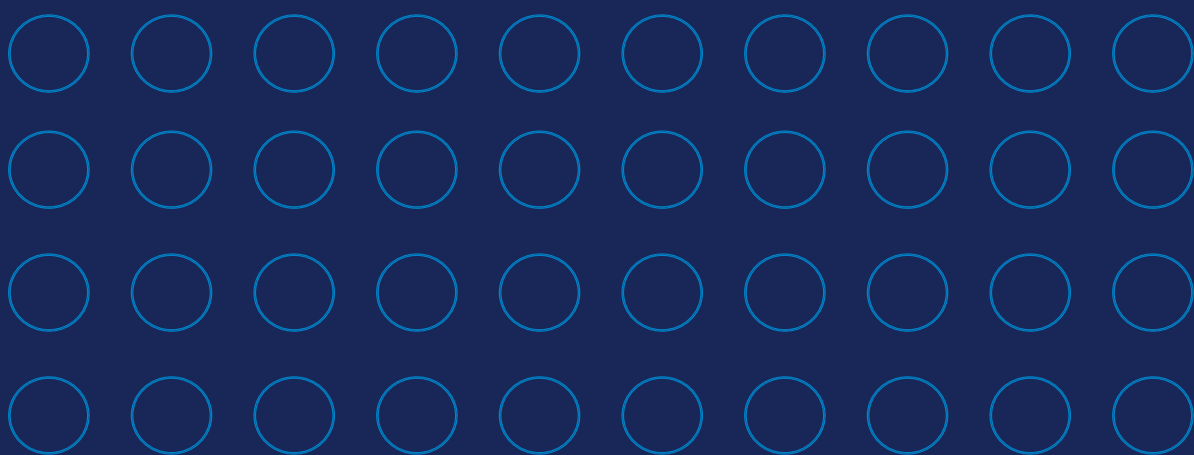


Rapport biennal

2024 - 2025

« Un monde uni pour la santé »



Organisation
mondiale de la Santé

PRÉFACE



Professeur Laurent MUSANGO
Représentant résident, OMS Madagascar

Au cours du biennium 2024–2025, l'appui du Bureau de l'OMS à Madagascar s'est inscrit dans la phase finale de mise en œuvre du treizième Programme Général de Travail (PGT13) et de l'ambition du « Triple Milliard ». Dans un contexte caractérisé par des vulnérabilités structurelles et des chocs récurrents, l'action conjointe avec les autorités nationales et les partenaires a visé à préserver les acquis, accélérer les progrès vers la Couverture sanitaire universelle et renforcer la préparation, la surveillance et la riposte face aux urgences de santé publique.

Malgré l'instabilité sociopolitique et institutionnelle, les contraintes de gouvernance et de leadership, la réduction des financements et la mobilité du personnel, des avancées notables ont été obtenues. La création de l'Agence du Médicament de Madagascar, l'extension progressive de la surveillance épidémiologique intégrée et électronique, la formation au SIMR (3e édition) et l'essor d'outils d'amélioration des performances (GTS, LQAS) ont contribué à consolider les fonctions essentielles de santé publique.

Parallèlement, la planification et la mise en œuvre de mesures de lutte contre les maladies transmissibles (transition post-certification polio, actualisation du plan d'élimination du tétanos maternel et néonatal) et l'actualisation des protocoles nationaux de nutrition témoignent d'un recentrage sur les priorités à fort impact.

Toutefois, la résurgence d'urgences sanitaires, les risques climatiques et les catastrophes naturelles, la stagnation de certains programmes, la gestion des rumeurs sanitaires et l'insuffisance d'engagement communautaire rappellent l'ampleur des efforts à poursuivre. Le niveau des plateaux techniques, les systèmes d'eau et d'assainissement et la qualité des services demeurent des domaines à renforcer pour garantir l'accès équitable, la continuité et la sécurité des soins.

Dans ce contexte, le Bureau réaffirme son engagement à fournir un appui technique impartial, fondé sur les données probantes, et à promouvoir des approches multisectorielles, notamment à travers l'institutionnalisation de la plateforme nationale « **Une Seule Santé** ».

Les priorités pour la période à venir porteront sur :

- (i)** le renforcement de la gouvernance et de la redevabilité ;
- (ii)** la consolidation des fonctions essentielles de santé publique (surveillance, laboratoires, préparation et riposte) ;
- (iii)** l'amélioration de la qualité et de la continuité des services au niveau des établissements de santé ;
- (iv)** la relance de la vaccination et des programmes prioritaires ;
- (v)** l'investissement dans les ressources humaines pour la santé ;
- (vi)** la lutte contre la désinformation par des stratégies de communication des risques et d'engagement communautaire renforcées ; et
- (vii)** la mobilisation et l'alignement des financements en appui aux priorités nationales.

Le Bureau de l'OMS à Madagascar remercie les autorités nationales, les partenaires techniques et financiers, la société civile et les professionnels de santé pour leur engagement constant. Ensemble, et en capitalisant sur les leçons du biennium, nous poursuivrons la construction d'un système de santé plus robuste, plus équitable et plus résilient, afin que chaque personne à Madagascar bénéficie d'un accès durable à des services de santé essentiels et de qualité.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	i
Table des matières	iii
Acronymes et abréviations	vi
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Contexte	1
1. COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE	4
Résultat 1.1 Accès équitable à des services de santé essentiels, intégrés et de qualité améliorée, sans distinction de sexe, d'âge ou de handicap.....	5
1.1.1 Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et Adolescente et nutrition	5
1.1.2 Maladies transmissibles et Maladies Tropicales Négligées	8
1.1.3 Programme Élargi de Vaccination	14
1.1.4 Maladies Non Transmissibles.....	16
1.1.5 Développement des Ressources Humaines en Santé	17
Résultat 1.2 Réduction du paiement direct des soins de santé.....	21
1.2.1 Résultats et Impacts.....	21
1.2.2 Défis et obstacles structurels	21
1.2.3 Leçons apprises et perspectives	21
Résultat 1.3 L'accès aux médicaments essentiels, vaccins, diagnostics et dispositifs pour les soins de santé primaires est amélioré.....	22
1.3.1 Renforcement du système de santé et lutte contre la Résistance aux Antimicrobiens	22
1.3.2 Sécurisation pharmaceutique et gouvernance	22
1.3.3 Laboratoires	23
Résultat 2.1 Le pays est préparé aux urgences sanitaires	26
2.1.1 Sécurité sanitaire et urgences.....	26
2.1.2 Gouvernance et approche « Une Seule Santé ».....	26
2.1.3 Anticipation et planification stratégique	27
2.1.4 Réponse opérationnelle et logistique	27
2.1.5 Renforcement du Capital Humain	27
Résultat 2.2 Les épidémies et pandémies sont évitées	29
2.2.1 Prévention et veille épidémiologique : l'approche « Une Seule Santé ».....	29
2.2.2 Lutte contre la poliomyélite	29
2.2.3 Renforcement du système de santé	29

