liées aux modes de vie connaissent une certaine progression, la situation sanitaire reste caractérisée par une prévalence élevée des maladies transmissibles et une mortalité maternelle élevée qui est de 469 sur 100 000 naissances vivantes. Le niveau de mortalité infanto-juvénile qui était passé de 159 pour mille en 1997 à 94 pour mille en 2004 demeure encore préoccupant. La performance du système de santé est également limitée avec près de 65 % de la population situés à moins de 5 km d'une formation sanitaire, un taux d'utilisation des services de santé de base publics de moins de 50 % et une répartition inadéquate du personnel de santé, illustrée par le fait que 41 % du personnel s'occupent de 21 % de la population.

Le MAP et le PDSSPS ont mis en exergue les nombreux et importants défis que le secteur de la santé devra relever les années à venir. Tout en aidant le pays à relever ses propres défis relatifs au développement sanitaire, l'OMS devra veiller entre autres à :

- appuyer les initiatives relatives à la promotion de l'approche des droits humains et du droit à la santé pour un système de santé fort, capable de répondre aux besoins équitables de la société;
- appliquer les nouvelles pratiques en matière d'aide au développement en rapport avec les Déclarations de Paris et de Rome et en privilégiant l'approche programme au niveau du secteur santé «SWAp»;
- contribuer à la réforme du Système des Nations Unies conformément à l'esprit de «*Delivering as One* » en capitalisant les expériences des pays pilotes;
- assumer la responsabilité au niveau national, de la contribution du secteur de la santé à l'UNDAF eu égard à son mandat et à ses avantages comparatifs;

¹ PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008.

- assurer la surveillance, l'alerte et l'action en faveur de la sécurité sanitaire internationale, face à l'ampleur des problèmes liés à la globalisation;
- contribuer à la mise en œuvre effective de la politique nationale de décentralisation au niveau du secteur de la santé.

Dans son agenda stratégique pour sa coopération avec Madagascar pour la période 2008-2013, l'OMS a défini les six priorités stratégiques suivantes :

- l'appui institutionnel au Ministère de la Santé, à travers lequel l'OMS poursuivra son appui par des conseils pour la formulation/révision des politiques et stratégies, l'adoption et l'application des normes et standards;
- la production d'informations sanitaires aidant pour la prise de décisions et la mobilisation des ressources;
- le renforcement du système de santé qui apportera un appui au renforcement des capacités de gestion et techniques aux différents niveaux;
- la capacité nationale pour la gestion des ressources humaines en santé;
- l'amélioration de la santé de la mère et de l'adolescent et la survie de l'enfant, particulièrement par l'appui à la mise en œuvre de la Feuille de Route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la mise en œuvre de la politique de santé de la reproduction et des interventions de survie de l'enfant;
- la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles notamment le paludisme, le VIH et le sida, ainsi que la tuberculose, la lutte contre les maladies tropicales négligées et la prévention intégrée des maladies non transmissibles.

La mise en œuvre de cet agenda stratégique nécessitera l'engagement et la mobilisation des énergies à tous les niveaux de l'Organisation, dont le bureau de pays, l'équipe d'appui interpays, le Bureau régional et le Siège.

Conformément au processus gestionnaire de l'Organisation, la mise en œuvre en œuvre sera régulièrement suivie en vue d'assurer la cohérence avec les objectifs nationaux.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP) 2008-2013 de Madagascar, comme la précédente, est parfaitement alignée sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et le Plan de Développement du Secteur Santé et Protection sociale (PDSSPS) qui découle du Madagascar Action Plan (MAP), le nouveau Plan stratégique de Développement du pays.

Cette nouvelle stratégie de coopération de l'OMS avec Madagascar intervient : i) sur le plan mondial, dans un environnement en changement qui met l'accent sur des réformes importantes liées à la mise en œuvre du concept « *Une seule ONU* » et aux Déclarations de Rome et de Paris, ainsi que sur différentes initiatives internationales de partenariat pour la santé ; et ii) sur le plan national, dans la mise en place de l'approche sectorielle globale pour le secteur santé, l'opérationnalisation de la politique de décentralisation et l'afflux de ressources nouvelles pour le secteur en provenance des initiatives pour le renforcement du système de santé comme celles du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) et de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Ce nouveau contexte constitue une importante opportunité pour la mise en œuvre de l'agenda stratégique de coopération et requiert une meilleure coordination des interventions et du partenariat.

La stratégie de coopération avec le pays servira de base à l'élaboration des plans de travail biennaux pour la période 2008-2013 et guidera les actions de coopération avec la République de Madagascar.

Sa préparation a fait l'objet de consultations et d'échanges entre les différents niveaux de l'OMS et l'équipe de l'OMS dans le pays. Ce processus de préparation a également impliqué divers départements ministériels, les partenaires bilatéraux et multilatéraux oeuvrant dans la santé, des représentants de la société civile, ainsi que des ONG nationales et internationales.

SECTION 2

DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT

2.1 PROFIL DU PAYS

Depuis l'indépendance de Madagascar en 1960, trois Républiques se sont succédé dont la troisième s'est mise en place à partir de la crise politique de 1991. Le document intérimaire qui de lutte contre la pauvreté fut élaboré pour la période 2001-2002 et le document final (2003-2006) fut validé en 2003. Après l'atteinte du point d'achèvement et des objectifs du DSRP, l'État malgache a élaboré le *Madagascar Action Plan* (MAP) en 2006, couvrant la période 2007-2011. Le MAP est un cadre de référence pour le développement économique et social de Madagascar. À l'échelle continentale et sous-régionale, Madagascar a souscrit aux engagements du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et a acquis son adhésion à la *Southern Africa Development Community* (SADC) en août 2005.

La population est estimée à 19 600 000 habitants en 2007². Le taux annuel de croissance est de 2,8 % avec une espérance de vie à la naissance en 2005 estimée à 56 ans¹. La structure administrative de Madagascar compte vingt deux (22) régions, 115 districts et 1597 communes constituées de 13 000 groupements de villages (*fokontany*). La mise en place de ces structures s'accompagne de toute une série d'élections et de consultations populaires dont la plus importante fut le référendum de 2007 pour l'adoption de la Constitution révisée.

De par sa situation géo-climatique, Madagascar est prédisposé à un large éventail de catastrophes naturelles constituées par les cyclones, les inondations, la sécheresse et les invasions acridiennes avec leurs conséquences sanitaires.

Sur le plan socio-économique, Madagascar est classé 143^{ème} sur les 177 pays évalués en ce qui concerne l'Indice de Développement humain en 2005 qui est de 0,533. Le PIB par habitant est estimé à US \$923 en 2005³. Madagascar a connu, à la fin des années 90, une croissance généralement supérieure au taux de croissance de la population mais qui ne s'est pas traduite par une amélioration du niveau de vie de la population. La crise politique de 2002 a provoqué une importante récession et ce taux de pauvreté a même atteint 80,7 % (86,4 % en milieu rural et 61,6 % en milieu urbain). Une période de grands investissements succédant à cette période de crise a dynamisé la croissance avec le soutien massif des bailleurs de fonds.