Résultat 2.3	Détection et traitement rapides des urgences sanitaires	31
2.3.1	Gestion des crises et anticipation climatique	31
2.3.2	Renforcement normatif et institutionnel.....	31
2.3.3	Élimination de la poliomyélite et vaccination	32
2.3.4	Gestion des urgences et réponse aux crises.....	32
2.3.5	Normes, standards et prévention.....	32
2.	PROMOTION DE LA SANTE DES POPULATIONS	34
Résultat 3.1	Promotion d'établissements sûrs et équitables à travers les déterminants de santé	35
3.1.1	Actions et Produits	35
3.1.2	Produits livrés/Résultats	35
Résultat 3.2	Promotion de sociétés habilitantes et lutte contre les facteurs de risque.....	35
3.2.1	Actions et Produits	35
3.2.2	Points clés retenus	36
Résultat 3.3	Environnements favorables à la santé et durables	36
3.3.1	Synthèse des actions et domaines d'intervention	36
3.3.2	Changement climatique et santé	36
3.3.3	Eau, assainissement et hygiène.....	36
3.3.4	Gestion des pollutions et santé au travail	37
3.	SOUTIEN AU PAYS	40
Résultat 4.1	Renforcement des capacités en données, innovation et Suivi évaluation.....	41
4.1.1	Principaux résultats.....	41
4.1.2	Stratégie et Gouvernance	41
4.1.3	Digitalisation et collecte de données	42
4.1.4	Surveillance, Laboratoires et Innovation	42
4.1.5	Défis majeurs	43

Résultat 4.2 Renforcement du leadership, de la gouvernance et du plaidoyer en santé 44

4.2.1 Consolidation de la gouvernance sanitaire.....	44
4.2.2 Résultats et ancrage territorial	44
4.2.3 Stratégie et impact de l’OMS à Madagascar	44
4.2.4 Décentralisation des actions de l’OMS à travers les sous-bureaux.....	45
4.2.5 Perspectives et Prochaines Étapes	46
4.2.6 Dynamisation des partenariats et de la coordination	46
4.2.7 Impact sanitaire et opérationnel	47
4.2.8 Influence et diplomatie sanitaire.....	47
4.2.9 Excellence et gouvernance	47
4.2.10 Diversification des sources de financement	47
4.2.11 Gouvernance et Intersectorialité.....	48
4.2.12 Appropriation et alignement	48
4.2.13 Mobilisation des ressources.....	48
4.2.14 Gestion des ressources humaines	50

CONCLUSION..... 54

Liste des principaux partenaires..... 62

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AMTS	Analyse du Marché du Travail dans le secteur de la Santé
AHPSR	Alliance for Health Policy and Systems Research
ANIMUSE	Animal antimicrobial Use
ARV	Antirétroviraux
AWaRe	Access, Watch, Reserve
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BNGRC	Bureau National de Gestion des Risques et des Catastrophes
COUSP	Centre d'Opérations d'Urgence de Santé Publique
CRVS	Civil Registration and Vital Statistics
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTC	Centre de Traitement Choléra
CV	Couverture Vaccinale
cVDPV1	circulating Vaccine-Derived Poliovirus type 1
DA	Diethylcarbamazine and Albendazole
DHIS2	District Health Information Software 2
DTC-HepB-Hib	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B, Haemophilus influenzae de type b
eCTD	electronic Common Technical Document
EIOS	Epidemic Intelligence from Open Sources
EMS	Epidemiological Monitoring Survey
FESP	Fonctions Essentielles de Santé Publique
GAVI	Global Alliance for Vaccine Initiative
GC8	Grant Cycle 8
GLASS	Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System
GDT	Guides de Diagnostic et de Traitement
GTS	Geographic Tracking System
HPV	Human Papillomavirus
IDA	Ivermectin, Diethylcarbamazine, and Albendazole

IIS	Impact Indicator Survey
ISO	International Organization for Standardization
EEC	Évaluation Externe Conjointe
LA2M	Laboratoire d'Analyses Médicales Malagasy
LNMEIS	Liste Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Santé
LTA	Long Term Agreement
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MNT	Maladies Non Transmissibles
MPTF	Multi-Partner Trust Fund
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MTNC	Maladies Tropicales Négligées Chroniques
NCC	Neurocystercoses
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCI	Prévention et Contrôle des Infections
PCMPI	Projet de Contrôle des Maladies Tropicales Négligées et d'Inclusion
PDSS	Plan de Développement du Secteur de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PGT 13	13 ^{ème} Programme Général de Travail
RHS	Ressources Humaines en Santé
PPS	Point Prévalence Survey
PSEA	Protection from Sexual Exploitation and Abuse
PNS	Politique Nationale de Santé
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RAM	Résistance aux Antimicrobiens
RSI	Règlement Sanitaire International
SAFER	Strengthen, Advance, Facilitate, Enforce, Raise
SCORE	Survey, Count, Optimize, Review, Enable
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladie et Riposte
SIS	Système d'Information Sanitaire

SRMNIA	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et Adolescente
SSP	Soins de Santé Primaires
STAR	Strategic Tool for Assessing Risk
TAB	Vaccin contre la typhoïde, paratyphoïde A et paratyphoïde B
TAS	Transmission Assessment Survey
TB	Tuberculose
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
VAR	Vaccin contre la Varicelle
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VNU	Volontaires des Nations Unies
WASH	Water Sanitation and Hygiene
WASHFIT	Water and Sanitation for Health Facility Improvement Tool
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule
WISN	Workload Staffing Indicator Needs
USD	United States Dollar

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Indicateurs clés de performance en santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente
Tableau II	Indicateurs clés de performance dans la lutte anti-paludisme
Tableau III	Indicateurs clés de performance dans la lutte contre le SIDA
Tableau IV	Indicateur clé de performance de la lutte antituberculeuse
Tableau V	Indicateurs clés de performance dans la lutte contre les MTN
Tableau VI	Impacts des activités MTN menées auprès des populations cibles
Tableau VII	Indicateurs clés de performance du PEV
Tableau VIII	Projections situation ressources humaines
Tableau IX	Evaluation des capacités des laboratoires des secteurs humain, animal et environnemental sur la surveillance de la RAM
Tableau X	Indicateurs clés de performance en matière de qualité des produits
Tableau XI	Impacts clés du renforcement du capital humain
Tableau XII	Indicateurs clés de performance en termes de renforcement du système de santé
Tableau XIII	Impacts constatés à la suite du renforcement normatif et institutionnel
Tableau XIV	Principaux résultats liés au renforcement des capacités en données, innovation et suivi-évaluation
Tableau XV	Indicateurs clés de performance en surveillance, laboratoires et innovation
Tableau XVI	Actions de renforcement de la gouvernance et leadership
Tableau XVII	Ressources domestiques mobilisées
Tableau XVIII	Mobilisation des ressources
Tableau XIX	Exécution budgétaire 2024-2025
Tableau XX	Répartition du staff de l’OMS par type et par lieu de travail, 2025

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Mission d'évaluation de la qualité des soins en matière d'allaitement maternel dans le district d'Amboasary Sud
Figure 2	Investigation de l'épidémie de paludisme dans le district d'Tkongo, 2025
Figure 3	Activité de recherche active de lèpre dans le district d'Ambatoboeny, et renforcement des capacités et prise en charge clinique
Figure 4	Campagne de vaccination nationale contre le Human Papillomavirus (HPV) à Madagascar, 2025
Figure 5	Lancement des curricula de formation basés sur les compétences, 2025
Figure 6	Atelier de formation WISN, 2025
Figure 7	Evaluation des laboratoires nationaux sur la RAM
Figure 8	Démonstration durant la formation des équipes d'intervention rapide
Figure 9	Remise officielle des aides de la Russie en partenariat avec l'OMS
Figure 10	Campagne de vaccination contre la poliomyélite
Figure 11	Évaluation Externe Conjointe des capacités de préparation, de détection et de réponse aux urgences de santé publique, 2025
Figure 12	Revue finale du Plan de Développement du Secteur Santé 2020-2024
Figure 13	Remise d'un incinérateur sans fumée toxique au CHU Analakininina, 2025
Figure 14	Atelier régional de formation au GTS
Figure 15	Distribution des sous-bureaux OMS
Figure 16	Réunion avec les partenaires techniques et financiers pour l'atteinte des priorités en matière de santé à Madagascar, 2025
Figure 17	Répartition des ressources locales mobilisées par bailleur
Figure 18	Quelques membres du personnel féminin de l'OMS Madagascar
Figure 19	Répartition du personnel du bureau OMS Madagascar par sexe
Figure 20	Intensification des actions de prévention et de réponse à l'exploitation et aux abus sexuels

Le biennium 2024-2025 marque la phase finale du PGT13 de l'OMS. À Madagascar, cette période est définie par une double ambition : accélérer l'atteinte de l'objectif « Triple Milliard » et renforcer la résilience d'un système de santé confronté à des crises multidimensionnelles (OMS, GPW13 2019-2023 ; 2019).

En effet, la situation sanitaire du pays est caractérisée par un environnement sous haute tension épidémiologique et climatique. Madagascar figure ainsi parmi les pays les plus vulnérables aux chocs externes. Parmi ces chocs figurent les aléas climatiques : le passage de plusieurs cyclones tropicaux dont quatre survenus successivement en 2024 (Alvaro, Filipo, Gamane et Chido) et trois en 2025 (Dikeledi, Jude et Hunde) vient immédiatement à l'esprit, cataclysmes ayant exacerbé les besoins humanitaires. Les menaces infectieuses restent également importantes dans le pays, marqué par la lutte contre la persistance du poliovirus dérivé (détecté jusque dans les eaux usées) et l'endémicité de la filariose lymphatique identifiée dans 87 districts. La peste demeure également une menace persistante. Enfin, la période 2024 -2025 enregistre des progrès modestes en ce qui concerne la vaccination. En effet, la couverture vaccinale infantile en Penta3, est passée 65 % en 2023 à 83% en 2025. Ces efforts doivent être poursuivis pour atteindre l'objectif de couverture d'au moins 95%.

En outre, le paludisme représente un autre défi de taille. Malgré des progrès notables réalisés, dont la baisse de l'incidence de 57,7 ‰ en 2023 à 43,84 ‰ en 2025, des recrudescences localisées ont été observées au cours du dernier trimestre de l'année 2025 dans quatre régions sur les 23, notamment Alaotra Mangoro, Anosy, Atsimo-Atsinanana et Fitovinany.