² UNFPA 2007, État de la population mondiale 2007.

³ PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008.

2.2 PROFIL SANITAIRE

Quoique les maladies liées aux modes de vie connaissent une certaine progression, Madagascar reste caractérisé par une prévalence élevée des maladies transmissibles et une mortalité maternelle élevée qui est de 469 sur 100 000 naissances vivantes. Seulement 47 % des accouchements sont assistés par du personnel qualifié et l'utilisation des formations sanitaires pour l'accouchement n'est que de 32 %. Concernant la survie de l'enfant, bien qu'une certaine amélioration ait été constatée de 1997 à 2004, période au cours de laquelle le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 159 à 94 pour mille, le niveau de mortalité demeure encore préoccupant. En effet, il est estimé dans l'enquête MICS 2000 que 100 000 enfants continuent de mourir chaque année. Il convient de signaler en outre, le taux élevé de mortalité néonatale qui est de 32 pour mille⁴.

L'organisation du système de santé est de type pyramidal à trois niveaux : i) le niveau central constitué par les organes de décision politique et stratégique; ii) le niveau intermédiaire régional chargé de l'appui technique aux districts sanitaires; iii) le niveau périphérique, niveau de base de la pyramide sanitaire, composé de 111 districts sanitaires constituant le niveau opérationnel du système et dont le niveau communautaire fait partie intégrante.

Il existe 2 956 centres de santé de base (CSB) et 106 centres hospitaliers de district (CHD) dont 33 CHD1 et 33 CHD2. Pour les besoins de la régionalisation, 16 CHD2 et 4 ex-hôpitaux provinciaux sont devenus des centres hospitaliers de référence régionaux (CHRR). Deux centres hospitaliers universitaires (CHU) sont implantés à Antananarivo et à Mahajanga.⁵ La couverture sanitaire reste cependant limitée, puisque moins de 65 % de la population sont situés à moins de 5 kilomètres d'une formation sanitaire. Le taux d'utilisation des services de santé de base publics est de 50 %.

Malgré un ratio personnel/population en 2005 relativement satisfaisant, respectivement de 1,7/10 000, 0,8/5 000 et 0,75/5 000 pour les médecins, les infirmiers et les sages-femmes, il apparaît que les régions rurales restent très défavorisées. 60 % des paramédicaux travaillent en milieu rural alors que 72 % des médecins travaillent en ville.

La répartition inadéquate est illustrée par le fait que 41 % du personnel s'occupent de 21 % de la population. De plus, 47 % des employés du secteur de la santé ont 50 ans ou plus et partiront donc à la retraite au cours des 10 prochaines années.

L'approvisionnement et la distribution des médicaments ne sont toujours pas convenablement assurés notamment au niveau des CSB. Il existe encore divers circuits parallèles ne permettant pas l'optimisation du système national d'approvisionnement. Une réorganisation est en cours à travers le Programme d'Action pour l'intégration des intrants de santé avec l'appui de divers partenaires. Par ailleurs, Madagascar a établi une liste nationale des médicaments essentiels et des consommables médicaux qui est régulièrement mise à jour. La pharmacopée traditionnelle est en train de se structurer et de se développer grâce au dynamisme des instituts de recherche.

En matière de financement, la santé est financée à 32 % par le secteur public, 36 % par les bailleurs de fonds et 32 % par le secteur privé, y compris les ménages. Par rapport aux services fournis dans le secteur, la part des services de prévention et de santé publique représente 28 % des dépenses totales de santé⁶.

⁴ EDS 2003-2004.

⁵ Plan de développement du secteur santé et de la protection sociale 2007-2011.

⁶ Comptes nationaux de santé, 2003.

Quant à la législation sanitaire, elle comporte plusieurs textes dont certains ne sont plus à jour mais restent encore en vigueur. Le Code de la Santé publique, en dépit de son ancienneté, demeure la référence juridique et réglementaire essentielle en matière de santé. Une mise à jour de ce document est en cours.

Les ONG nationales et internationales ainsi que le secteur privé interviennent dans divers domaines de la santé publique à Madagascar. Par ailleurs, la société civile joue de plus en plus, un grand rôle au niveau périphérique du système de santé dans le cadre de la promotion de la redevabilité sociale (approche, actions et outils que les citoyens, les ONG et les médias peuvent utiliser pour demander des comptes aux autorités publiques). Toutefois, seules quelques rares ONG arrivent à couvrir l'ensemble du territoire national. Dans la promotion de la politique «des 3 P» ou *Partenariat Public-Privé*, le secteur privé couvre actuellement environ 15 % de l'ensemble des structures sanitaires du pays.

2.3 SANTÉ ET DÉFIS DE DÉVELOPPEMENT

2.3.1 Défis de la précédente stratégie de coopération

La précédente stratégie de coopération a couvert la période 2004-2007. L'analyse du secteur et le Bilan commun de pays (CCA) de 2003 avaient mis en exergue les défis de santé suivants:

- assurer un accès à un système de santé performant avec des services de qualité;
- réduire la morbi-mortalité liée aux maladies transmissibles, y compris le VIH/sida et les IST;
- réduire la charge de morbi-mortalité liée aux maladies non transmissibles;
- réduire la mortalité maternelle et infantile;
- mettre en place un mécanisme efficace pour la réponse aux épidémies et aux catastrophes naturelles et anthropiques;
- organiser et mettre en œuvre une approche participative équitable de la communauté;
- assurer une meilleure coordination des intervenants dans le secteur de la santé.

En réponse à ces défis, l'OMS avait proposé les priorités stratégiques ci-après :

- a) appui institutionnel au Ministère de la Santé et du Planning familial;
- b) appui à la mise en place de services de santé de qualité;
- c) appui aux programmes de réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles;
- d) renforcement des capacités de gestion des catastrophes;
- e) amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent;
- f) appui au développement et à la mise en œuvre de la stratégie de participation communautaire.

Ces priorités stratégiques étaient à la base de l'élaboration des programmes biennaux 2004-2005 et 2006-2007.

2.3.2 Bilan de la mise en œuvre de la précédente stratégie

Interventions de l'OMS au cours de la période 2004-2007

La précédente stratégie de coopération de l'OMS avec Madagascar qui a intéressé la période 2004-2007, ainsi que les programmes de coopération en découlant et qui ont couvert les périodes biennales 2004-2005 et 2006-2007, ont été parfaitement alignés sur la politique sanitaire nationale et sur la stratégie nationale de réduction de la pauvreté (DSRP).

L'évaluation de programme réalisée en juillet 2006 par le Bureau des services de contrôle interne a montré que les priorités de l'OMS à Madagascar étaient alignées sur celles du Ministère de la Santé et reflétaient les besoins du pays.