La malnutrition constitue également une préoccupation majeure sachant que la malnutrition aiguë touche encore 8 % de la population. En termes de santé reproductive, l'accès à la contraception stagne à 43 % en raison de déficits structurels, socio-culturels, ainsi que la problématique du financement des produits contraceptifs, tributaire de la crise

financière mondiale. La transition épidémiologique constitue également une double charge pour Madagascar avec la montée en puissance des Maladies Non Transmissibles (MNT) et des troubles mentaux, s'ajoutant au fardeau des maladies infectieuses sous-financées (VIH/Virus de l'Immunodéficience Humaine, Tuberculose, Hépatites). Enfin, le paysage sanitaire malgache est marqué par la récurrence des épidémies, notamment la poliomyélite, la rougeole et la peste, ainsi que la mpox notifiée en décembre 2025. N'oublions pas l'insuffisance d'accès aux services WASH (Water Sanitation and Hygiene), avec 58% des formations sanitaires ne disposant d'aucun service d'eau dans le pays et 34% ne disposant pas de services d'assainissement, ce qui représente un problème épineux touchant à l'enjeu immense.

Avancées institutionnelles et gouvernance

Le biennium a également été marqué par une période de réformes structurelles importantes qui ont conduit au profil suivant :

- Une souveraineté pharmaceutique renforcée, marquée par la mise en place de l'Agence du Médicament de Madagascar et l'adoption du Plan stratégique 2024-2028.
- L'indice de couverture des services de santé essentiels : avec un score national de **35 %**, contre **46 % pour la moyenne régionale**, Madagascar se situe à un tournant critique pour l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).
- La perspective de mise à l'échelle de la Surveillance Épidémiologique Intégrée et Électronique et la formation des agents de santé au Guide pratique pour la SIMR 3^{ème} édition de l'OMS : la couverture est actuellement de 50% (57 districts sur 114 districts).

Durant ce biennium, l'action de l'OMS s'est essentiellement concentrée sur la consolidation des acquis et l'innovation dans la réponse sur différents axes.

En termes de gouvernance, ce biennium a vu l'évaluation de la première année de mise en œuvre du Compact Financier (Dossier d'investissement de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et Adolescente (SRMNIA) et le renforcement du Système d'Information Sanitaire (SIS). L'ambition durant la période 2024-2025 a été de porter l'approche «santé dans toutes les politiques» auprès des hauts responsables gouvernementaux.

Lutte contre les maladies et la prévention

- **Poliomyélite** : Un plan de transition après la certification du pays en 2025 visant le renforcement de la surveillance de la Paralyse Flaccide Aiguë (PFA) a été élaboré.
- **Tétanos materno-néonatal** : le plan d'élimination du téτανos materno-néonatal a été élaboré.
- **Le GTS** a été initié dans 2 districts pour sa phase pilote en campagne de vaccination, actuellement étendu à 91/114 districts en vaccination de routine.
- La méthode LQAS a été étendue à l'évaluation de la vaccination de routine pour apprécier la performance des districts et identifier les zones nécessitant un appui renforcé.
- L'attribution des codes EPID au niveau des districts a été initiée.
- **Maladies Tropicales Négligées (MTN)** : Les prises en charge pour la filariose lymphatique et les campagnes d'Administration de Masse des Médicaments (AMM) contre les MTN ont été lancées.
- **Nutrition** : Le protocole de prévention et de prise en charge de la malnutrition aiguë ainsi que les curricula de formation selon les nouvelles directives de 2023 ont été actualisés.

Engagement partenarial et interne

- Un renforcement de la coordination multisectorielle et mobilisation de la société civile.
- Un focus sur le développement personnel des ressources humaines de l'OMS pour garantir une expertise agile et un conseil impartial auprès du ministère de la Santé.
- Un renforcement de l'institutionnalisation et de la fonctionnalité de la plateforme nationale « Une Seule Santé ».

Globalement, la fin du biennium 2024-2025 a été un grand défi en raison des réformes engagées au niveau global de l'Organisation, tributaire de la crise financière mondiale. Le Bureau de Madagascar, à l'instar des autres Bureaux de la région africaine a vu son financement réduit, ce qui a également entraîné une réduction du capital humain.



COUVERTURE SANITAIRE

UNIVERSELLE



Résultat 1.1

Accès équitable à des services de santé essentiels, intégrés et de qualité améliorée, sans distinction de sexe, d'âge ou de handicap

1.1.1 Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et Adolescente et nutrition



Figure 1 : Mission d'évaluation de la qualité des soins en matière d'allaitement maternel dans le district d'Amboasary Sud

Ce biennium a été marqué par une dynamique de transformation profonde, articulée autour de la digitalisation et de l'amélioration de la qualité des soins. En s'alignant sur les normes de l'OMS, les interventions ont visé à bâtir un système de santé plus résilient et axé sur les données.

Performances majeures et transformation numérique

Une importante avancée a été l'intégration de la nutrition et de la santé maternelle dans le système électronique national de gestion de l'information sanitaire : la plateforme DHIS2 (District Health Information Software 2). Cette transition numérique a permis de faire passer la complétude des données de 53 % en 2023 à 85 % en 2025, offrant une visibilité sans précédent pour le pilotage stratégique (Tableau 1).

Sur le plan normatif et qualitatif, des améliorations fondamentales ont été effectuées :

- En termes de qualité des soins : Neuf (9) plans d'amélioration ont été élaborés dans des structures à forte mortalité et le renforcement de la surveillance des décès au niveau des districts de Nosy Be et de Sainte-Marie.
- Mise à jour des standards : Les protocoles de prise en charge de la malnutrition et l'intégration de l'initiative « Hôpitaux amis des bébés » ont été réactualisés.
- Efficacité opérationnelle : Les recherches sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant à travers des descentes de terrain dans plusieurs sites (**Figure 1**) montrent que plus de 90 % des centres pilotes disposent désormais du matériel de diagnostic essentiel.

Défis structurels et freins à l'équité

Malgré ces performances, le système fait face à des obstacles persistants. Au niveau opérationnel, la généralisation des bonnes pratiques est notamment ralentie par :

- La surcharge de travail des agents de santé.
- Le manque de formation continue.
- Une coordination multisectorielle encore perfectible freinant la fluidité des réponses intégrées.

En matière de nutrition, l'offre de soins reste insuffisante dans les zones enclavées, où le réseau des centres nutritionnels ambulatoires et intensifs (CRENI/CRENAS) ne couvre pas encore l'ensemble des besoins.

Vulnérabilité financière et leçons apprises

Une analyse critique met en évidence une dépendance importante aux financements extérieurs pour certains programmes prioritaires, notamment la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Bien que ces appuis aient contribué à des progrès significatifs en termes d'accès aux services et de renforcement des capacités, leur prédominance peut soulever des défis de durabilité, particulièrement dans un contexte de contraintes budgétaires nationales et de priorités concurrentes. Sans stratégies progressives visant à renforcer le financement domestique et l'intégration des interventions dans les systèmes nationaux, cette situation pourrait accentuer les inégalités d'accès aux services de santé, avec un risque de fragmentation du système de santé.

Opportunités et perspectives

- Nouveaux partenariats : L'appui de la Banque Mondiale, d'IrishAid et d'ECHO ouvre des perspectives d'extension géographique des services SRMNIA et nutritionnels, ainsi que des soins de santé primaires.
- Gouvernance guidée par les données : L'utilisation des tableaux de bord (Sphère, SADC 2025) permet un plaidoyer politique plus basé sur les données probantes.
- Engagement Communautaire : Une approche locale renforcée pour la santé sexuelle et reproductive garantit une meilleure acceptabilité des services.

Tableau I : Indicateurs clés de performance en santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente

Indicateurs	2023		2024		2025	
	Objectif	Réalisation	Objectif	Réalisation	Objectif	Réalisation
Nombre des documents de référence obsolètes	10	10	3	3	4	4
Programmes DHIS2 fonctionnels (SRMNIA/Nutrition)	2	0	4	3	4	4
Taux de complétude des données SRMNIA-Nutrition	100%	53 %	100%	85 %	100%	86%
Taux d'accouchement assisté	60%	38%	60%	43%	60%	49%
Prévalence contraceptive	70%	47,8%	70%	65%	70%	43,91%
Nombre des Formations sanitaires avec plan d'amélioration de la qualité	0	0	5	5	4	4

Source : DHIS2, DEPSI/MSANP

1.1.2 Maladies transmissibles et Maladies Tropicales Négligées

α) Paludisme

Standardisation et défis de la lutte antipaludique

Le biennium s'est démarqué par une harmonisation des interventions grâce à un nouveau manuel de référence aligné sur les standards de l'OMS, garantissant une prise en charge cohérente. Sur le terrain, la mobilisation s'est traduite par un renforcement de la veille épidémiologique (**figure 2**), l'analyse des causes de recrudescence et la supervision de la distribution de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII). Ces initiatives ont eu très peu de résultats positifs en termes d'amélioration des indicateurs de performance (Tableau II).

Défis

Des obstacles persistants freinent cependant la riposte :

- Logistique et finance : Les retards dans la livraison des MII et par rapport aux délais de décaissement des fonds sont observés, ainsi que les ruptures fréquentes en intrants antipaludiques.
- Gouvernance : La persistance du marché illicite de médicaments impacte malheureusement la gestion des stocks.
- Leçons et perspectives : L'expérience souligne la nécessité de réduire la dépendance aux financements extérieurs et d'améliorer la qualité des données. Pour l'avenir, deux axes seront priorisés :
- L'intégration opérationnelle de la lutte contre le paludisme au sein de la surveillance globale des urgences sanitaires.
- La supervision conjointe (Programme National de Lutte contre le Paludisme/OMS) pour coordonner une réponse robuste et en temps réel dans les zones critiques.



Figure 2 : Investigation de l'épidémie de paludisme dans le district d'Ikongo, 2025

Tableau II : Indicateurs clés de performance dans la lutte anti-paludisme

Indicateurs	Objectifs 2024	Résultats 2024	Objectifs 2025	Résultats 2025
Taux de dépistage par Test de Diagnostic Rapide	100 %	91 %	95%	93,2 %
Incidence du paludisme pour 1 000 habitants	47,7 ‰	97 ‰	58,03 ‰	43,85 ‰
Prise en charge des cas confirmés de paludisme	100 %	97,1 %	100%	92,7%

Source : DHIS2, DEPSI/MSANP, Plan Stratégique Paludisme2023-2027

b). Virus de l’Immunodéficience Humaine

« Vers une réponse stratégique intégrée »

Progrès et Réalisations

Le biennium 2024-2025 s’est illustré par des avancées notables dans la lutte contre le VIH à Madagascar. L’action s’est structurée autour de trois axes majeurs :

- **Gouvernance** : La validation de la délégation des tâches (*Task Shifting*) et la mise à jour des normes de dépistage ont permis de lever les freins réglementaires.
- **Renforcement des capacités** : 100 professionnels ont été formés pour intégrer les soins (VIH-Tuberculose/TB-Paludisme) et améliorer la prise en charge avancée.
- **Mobilisation** : Outre le succès du Colloque de l’Océan Indien, des campagnes universitaires ont permis de réaliser 5 000 dépistages. Une avancée majeure est à noter à travers l’élaboration et l’adoption des directives sur les traitements substitutifs pour les usagers de drogues.
- L’expérience en milieu carcéral a cependant prouvé l’efficacité de la recherche active de cas.

Défis et perspectives

Malgré ces avancées, le pays fait face à des données fragmentées, des indicateurs de performance sous-optimaux (**Tableau III**), des financements limités et des barrières socioculturelles persistantes. L’avenir repose sur l’Enquête de Séroprévalence Nationale (ESN) soutenue par les partenaires, à hauteur de 180 000 USD. Cette étape cruciale permettra d’aligner la stratégie nationale sur des données probantes pour un impact clinique maximal.