Cependant, certaines priorités stratégiques de la précédente stratégie de coopération, bien que coïncidant avec celles de la politique nationale de santé, n'ont pas été détaillées pour expliquer les orientations permettant l'atteinte des objectifs relatifs à ces axes. Par exemple, les maladies cibles par rapport à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies n'ont pas été spécifiées. Néanmoins, au cours de la période 2004-2007, lors de la mise en œuvre des plans de travail, les actions de l'OMS étaient particulièrement axées sur la réduction des taux de morbidité et de mortalité, liés aux maladies prioritaires comme le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida. La filariose lymphatique a reçu un soutien technique important en 2007. Mais le Ministère de la Santé a demandé un appui accru pour le contrôle de certaines maladies comme la schistosomiase, la peste et la rage.

L'OMS a répondu favorablement à des interventions prioritaires à caractère mondial ou régional comme le contrôle de l'épidémie d'arboviroses qui a sévit dans les pays de l'Océan Indien en 2006-2007, les actions anticipées en prévision du SRAS et de la grippe aviaire.

Le domaine de la survie de l'enfant a reçu un appui effectif par rapport à l'amélioration de la couverture vaccinale et à la coordination des efforts d'interruption de la circulation des virus de la poliomyélite en vue de la certification de l'éradication de cette maladie.

Outre les interventions relatives à la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux maladies, les actions de l'OMS ont porté sur le renforcement du système de santé surtout au niveau district. L'OMS a également contribué à la conception de l'approche sectorielle élargie pour le secteur de la santé.

Une réponse a été apportée dans le cadre de la promotion de comportements et de styles de vie propices à une bonne santé à travers l'appui à la lutte contre le tabagisme en particulier. Madagascar fut parmi les premiers pays ayant ratifié la Convention cadre de lutte antitabac. L'OMS a également apporté un appui au projet aussi aux écoles-santé au cours de la deuxième année de l'exercice biennal 2006-2007.

Le domaine relatif à la santé de la mère ne figurait pas dans le plan de travail de l'OMS en 2004-2005. Cette situation a été corrigée au cours de la période biennale 2006-2007. L'OMS a soutenu l'élaboration et l'appui à la mise en œuvre de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Si les interventions de l'OMS dans le domaine de la survie de l'enfant étaient jugées satisfaisantes, par contre en ce qui concerne la santé des adolescents, elles se sont avérées insuffisantes si l'on considère les risques spécifiques de santé auxquels sont confrontés les adolescents.

Des domaines identifiés comme prioritaires dans la politique nationale de santé tels que la sécurité alimentaire, la nutrition et la santé environnementale ont reçu l'appui de l'OMS au cours de la mise en œuvre du plan de travail 2004-2005 quoique lesdits domaines n'étaient

pas pris en compte dans la précédente stratégie de coopération. Cet appui à la sécurité alimentaire et à la santé environnementale n'a pas continué au cours de la période biennale 2006-2007.

L'appui apporté par l'OMS dans la lutte contre la malnutrition, la lutte contre les maladies infectieuses des enfants de moins de 5 ans et les soins obstétricaux a été considéré comme important par le Ministère de la Santé.

L'OMS a joué un rôle de leadership important en tant que premier responsable avec le Ministère de la Santé, du groupe santé pour la gestion des conséquences sanitaires des catastrophes. Elle a également assuré la présidence du groupe thématique santé dans la mise en œuvre et le suivi de l'effet UNDAF relatif à la santé.

Pour la mise en œuvre des différentes interventions de l'OMS, le bureau de pays a bénéficié du soutien technique du Bureau régional et du Siège dans certains domaines tels que la lutte contre les maladies (surtout la lutte contre le paludisme, le VIH et le sida, la lèpre et la filariose lymphatique), la vaccination, la contractualisation dans le secteur santé, entre autres, et le travail des trois niveaux de l'Organisation a été mené de manière coordonnée.

Pour la mise en œuvre des activités de coopération avec le pays au cours de la période 2004-2007, le budget total s'est élevé à US \$8 322 568 dont US \$5 020 973 provenant du budget régulier et US \$3 301 595 des contributions volontaires.

En ce qui concerne les ressources humaines, le bureau de pays a connu l'arrivée d'un certain nombre d'administrateurs de programmes au cours de la période mais les effectifs en personnel administratif et de soutien n'ont pas évolué de la même manière, ce qui a entraîné une charge de travail excessive pour certains personnels.

Lacunes en matière de mise en œuvre de l'agenda stratégique

L'axe stratégique relatif au développement et à la mise en œuvre de la stratégie de participation communautaire n'a pas pu recevoir les appuis requis pour sa mise en œuvre, le Ministère n'ayant pas manifesté d'intérêt à s'attaquer à la question. La lutte contre les maladies tropicales négligées (schistosomiase, helminthiases transmises par le sol) considérée comme prioritaire par le Ministère de la Santé n'a pu recevoir un soutien de l'OMS qu'au cours de l'année 2007.

Certains domaines nécessitent encore davantage d'appui comme celui du développement des ressources humaines pour la santé, le développement du secteur hospitalier, le renforcement des capacités des laboratoires pour leur contribution à la santé publique, ainsi que la lutte contre la malnutrition. L'insuffisance des ressources n'a pas permis une mise à l'échelle des mutuelles de santé. Le processus en cours de mise en œuvre de l'approche sectorielle élargie, la recherche en santé et le secteur pharmaceutique nécessiteront la contribution de l'OMS.

Pour ce faire, le bureau de pays aura besoin de développer ses propres capacités afin de mieux répondre aux besoins du Ministère de la Santé.

2.3.3 Défis actuels

Quoique des acquis indéniables aient été observés par les différentes parties prenantes, d'importants défis se posent encore pour le développement sanitaire. Ils ont été clairement stipulés dans le Plan de Développement du Secteur de la Santé et de la Protection sociale (PDSSPS) qui est une déclinaison du MAP.

Aussi, dans le cadre de sa SCP, l'OMS concentrera ses efforts en vue d'aider à relever lesdits défis tels que définis à savoir :

- i) *assurer la fourniture de services de santé de qualité à la population malgache, particulièrement aux couches les plus vulnérables;*
- ii) *réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies transmissibles;*
- iii) *gagner la lutte contre le VIH et le sida en maintenant le taux de prévalence à moins de 1 % au sein de la population;*
- iv) *mettre en œuvre une stratégie efficace de planning familial;*
- v) *réduire le taux de mortalité infantile malgré des résultats significatifs observés ces dernières années;*
- vi) *réduire la mortalité maternelle et néonatale dont le niveau demeure élevé;*
- vii) *réduire la charge de morbidité et de mortalité liée aux maladies non transmissibles;*
- viii) *mettre en place un mécanisme efficace pour la réponse aux urgences et catastrophes naturelles.*

SECTION 3

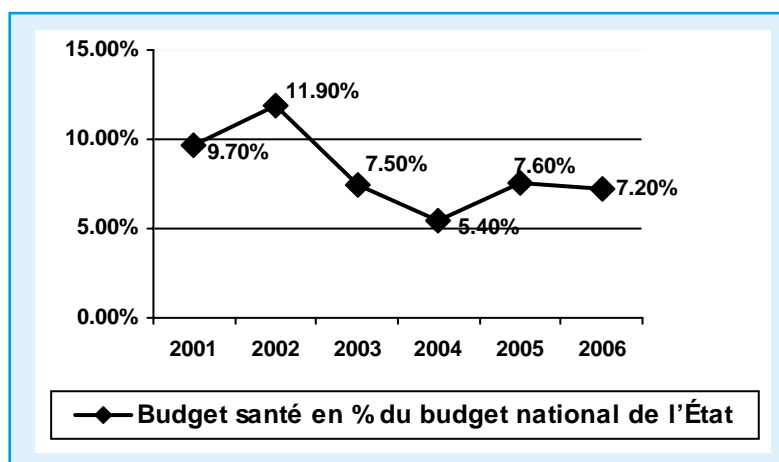
AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

3.1 TENDANCES GÉNÉRALES DE L'AIDE À LA SANTÉ

Selon les comptes nationaux de santé de 2003, l'aide extérieure constitue une source importante de financement du système de santé. Elle représente 36 % de tous les financements du secteur. Cette situation montre une certaine dépendance vis-à-vis de l'extérieur. Les fonds publics, provenant des recettes fiscales, alloués au secteur de la santé représentent 32 % du financement total du secteur.

La part du budget santé par rapport au budget national de l'État a diminué de 9,7 % à 7,2 % de 2001 à 2006, comme indiquée dans la figure 1 ci-après. Elle est restée au même niveau de 2003 à 2006, aux alentours de 7 % (7,5 % à 7,2 %).

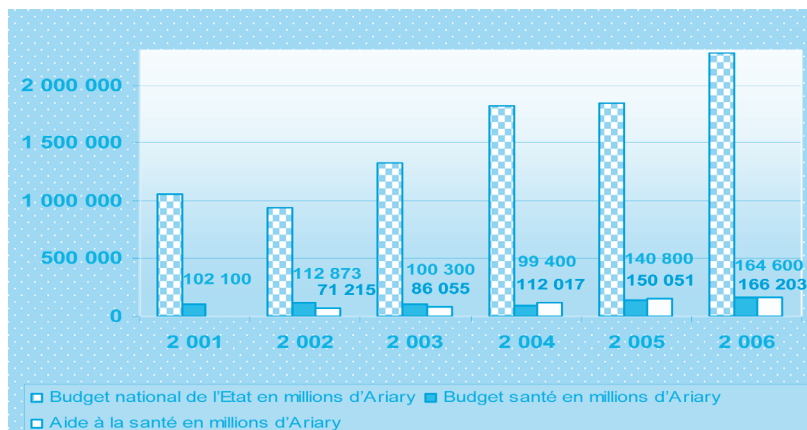
Figure 1 : Évolution du budget santé en % du budget national de l'État de 2001 à 2006



Sources : MEFB, CDMT 2006-2008, Revue des dépenses publiques de santé, mai 2007.

La faible évolution du budget santé par rapport au budget national montre que des efforts restent encore à fournir pour atteindre l'objectif adopté par les chefs d'État et de Gouvernement à Abuja d'allouer 15 % de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. La figure 2 ci-après montre que l'aide allouée au secteur de la santé a augmenté au fil des années. Elle est passée de 71 215 millions d'ariary à 166 203 millions d'ariary de 2002 à 2006.

Figure 2 : Évolution du budget santé et aide à la Santé de 2001 à 2006 en millions d'Ariary



Sources : CDMT 2006-2008, Revue des dépenses publiques de santé mai, 2007⁷.

Au cours de l'année 2007, dans le cadre du Programme d'investissement public (PIP), le montant total de l'aide octroyée au Gouvernement s'élevait à 1 057 800 millions d'Ariary et les fonds propres de l'État étaient de 359 700 millions d'Ariary. Les montants de l'aide affectée au secteur de la santé, au planning familial et à la protection sociale étaient de 90 921, 8 millions d'Ariary, ce qui représente 8,6 % de l'aide totale. Ces chiffres indiquent une importante contribution des bailleurs de fonds aux dépenses de santé. Cependant, l'exécution budgétaire de l'aide pour la même année, n'a atteint que de 62,6 %, selon les données fournies par le Ministère des Finances et du Budget.

Avec 11,9 dollars par habitant par an, le montant total des dépenses de santé reste encore loin des 34 dollars par habitant recommandés par la Commission «Macro-économie et Santé» de l'OMS pour financer les soins essentiels de santé et le VIH et le sida.

La mise en œuvre de la stratégie liée à l'appropriation, à l'alignement et à l'harmonisation, n'est qu'à ses débuts. Le Système des Nations Unies avance dans la mise en œuvre de l'Approche harmonisée pour le transfert des ressources (HACT). L'OMS pour sa part, met en œuvre depuis 2006, une approche similaire au HACT.

Par ailleurs, un appui budgétaire global est fourni par l'UE, la BAD, et la BM. Ce système est lié en partie à la bonne performance de certains indicateurs de santé et devrait permettre à l'État de mieux sécuriser sa trésorerie.

3.2 PRINCIPAUX PARTENAIRES ET DOMAINES D'INTERVENTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Le Gouvernement de Madagascar s'attelle, en accord avec ses partenaires de développement, à la mise en œuvre des principes contenus dans les déclarations de Rome et de Paris. Divers partenaires techniques et financiers issus des coopérations bilatérales et multilatérales, ainsi que des ONG, soutiennent le développement du secteur de la santé.

⁷ Taux de change du US \$/Ariary : en 2001: 1317, en 2002 : 1366, en 2003 : 1238, en 2004 : 1868, en 2005 : 2003, en 2006 : 2142, en 2007 : 1975.

La plateforme nationale des organisations de la société civile de Madagascar qui regroupe plus de 2000 associations, intervient également dans la santé et travaille en étroite collaboration avec la population et le Ministère de la Santé.

Nom du partenaire	Type de partenaire	Domaines et principaux types d'interventions	Aire d'intervention	Montant en US \$
Agence française pour le Développement	Bilatéral	- Renforcement du système de santé- Lutte contre les IST et le sida- Surveillance épidémiologique (SE)	- Ensemble du pays - Région de l'Océan Indien (SE)	20 000 000
Agence japonaise pour la coopération internationale	Bilatéral	- Études et recherches en santé - Construction et réhabilitation des infrastructures sanitaires - Programme élargi de vaccination - Lutte contre le paludisme - Lutte contre les IST et le sida	- Ensemble du pays	1 750 000
Coopération chinoise	Bilatéral	- Missions médicales dans les hôpitaux	Mahitsy, Ambovombe, Sambava et Vatomaniry	300 000
Coopération monégasque	Bilatéral	- Lutte contre le paludisme - Maladies tropicales négligées - Réhabilitation d'infrastructures Sanitaires	Sainte Marie	1 120 000
Coopération technique allemande	Bilatéral	- Lutte contre le VIH et le sida	Boeny, Betsiboka, Sofia et Melaky	1 280 000
Service de Coopération et d'Action culturelle (France)	Bilatéral	- Financement des hôpitaux - Environnement et santé - Surveillance épidémiologique (SE)	- Atsinanana - Ensemble du pays (SE)	692 000
USAID	Bilatéral	- Santé de la mère et de l'enfant - Planning familial - Lutte contre le paludisme - Lutte contre les IST et le sida - Eau et assainissement	- Ensemble du pays	55 200 000
BAD	Multilatéral	- Construction et réhabilitation d'infrastructures - Fourniture d'équipements techniques - Formation du personnel - surveillance épidémiologique - Lutte contre le paludisme	- Ensemble du pays	17 250 000
Banque mondiale	Multilatéral	- Renforcement du système de santé - Développement des ressources humaines - Lutte contre les maladies Transmissibles	- Ensemble du pays	69 700 000
PNUD	Multilatéral	- Lutte contre le VIH et le sida	Vatovavy fito vinany et Atsimo	744 000
Union européenne	Multilatéral	- Secteur de la santé en général	- Andrefana	Appui budgétaire global