Tableau III : Indicateur clé de performance dans la lutte contre le SIDA

Indicateur	Objectif 2024	Réalisation 2024	Objectif 2025	Réalisation 2025
Proportion de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) sous antiretroviraux (ARV)	50%	23,87%	50%	34%
Proportion des PVVIH sous ARV avec charge virale supprimée dans les 12 mois d'ici fin 2025	8%	8,14%	22,62%	8,4%

Source : Données UNAIDS, 2024-2025.

c) Tuberculose

Optimisation stratégique de la lutte contre le VIH et la tuberculose

Dans un contexte de restrictions budgétaires, notamment liées à la réduction des financements du Fonds Mondial, l'action sanitaire s'oriente vers une intégration accrue des services (VIH/TB/ Paludisme/Santé Maternelle) pour garantir l'efficacité opérationnelle.

Renforcement du cadre normatif et technique

La révision stratégique a permis de mettre à jour les manuels de procédures pour les cinq prochaines années. Les évolutions majeures incluent l'extension de la prévention aux adultes (au-delà de 5 ans) et la mise en place d'un tableau d'indicateurs de suivi-évaluation intégré pour une meilleure réactivité.

Impact clinique et décentralisation

Le maillage territorial s'est densifié avec l'ouverture d'un nouveau Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT) à Tanambe (District d'Amparafaravola, région d'Alaotra-Mangoro). Les interventions ciblées ont porté leurs fruits, notamment :

- **Milieu carcéral (Fénérive-Est) :** Une investigation d'envergure a permis de

dépister 545 détenus, identifiant 33 cas de TB et 15 cas de VIH, tout en révélant une précarité nutritionnelle critique.

- **Santé maternelle :** Un projet holistique a été lancé dans cinq districts du Sud pour un suivi intégré des femmes enceintes.

Défis et perspectives

Malgré ces avancées, des obstacles subsistent : un taux de pertes de vue élevé (36 %) et la prise en charge insuffisante (Tableau IV) de la tuberculose multirésistante (TBMR).

La stratégie future s'appuie sur la décentralisation des soins ainsi que sur une revue commune des programmes. Cette synergie multisectorielle est la condition sine qua non pour maximiser les ressources et réussir la prochaine demande de financement Grant Cycle 8 (GC8).

Tableau IV: Indicateur clé de performance de la lutte antituberculeuse

Indicateur	Objectif 2024	Résultat 2024	Objectif 2025	Résultat 2025
Proportion des patients tuberculeux notifiés ayant atteint un succès thérapeutique	88 %	83 %	88%	82%

Source : PNLT, 2024-2025

d). Hépatites

Réalisations et perspectives sanitaires

Le pays a franchi des étapes significatives avec l'intégration de la dose de naissance contre l'hépatite dans le plan stratégique national et le renforcement de la lutte contre le VIH et la TB.

Cependant, des défis structurels persistent : une expertise technique insuffisante, un manque de données fiables et une dépendance critique envers l'aide extérieure (échec du financement de 500 000 USD pour l'hépatite). De plus, l'efficacité clinique reste perfectible, avec 36 % de cas de TB non détectés.

L'avenir repose sur la mobilisation de ressources domestiques pour garantir la stabilité du système. La soumission au GC8 (2026) et de nouveaux partenariats (Australie, Égypte, Africa CDC) seront déterminants pour transformer ces orientations stratégiques en impacts communautaires réels.

e). Maladies Tropicales Négligées

Chimiothérapie préventive et prise en charge des cas

- **Interventions de masse et couverture géographique :** L'objectif est l'interruption de la transmission par l'AMM) et la surveillance active.
- **Filariose lymphatique :** des campagnes d'AMM ont été organisées dans 67 districts en 2024 et dans 24 districts en 2025.
- **Schistosomiasés et géo-helminthiases :** des campagnes d'AMM ont eu lieu dans 105 districts.
- **Téniose/ Neurocysticercoses (NCC) :** le focus s'est porté sur les districts de Betafo et Mandoto en 2024 et dans ceux de Sakaraha et Beroroha en 2025.



Figure 3 : Activité de recherche active de lèpre dans le district d'Ambatoboeny, renforcement des capacités et prise en charge clinique

■ **Lèpre et Maladies Tropicales Négligées Chroniques (MTNC) :**

La recherche active des cas a eu lieu dans les districts de Vatomandry, Mahanoro, Port Bergé, Mampikony et Ambato Boeny.

- **Intégration :** la mise en œuvre systématique de synergies avec les campagnes de vaccination anti-poliomyélite a été privilégiée pour maximiser la portée communautaire.

La transition d'une approche de traitement vers une approche de gestion durable des complications (Projet de Contrôle des Maladies Tropicales Négligées et d'Inclusion/PCMPI) s'est effectuée à travers un certain nombre d'interventions avec des résultats variables (Tableau V) ainsi que des impacts populationnels (Tableau VI).

- **Chirurgie :** 17 chirurgiens issus de 5 régions ont été formés à la prise en charge de l'hydrocèle sur la base du nouveau protocole de l'OMS.

- **PCMPI :** 253 Centres de Santé de Base (CSB) répartis dans 09 districts ont été formés sur le diagnostic de l'hydrocèle et la prise en charge des lymphœdèmes.

- **Enquête WHODAS** (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*), **PCMPI :** 22 enquêteurs ont été formés dans 17 districts. La collecte des données auprès de 309 échantillons a été réalisée.

- **Expertise Terrain :** 296 enquêteurs (centraux et régionaux) ont été formés aux enquêtes épidémiologiques EMS (*Epidemiological Monitoring Survey*), TAS 1 (*Transmission Assessment Survey*) et IIS 1 (*Impact Indicator Survey*).

- **Outils de gestion :**

- Des modules de formation spécifiques sur la prise en charge des morbidités ont été conçus.
- 213 responsables MTN dans 17 districts ont été formés sur l'utilisation de la plateforme DHIS2.

- Digitalisation : Le module DHIS2-MTN a été paramétré et déployé pour le suivi des données.

Cadre stratégique et gouvernance

- **Lutte contre la peste :** Le Plan Stratégique National a été mis à jour.

- Un **toolkit de lutte anti-vectorielle** et anti-réservoir (Atelier Redroz) a été élaboré.

- **Vers zéro lèpre :** Le Plan national de lutte contre la lèpre et les MTN cutanées a été finalisé avec la participation de l'OMS.

- **Plaidoyer :** Les autorités locales des districts de Manakara et de Toamasina ont été mobilisées pour le financement et le soutien des soins liés à la filariose.

Surveillance et évaluation de l'impact

La mesure de l'efficacité des interventions réalisées est primordiale pour orienter les décisions futures. Sont, entre autres, à mettre en exergue :

- **Éligibilité TAS1/IIS1 :** 21 districts ont été identifiés pour les enquêtes de validation à réaliser en 2026.

- **Recherche épidémiologique :** Une étude de prévalence sur *Taenia solium* a été réalisée dans 9 communes (comparatif 2021-2024) pour évaluer l'impact des traitements passés.

- Des EMS ont été effectuées dans 53 districts.

- Des TAS communautaires ont été réalisés dans 7 districts, ainsi que des IIS1 dans 14 districts.

- **Qualité des données :** Un appui a été fourni par rapport à la remontée et à l'analyse de la couverture thérapeutique et géographique afin de garantir la transparence et la fiabilité des résultats.

Tableau V : Indicateurs clés de performance dans la lutte contre les MTN

Indicateurs	Cibles 2024/2025	Résultats 2024/2025
Nombre de Districts couverts par AMM (Bilharziose)	114	105
Nombre de Districts couverts par AMM (Filariose)	114	67
Nombre de Chirurgiens formés	17	17
Nombre de CSB formés (PCMPI)	253	253
Nombre d'enquêteurs formés	296	296
Nombre de Responsables MTN formés (DHIS2)	213	213
Nombre de Districts ciblés pour enquête 2026	67	66
Nombre d'enquêtes WHODAS réalisés	309	309

Source : Rapport DMM/MTN, 2024-2025

Tableau VI : Impacts des activités MTN menées auprès des populations cibles

Maladie	Couverture thérapeutique	Nombre de personnes traitées	Faits saillants
Filariose	2024: 81 % DA (Diethylcarbamazine and Albendazole), 83 % IDA (Ivermectin, Diethylcarbamazine, and Albendazole)	13 519 043	100 % de couverture géographique, 15 303 lymphœdèmes, 14 069 hydrocèles
	2025: 80,87%	5801 404	100% de couverture géographique
Lèpre/MTNC	—	2492 cas	60 nouveaux cas dépistés, 102 cas pédiatriques, 2 cas suspects de pian
Schistosomiasés/ GH	2024 : 91 %	9 368 143	Prévalence ≥ 50 % dans 21 % des communes
	2025 : 80,13%	6 683 389	
Téniose/NCC	2024 : 84,7 %	224 299	54 districts endémiques
	2025 : 85,16%	199 467	

Source : Rapport DMM/MTN, 2024-2025

1.1.3 Programme Élargi de Vaccination

Outre les aspects précédemment évoqués, le biennium 2024-2025 a également été caractérisé par une transition stratégique du système de santé malgache vers l'éradication de maladies transmissibles et la modernisation des infrastructures sanitaires. Sous le leadership du Ministère de la Santé et avec l'appui technique de l'OMS, le pays a consolidé ses acquis tout en s'alignant sur les objectifs de la CSU.

a). Éradication de la poliomyélite et synergie d'action

L'année 2024 a été déterminante dans la lutte contre la poliomyélite. En effet, trois (3) campagnes de riposte de grande envergure ont été menées, affichant des taux de couverture exceptionnels (103 % lors des deux premiers tours et 99,8 % au troisième). La qualité de ces interventions a été confirmée par la méthode LQAS, dont les scores de performance ont progressé jusqu'à 92 %.

Une innovation remarquable a été l'organisation d'une campagne intégrée (Poliomyélite/ Big Catch-Up//AMM) au dernier

trimestre 2024 (**Figure 4**), permettant de mutualiser les ressources logistiques et humaines.

Cette approche a non seulement renforcé l'acceptabilité des vaccins auprès des communautés, mais a également conduit à la déclaration officielle de la fin de l'épidémie de poliomyélite en mai 2025.

Par ailleurs, une autre contribution majeure a été la rénovation et la mise à disposition par l'OMS du laboratoire de référence inter pays Poliomyélite en juillet 2025, au sein de l'Institut Pasteur de Madagascar, grâce au financement de la Fondation Gates.



Figure 4: Campagne de vaccination nationale contre le Human Papillomavirus (HPV) à Madagascar, 2025

b). Transformation numérique et gouvernance

Le renforcement des capacités nationales a reposé sur une numérisation poussée. Quarante (40) agents de santé du niveau central ont été formés à des outils de pointe :

■ **QGIS (Quantum Geographic Information System)** pour l'analyse spatiale des couvertures vaccinales.

■ **Power BI (Business Intelligence)** pour le pilotage et le suivi des performances via des tableaux de bord dynamiques.

■ **ODK (Open Data Kit)** pour la collecte de données en temps réel. Ces outils permettent désormais une visualisation fine des zones à faible performance, garantissant une prise de décision fondée sur des données probantes.

■ Système GTS

Pour atteindre les populations les plus isolées, Madagascar a étendu l'usage du **GTS** en passant de 2 à 91 (80 % du pays). Il permet de suivre en temps réel les équipes en stratégie avancée et d'optimiser les itinéraires. En cela, il représente un atout de taille contribuant à la réduction du nombre d'enfants « zéro-dose » dans les zones enclavées.