UNFPA	Multilatéral	-Santé de la reproduction- Planning familial- Prévention du VIH - santé des adolescents	- Ensemble du pays - Ensemble du pays	8 000 000
UNICEF	Multilatéral	- Santé de la mère et de l'enfant - Renforcement du système de santé- Eau et assainissement - Lutte contre le paludisme - Lutte contre le VIH et le sida - Réponses aux catastrophes Naturelles	- Ensemble du pays	28 000 000
Fondation Raoul Follereau	ONG	- Lutte contre la lèpre	- Ensemble du Pays	160 000
Care international	ONG	- Lutte contre le paludisme	- Ensemble du Pays	2 500 000
Catholic relief Services	ONG	- Nutrition - Lutte contre le VIH et le sida	- Ensemble du Pays	387 700
Population Services International	ONG	- Prévention du VIH- Prévention du paludisme- Prévention des maladies diarrhéiques- Santé de la reproduction	- Ensemble du pays	7 404 000

Les partenaires disposent d'un forum de concertation dirigé par le Ministère de la Santé qui a créé spécialement une Direction du Partenariat dont le rôle est d'assurer la coordination des différents intervenants dans le développement sanitaire. Sur le plan international, Madagascar vient de demander à faire partie du Partenariat international pour la santé mis en place en septembre 2007.

SECTION 4

CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

4.1 BUT ET MISSION

La mission de l'OMS consiste à «amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible» (*article 1 de la Constitution de l'OMS*). La stratégie institutionnelle, le Onzième programme général de Travail 2006-2015⁸ et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009⁹, définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé. L'Organisation s'attache en effet, à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé aussi bien sur le plan technique que sur celui des politiques, tout comme ses capacités gestionnaires, afin de répondre aux besoins des États Membres, notamment pour ce qui est de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

L'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes, sur la base de ses avantages comparatifs¹⁰ :

- i) jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire;
- ii) fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles;
- iii) fixer des normes et des critères, et en encourager et suivre l'application;
- iv) définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes;
- v) fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles;
- vi) surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

4.3 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Pour combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissance dans le domaine de la santé, le programme mondial d'action sanitaire identifie les sept domaines prioritaires suivants :

⁸ Onzième programme général de Travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

⁹ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009.

¹⁰ Onzième programme général de Travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

- i) investir dans la santé pour réduire la pauvreté;
- ii) renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale;
- iii) promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé;
- iv) influencer sur les déterminants de la santé;
- v) renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable;
- vi) exploiter le savoir, la science et la technologie;
- vii) renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, le Directeur général de l'OMS a proposé d'inscrire les six points suivants au programme de l'Organisation : i) le développement sanitaire; ii) la sécurité sanitaire; iii) les systèmes de santé; iv) les données factuelles à l'appui des stratégies; v) les partenariats; vi) l'amélioration de la performance de l'OMS. Elle a également indiqué que l'action de l'Organisation devrait être jugée d'après son effet sur la santé des femmes et sur celle des populations africaines.

4.4 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Le Onzième programme général de travail fixe les priorités suivantes au niveau mondial¹¹ :

- i) apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique;
- ii) renforcer la sécurité sanitaire dans le monde;
- iii) concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé;
- iv) développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé;
- v) renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

4.5 PRIORITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités établies au niveau régional tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des objectifs du Millénaire pour le développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine, et des objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009». Elles portent notamment sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; la survie de l'enfant et la santé maternelle; l'action humanitaire en situation d'urgence; la promotion de la santé; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé. Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement; la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition; les systèmes de

¹¹ Onzième programme général de Travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires) : la gouvernance et les partenariats; et la prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays un appui dans leurs efforts visant à atteindre les OMD relatifs à la santé et à s'attaquer à la crise des ressources humaines. En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens les meilleurs de mobiliser des fonds pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes. Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui interpays pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes¹² :

- renforcement des bureaux de pays de l'OMS;
- amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats pour la santé;
- fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district;
- promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires;
- intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

4.6 RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DE L'OMS AU NIVEAU DES PAYS

Au niveau des pays, les stratégies de coopération de l'OMS" avec les pays déboucheront sur des résultats qui varieront d'un pays à l'autre, en fonction du contexte spécifique du pays et des défis en matière de santé. Cependant, en s'appuyant sur le mandat de l'OMS et sur son avantage comparatif, les six fonctions essentielles de l'Organisation, présentées au point 4.2 ci-dessus, pourraient faire l'objet d'ajustement en tenant compte des besoins individuels des pays.

¹² Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, Orientations stratégiques 2008-2013, paragraphe 28.

SECTION 5

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS

La coopération de l'OMS avec Madagascar est régie par l'Accord de base signé le 13 octobre et le 2 novembre 1961 respectivement à Antananarivo et à Brazzaville et qui a besoin actuellement d'être révisé.

Sur la base de son Onzième Programme général de Travail 2006-2015, l'OMS s'est dotée d'un plan stratégique à moyen terme 2008-2013, duquel vont découler les budgets programmes pour les trois exercices biennaux à venir.

Sur les 13 objectifs stratégiques définis pour le budget programme 2008-2009 dans le plan stratégique à moyen terme, le Bureau en a retenu 11 pour son programme de coopération au cours de l'exercice biennal 2008-2009. Il s'agit de :

- i) réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles;
- ii) combattre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme;
- iii) prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et à la violence;
- iv) réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence comprises), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique;
- v) réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques;
- vi) promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho-actives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque;
- vii) traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme;
- viii) promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement;
- ix) améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable;
- x) améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles;

- xi) élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.

Au regard de ces objectifs stratégiques, quarante-quatre résultats attendus spécifiques au bureau ont été déterminés, sur lesquels le budget a été réparti et les activités de coopération définies.

La coopération de l'OMS sera menée dorénavant en tenant compte de l'approche sectorielle élargie qui est en train de se mettre en place avec le soutien de l'ensemble des partenaires de développement sanitaire, ainsi que de la déclaration de Paris.

Le programme de coopération pour la période biennale 2008-2009 contribue à la mise en œuvre du PDSSPS 2007-2011 en mettant l'accent sur l'appui stratégique et technique qui sera apporté au Ministère de la Santé et en minimisant l'appui aux activités de routine. Pour la réalisation de son programme, l'OMS prévoit sur les contributions fixées (budget régulier), un montant de US \$2 830 000 et sur les fonds volontaires (fonds extrabudgétaires), un montant de US \$14 331 500. Cependant, l'atteinte des résultats attendus spécifiques du Bureau est grandement tributaire des fonds volontaires. Pour ce faire, la mise en œuvre d'une stratégie conséquente de mobilisation de ressources supplémentaires aussi bien au niveau mondial qu'au niveau pays est préconisée. C'est ainsi que le bureau de pays contribuera au développement de la stratégie de mobilisation de ressources locales. Ces actions s'intégreront également aux stratégies de mobilisation de fonds au niveau local du Système des Nations Unies.

Pour la mise en œuvre de ses activités de coopération, l'OMS compte un effectif de 37 personnes constituées de 13 administrateurs de programmes et 24 agents administratifs et d'appui. Conformément aux recommandations faites lors de l'évaluation programmatique de la précédente stratégie de coopération, le bureau de pays a été renforcé notamment par le recrutement d'un administrateur national en charge de la planification, de la gestion et du suivi de programme (MPN) et d'un assistant financier.

Dans le cadre de l'exercice de restructuration des bureaux de pays, une nouvelle organisation de travail en quatre groupes a été adoptée et mise en œuvre, en vue du renforcement de l'esprit d'équipe et d'une meilleure efficacité dans le travail. Les différents programmes ont été répartis dans les groupes suivants : i) système de santé; ii) prévention et contrôle de la maladie; iii) santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent; iv) administration et finances.

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC MADAGASCAR

La stratégie de coopération 2008-2013 vise à guider les interventions de l'OMS au cours des six prochaines années. Face aux défis actuels du secteur de la santé à Madagascar et compte tenu du nouvel environnement mondial, notamment en ce qui concerne l'aide au développement, des missions et fonctions de l'Organisation, les 6 priorités stratégiques suivantes ont été définies :

- a) appui institutionnel au Ministère de la Santé;
- b) renforcement du système de santé;
- c) santé de la mère et de l'adolescent et survie de l'enfant;
- d) prévention et lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles;
- e) gestion des conséquences sanitaires des urgences et des catastrophes;
- f) promotion de la santé.

6.1 APPUI INSTITUTIONNEL AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

L'OMS poursuivra son appui par des conseils pour la formulation/révision des politiques et stratégies, l'adoption et l'application des normes et standards, la production d'informations sanitaires aidant pour la prise de décisions et la mobilisation de ressources.

6.1.1 *Formulation/révision des politiques nationales de santé*

L'OMS apportera son appui :

- à la formulation/révision des politiques et stratégies, à la coordination de leur mise en œuvre, ainsi que du partenariat pour la santé;
- au développement de l'approche sectorielle et à l'application dans le secteur de la santé, des Déclarations de Rome et de Paris sur l'appropriation, l'alignement et l'harmonisation;
- à la formulation des orientations en faveur du partenariat public-privé dans le secteur de la santé.

6.1.2 *Renforcement de la production d'informations sanitaires de qualité*

L'OMS fournira son appui :

- au renforcement du système national d'information sanitaire;
- au renforcement des capacités pour l'élaboration des comptes nationaux de santé;

- au renforcement des capacités en matière de gestion de connaissances;
- à la promotion de la recherche opérationnelle dans le domaine notamment de santé de la reproduction, déterminante de la santé, recherche sur les systèmes de santé.

6.2 RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

En vue du renforcement du système de santé, l'OMS apportera son appui dans les domaines ci-dessous :

6.2.1 *Renforcement des capacités managériales et techniques aux différents niveaux*

L'OMS fournira son appui :

- au renforcement des compétences des agents de santé et des équipes de management en vue d'une plus grande fonctionnalité des directions régionales de santé et des districts sanitaires et de l'amélioration de la qualité des services;
- à la mise en oeuvre de la réforme hospitalière par la contribution à l'élaboration des textes juridiques et réglementaires et le renforcement des capacités gestionnaires.

6.2.2 *Renforcement de la capacité nationale pour la gestion des ressources humaines en santé*

L'OMS contribuera :

- à l'élaboration du Plan de développement des ressources humaines (PDRH) sur la base de la Gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences (GPEC);
- à la mise en place d'un observatoire national des ressources humaines;
- au renforcement des compétences des enseignants des instituts de formations des professionnels de santé.

6.2.3 *Appui à la mise en oeuvre de la politique pharmaceutique nationale*

L'OMS programmera son soutien dans :

- la révision du document de politique pharmaceutique et la mise à jour périodique de la liste nationale des médicaments essentiels;
- la mise en oeuvre du plan stratégique de gestion et du contrôle de qualité et de l'utilisation rationnelle des médicaments et des intrants de santé;
- le renforcement du système national de pharmacovigilance;
- la promotion de la médecine traditionnelle.

6.2.4 *Appui à la relance des soins de santé primaires*

Dans le cadre de la relance de la stratégie des soins de santé primaires, l'OMS entend soutenir :

- le renforcement des mécanismes de participation communautaire, et
- la mise en oeuvre de stratégies de financement de la santé fondées sur le principe d'équité et de la protection sociale.

6.3 SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ADOLESCENT ET SURVIE DE L'ENFANT

L'amélioration de la santé de la mère et de l'adolescent ainsi que la survie de l'enfant constituent une des grandes priorités du Gouvernement. L'OMS interviendra dans les domaines ci-après.

6.3.1 *Mise en œuvre de la Feuille de Route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.*

L'OMS fournira son appui pour :

- a) l'application des normes dans l'offre de services de santé maternelle et néonatale;
- b) le renforcement des capacités de la communauté dans le domaine de la maternité à moindre risque;
- c) le renforcement des capacités des agents de santé sur la maternité à moindre risque;
- d) la mise à l'échelle des soins obstétricaux et néonataux d'urgence;
- e) la promotion de l'audit des décès maternels dans les établissements de soins.

6.3.2 *Mise en œuvre de la politique de santé de la reproduction*

L'OMS soutiendra le pays dans :

- a) l'application des normes de planification familiale (PF) au niveau des structures de soins et au niveau communautaire;
- b) le renforcement des capacités nationales techniques et gestionnaires dans la mise en œuvre du programme de santé sexuelle et génésique;
- c) l'extension des activités de prévention du cancer du col utérin par l'inspection visuelle à l'acide acétique et la cryothérapie;
- d) la révision de la politique nationale et l'élaboration d'un plan stratégique sur la santé de l'adolescent;
- e) le renforcement des capacités nationales pour la mise en œuvre des stratégies de la santé de l'adolescent.

6.3.3 *Mise en œuvre des interventions de survie de l'enfant*

L'OMS continuera d'appuyer et de renforcer :

- le PEV de routine, ainsi que toutes les initiatives visant à accélérer l'éradication de la poliomyélite, l'élimination de la rougeole et le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination;
- l'application des normes en matière de nutrition de l'enfant;
- la mise à l'échelle de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

6.4 PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES

La lutte contre les maladies transmissibles notamment le paludisme, le VIH et le sida ainsi que la tuberculose et la prévention intégrée des maladies non transmissibles constituent de grandes priorités pour le Gouvernement.

6.4.1 *Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*

L'OMS continuera à apporter son appui :

- au renforcement de la mise en œuvre des stratégies d'élimination du paludisme en tant que problème de santé publique;
- à la mise à l'échelle des interventions d'accès universel aux services de prévention, soins et traitement des IST, du VIH et du sida;
- au renforcement des capacités des agents communautaires pour une meilleure contribution à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la tuberculose.

6.4.2 *Lutte contre les maladies tropicales négligées et les maladies chroniques non transmissibles*

L'OMS apportera ses conseils et son appui :

- à la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées, en particulier les géohelminthiases, la filariose lymphatique, les schistosomiases, ainsi que la lèpre;
- à la mise en œuvre des stratégies de prévention et de lutte intégrée contre les facteurs de risque communs des principales maladies chroniques non transmissibles;
- pour l'analyse situationnelle des handicaps physiques et mentaux et des incapacités dues aux violences et traumatismes.

6.4.3 *Surveillance des maladies et riposte aux épidémies*

Dans le cadre du nouveau Règlement sanitaire international (RSI 2005), l'OMS apportera son appui pour :

- le renforcement des capacités aux différents niveaux du système de santé pour assurer la surveillance intégrée des maladies et la riposte aux épidémies;
- la mise en œuvre du nouveau règlement;
- la préparation et la réponse aux épidémies et pandémies majeures (choléra, arboviroses et grippe pandémique d'origine aviaire);
- le renforcement des capacités des laboratoires en vue de la confirmation des épidémies;
- le renforcement de la capacité du pays à assurer la sécurité sanitaire des aliments.

6.5 GESTION DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DES URGENCES ET DES CATASTROPHES

Madagascar fait face chaque année, aux conséquences néfastes des cyclones tropicaux qui font de nombreux sans-abri, ainsi qu'à d'autres urgences nécessitant des réponses sanitaires rapides et bien organisées. L'OMS axera son appui au pays selon les 4 fonctions essentielles qui lui sont dévolues dans le domaine des urgences.

6.5.1 *Évaluation des besoins de santé prioritaires*

L'OMS apportera sa contribution dans les évaluations initiales rapides et continues post-catastrophes afin d'identifier rapidement les besoins sanitaires des populations affectées et contribuer à la mobilisation des ressources pour y répondre, de surveiller l'évolution de la morbidité et de la mortalité suite aux sinistres et d'évaluer l'impact des actions de réponse.

6.5.2 *Coordination des actions*

L'OMS soutiendra le pays à assurer une bonne coordination de la réponse sanitaire aux catastrophes en animant notamment avec le Ministère de la Santé, le Groupe sectoriel Santé.

6.5.3 *Comblement des lacunes*

L'OMS veillera au cours des urgences, à identifier rapidement les besoins critiques en matière de santé et à s'assurer que des réponses appropriées y soient apportées. Elle contribuera à cet effet, à combler les besoins en matière de stocks médicaux d'urgence et collaborera avec les groupes nutrition et eau-assainissement pour répondre aux besoins des populations sinistrées en matière de nutrition, d'accès à l'eau potable et d'assainissement.

6.5.4 *Renforcement des capacités locales*

L'OMS soutiendra le pays :

- dans la mise à jour et la mise en œuvre du plan de contingence de préparation et de réponse aux catastrophes;
- au renforcement des capacités techniques des équipes centrales et régionales dans les zones à haut risque.

6.6 PROMOTION DE LA SANTÉ

La connaissance des aspects macroéconomiques de la santé, la prise en compte des principaux déterminants sociaux de la santé et la reconnaissance de la relation entre la santé et la pauvreté figurent parmi les grandes innovations à prendre en considération pour le développement sanitaire des populations. L'OMS apportera une assistance technique au Ministère de la Santé dans la mise en œuvre de sa politique nationale de promotion de la santé.

Dans ce cadre l'OMS concentrera ses efforts à :

- la promotion d'environnements favorables à la santé : écoles-santé, CSB amis de WASH, espaces sans tabac;
- la promotion de comportements et de styles de vie propices à une bonne santé (lutte contre le tabac et autres toxicomanies, etc.);
- au renforcement des connaissances de la population sur les facteurs de risque communs des principales maladies non transmissibles;
- au fonctionnement d'une commission nationale sur les déterminants de la santé;
- la promotion d'activités intersectorielles pour faire face aux grands déterminants de la santé.

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

Compte tenu de son mandat, l'OMS mettra en œuvre des stratégies qui répondent à l'accomplissement de ses fonctions essentielles. Le renforcement de son rôle de leadership et de conseiller dans le domaine de la santé devrait lui permettre d'œuvrer de façon plus stratégique et d'harmoniser ses efforts avec ceux des autres partenaires dans la mise en œuvre du Plan stratégique national de développement sanitaire.

La mise en œuvre de l'agenda stratégique se fera de manière conjointe pour l'Organisation toute entière et ceci, à travers les plans biennaux de la période 2008-2013. Cette approche permettra de faire bénéficier au bureau de pays, de l'expertise des autres niveaux de l'Organisation concernant les domaines où ses compétences sont limitées.

L'exécution de la stratégie de coopération avec Madagascar demandera un effort de partenariat particulier pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres cibles en rapport avec la santé et pour promouvoir l'interaction avec les autres secteurs. Dans ce contexte, le Ministère de la Santé, les autres partenaires au développement sanitaire et la société civile oeuvreront ensemble à cette fin.

La mise en œuvre de l'agenda stratégique nécessitera la mobilisation 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 extrabudgétaires mobilisés à leur niveau. De son côté, le bureau de pays redoublera d'efforts et développera une stratégie efficace de mobilisation locale de ressources supplémentaires, pour l'atteinte des résultats spécifiques attendus.

La stratégie de coopération guidera également l'appui du Siège et du Bureau régional, y compris l'équipe d'appui interpays, 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 interpays 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.

Un renforcement des capacités du bureau à travers un appui de la part des différents niveaux de l'Organisation, sera en particulier sollicité dans les domaines spécifiques suivants :

- la négociation et la mobilisation des ressources;
- la surveillance des maladies et l'application des engagements du nouveau Règlement sanitaire international;

- la réponse aux urgences sanitaires et aux catastrophes;
- le renforcement du système de santé, y compris les soins de santé primaires, les ressources humaines et la recherche en santé;
- l'élaboration/révision des politiques et stratégies dans certains domaines (exemple : la protection sociale);
- les déterminants de la santé;
- le domaine pharmaceutique.

La participation aux ateliers internationaux d'orientation stratégique, de mise à jour des connaissances et de partage d'expériences sur les bonnes pratiques entre les pays de la Région africaine de l'OMS, permettront un renforcement notable des capacités de l'équipe du bureau de pays et des responsables nationaux dans la mise en œuvre de cet agenda.

Dans ce processus le renforcement des compétences du bureau de pays ne sera pas négligé afin de lui permettre de mieux jouer son rôle de facilitateur.

SECTION 8

SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération avec le pays se feront à travers le suivi et l'évaluation des plans de travail biennaux. Conformément au processus gestionnaire de l'OMS, la mise en œuvre du plan biennal sera suivie tous les six mois et une évaluation à mi-parcours sera effectuée à la fin de la première année avec le Ministère de la Santé et les partenaires. L'évaluation à mi-parcours permettra de revoir l'état de la mise en œuvre du plan et si besoin une replanification des activités en découlera. L'évaluation finale aura lieu à la fin de chaque période biennale.

Le *Global System Management* (GSM – Système global de gestion) qui sera mis en œuvre au sein de l'Organisation toute entière, permettra aux administrateurs de programmes de mieux suivre la consommation budgétaire et l'atteinte des résultats escomptés du bureau de pays.

Outre la contribution du Bureau régional et du Siège dans le suivi régulier du programme pays, la conduite de l'exercice d'évaluation programmatique telle que celle effectuée en 2006 par le Service d'audit interne du Siège, sera bénéfique pour recentrer si nécessaire les stratégies d'action et renforcer les compétences du Bureau.

La nouvelle stratégie de coopération tient compte des nouveaux défis tout en aidant le pays à relever ses propres défis relatifs au développement sanitaire. Ainsi, l'OMS devra veiller à :

- a) appuyer les initiatives relatives à la promotion de l'approche droits humains et droit à la santé pour un système de santé fort, capable de répondre aux besoins équitables de la société;
- b) appliquer les nouvelles pratiques en matière d'aide au développement en rapport avec les Déclarations de Paris et de Rome et en privilégiant l'approche programme au niveau du secteur santé « SWAP »;
- c) contribuer à la réforme du Système des Nations Unies conformément à l'esprit «*Delivering as One*» en capitalisant les expériences des pays pilotes;
- d) développer et utiliser le cadre de travail soutenant cette réforme comme l'UNDAF, les programmes conjoints (à l'instar de la lutte contre le VIH et le sida, la décentralisation, le Système national intégré de suivi et évaluation : SNISE), l'Approche harmonisée pour le Transfert des Ressources (HACT);
- e) assumer la responsabilité au niveau national, de la contribution du secteur de la santé à l'UNDAF eu égard à son mandat et à ses avantages comparatifs;
- f) assurer la surveillance, l'alerte et l'action en faveur de la sécurité sanitaire internationale, face à l'ampleur des problèmes liés à la mondialisation devant : i) des menaces de pandémies (SRAS, grippe aviaire); ii) les risques sur la santé liés au changement climatiques; iii) les risques de multi-résistance de certains germes (exemple de la tuberculose);
- g) contribuer à la mise en œuvre effective de la politique nationale de décentralisation au niveau du secteur de la santé.

RÉFÉRENCES

1. BAD, BM, OMS, UNFPA, UNICEF; Aide-mémoire, mission conjointe d'appui à l'approche sectorielle de la santé à Madagascar; juillet 2007.
2. Carl-Ardy Dubois, Suzanne Boivin, Lucien Albert; Élaboration du Plan de Développement des Ressources humaines (PDRH) pour le Secteur santé, Madagascar ; Unité de Gestion des Projets d'Appui au Secteur Santé, Bureau de coordination du projet CRESAN 2; Rapport final de mai 2007.
3. Déclaration de Paris ; efficacité de l'aide au développement; forum à haut niveau; février - mars 2005.
4. Déclaration de Rome ; harmonisation; forum à haut niveau; février 2003.
5. Institut national de la Statistique (Direction de la Démographie et des Statistiques sociales - Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget); EPM 2005 (Enquête périodique auprès des ménages); Rapport principal; juin 2006.
6. Institut national de la Statistique (Direction de la Démographie et des Statistiques sociales - Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget); Enquête démographique et de Santé EDSMD-III ; Madagascar ; 2003 – 2004.
7. Institut national de la Statistique (Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget); Guide statistique de poche n° 1; septembre 2003.
8. Institut national de la Statistique (Direction de la Démographie et des Statistiques sociales - Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget); RGPH93/projection de population/EPM 2002.
9. Institut national de la Statistique (Direction de la Démographie et des Statistiques sociales - Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget); EDS 2003-2004; RGPH93/MICS 2000.
10. Institut Pasteur de Madagascar; Rapport d'activités; 2004.
11. Ministère de l'Éducation nationale et de la Recherche Scientifique (Direction de la Planification de l'Éducation fondamentale secondaire et technique); Annuaire statistique 2005 – 2006.
12. Ministère de la Santé, du Planning familial et de la Protection social ; Plan de Développement du Secteur Santé et de la Protection sociale (PDSSPS); 2007.
13. Ministère de la Santé, du Planning familial et de la Protection sociale: N°1021 SANPF/SG du 28/11/06 Politique générale de l'État 2007.
14. Ministère de la Santé et du Planning Familial; Politique nationale de Santé, Madagascar; octobre 2005.
15. Ministère de la Santé et du Planning familial, Organisation mondiale de la Santé (Bureau régional de l'Afrique); Stratégie de coopération avec les pays (SCP) - Madagascar 2004 – 2007.
16. Nations Unies A/CONF.198/3; Conférence internationale sur le financement du développement; mars 2002.
17. OMS, BAD, BM, UNFPA, UNICEF ; Aide-mémoire; Mission conjointe d'appui à l'approche sectorielle de la santé à Madagascar; juillet 2007.
18. Organisation mondiale de la Santé; plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et projet de budget programme 2008-2009.

19. Organisation mondiale de la Santé; Programme mondial d'action sanitaire; s'engager pour la santé; Onzième programme général de Travail 2006 – 2015.
20. Organisation mondiale de la Santé (Bureau OMS/Madagascar); rapport d'évaluation de la performance; 2006-2007.
21. Organisation mondiale de la Santé; Présentation du rôle de l'OMS dans les approches sectorielles du développement sanitaire; janvier 2006.
22. Organisation mondiale de la Santé; orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005 – 2009.
23. Organisation mondiale de la Santé; Règlement sanitaire international 2005.
24. Organisation mondiale de la Santé; Documents fondamentaux 2003; 44^{ème} édition.
25. Organisation mondiale de la Santé (Bureau régional de l'Afrique); Cadre stratégique 2002 – 2005.
26. Organisation mondiale de la Santé/Madagascar; profil pays de Madagascar; juin 2002.
27. Organisation mondiale de la Santé, EB 105/3; une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.
28. Présidence de la République; Madagascar Action Plan (MAP) 2007 – 2012.
29. Programme des Nations Unies pour le Développement; Rapport mondial sur le Développement humain 2007 – 2008.
30. Système des Nations Unies; Bilan commun de pays Madagascar et Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2005-2009.
31. UNICEF; Programme de coopération Madagascar – Unicef, plan cadre d'opération 2001-2003.
32. World Health Organisation; Country evaluation report, WHO in Madagascar; July 2006.
33. World Bank; Project appraisal document on a proposed credit to the Republic of Madagascar for a Madagascar sustainable health system development project; April, 2007.