Recherche sociale et nouveaux horizons

Conscient que les barrières ne sont pas seulement logistiques, le Programme Élargi de Vaccination (PEV) a mené une étude socio-anthropologique dans huit districts du pays pour comprendre les résistances liées à la vaccination. Les conclusions de cette recherche alimentent aujourd'hui de nouvelles stratégies de communication pour restaurer la confiance de la communauté. Enfin, le programme s'est enrichi par l'introduction réussie du vaccin contre le HPV à travers la campagne de vaccination du 08 au 12 décembre 2025. Avec une couverture vaccinale de 77%, ce vaccin a rencontré un écho globalement positif au sein de la population, ouvrant la voie à son intégration prochaine dans la vaccination de routine.

c). PEV de routine

L'identification de 91 districts prioritaires a permis de rattraper 305 000 enfants « zéro dose ». Cependant, la rougeole reste un défi avec 54 districts encore touchés, tandis que la menace du choléra a nécessité le renforcement des Centres de Traitement Cholera (CTC) dans les régions Sofia et Boeny. Globalement les efforts continus dans la mise en œuvre du PEV de routine a abouti à des couvertures en nette progression entre 2024 et 2025 (Tableau VII).

Le biennium 2024-2025 témoigne d'un PEV plus résilient, capable d'allier rigueur scientifique, innovation technologique et engagement social pour protéger la santé des générations futures

Tableau VII : Indicateurs clés de performance du PEV

Indicateurs	2024		2025*	
	Objectif (%)	Réalisation (%)	Objectif (%)	Réalisation (%)
CV en DTC-HepB-Hib1	90	89	90	91
CV en DTC-HepB-Hib3	90	81	90	83
CV en VPI_1	85	85	87	83
CV en VPI_2	60	67	85	68
CV en VPO3	85	83	90	78
CV en VAR1	85	73	90	74
CV en VAR2	60	73	80	81
CV en Td2	50	53	70	45
TAB DTC-HepB-Hib1_ DTC-HepB-Hib3	≤10	9	≤10	8
TAB DTC HepB Hib1-VAR	≤10	18	≤10	26
Proportion de zéro dose	≤10	9	≤10	9

Source : DHIS2

1.1.4 Maladies Non Transmissibles

Le biennium a en outre été caractérisé par une dynamique multisectorielle visant à ancrer davantage la prévention des MNT dans le système de santé malgache.

Cette stratégie repose sur quatre piliers majeurs :

- **Éducation et jeunesse :** L'accent a été mis sur le milieu scolaire via l'initiative « Éducation Physique de Qualité », le développement de modules en santé mentale avec l'UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*) ainsi que la conduite de l'enquête GSHS ([*Global School-based Student Health Survey*](#)) pour cartographier les comportements à risque chez les adolescents.
- **Renforcement du cadre législatif :** Des avancées structurantes ont été réalisées, notamment la validation du Plan Stratégique National de Santé Mentale 2025-2030 et l'élaboration de lois sur la santé buccodentaire.
- **Proximité et dépistage :** La décentralisation s'est concrétisée par le déploiement de cliniques mobiles (3 478 bénéficiaires), une lutte renforcée contre la drépanocytose dans 11 régions et le succès de campagnes d'envergure comme « Octobre Rose ».

1.1.5 Développement des Ressources Humaines en Santé

◆ Progrès dans la mise en œuvre de l'Analyse du Marché du Travail dans le secteur de la Santé (AMTS) et évaluations connexes

L'activité d'appui de l'OMS à la mise en œuvre de l'analyse descriptive et prédictive de l'AMTS entre 2024 et 2025 représente un pas significatif pour la génération de bases factuelles destinées à orienter les réformes dans la gestion des Ressources Humaines en Santé (RHS). Ce processus a bénéficié d'un soutien technique et financier conjoint de l'OMS, de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial.

Les résultats sont issus de l'analyse descriptive de la situation des ressources humaines conduite en 2024.

◆ Distribution des ressources humaines

- 37 447 agents de santé actifs à Madagascar en 2024 (secteur public et Privé).
- Densité en RHS de 12,07 AS/10 000 habitants, un chiffre bien en deçà des normes de la CSU estimée à 44/10 000.
- Déséquilibre sectoriel : Le secteur privé absorbe 69,43 % des effectifs, fragilisant l'offre de soins publique.
- Fracture géographique : Une concentration urbaine excessive au détriment des zones rurales est à déplorer, créant de vastes « déserts médicaux ».

◆ Déficits et projections à l'horizon 2030

Le déficit global de personnel est estimé à 98,3 % par rapport aux besoins normatifs. Pour combler les déficits immédiats, le recrutement de 8 968 agents est impératif. Les projections régionales montrent des trajectoires contrastées :

- Zones critiques (Androy, Atsimo-Atsinanana) : Risque de chute sous le seuil de 3 agents pour 10 000 habitants d'ici 5 ans en raison de l'insécurité et de l'enclavement.
- Pôles de saturation (Analamanga) : Malgré une densité plus élevée, la croissance démographique dépasse les capacités d'absorption des infrastructures existantes.
- Zones de croissance (Boeny, Sofia) : Grâce à l'appui de l'OMS et de l'Université de Mahajanga, ces régions montrent une stabilisation prometteuse via des bourses de performance et des formations décentralisées.

Le tableau VIII illustre la projection de la criticité des ressources humaines à l’horizon 2030 dans certaines régions de Madagascar.

Tableau VIII : Projections relatives à la situation des ressources humaines, horizon 2030

Type de Région	Identification (Exemples)	Projection Horizon 2030	Priorité d’Action
Zones Critiques	Androy, Atsimo-Andrefana	Aggravation du déficit de 15%	Recrutement massif et sécurisation
Zones en Transition	Vakinankaratra, Haute Matsiatra	Stagnation du ratio densité	Spécialisation (Chirurgie, Obstétrique)
Zones d’Appui	Boeny, Sofia	Amélioration du ratio densité	Pérennisation des bourses et PCI

◆ **Facteurs de rétention et leviers d’attractivité**

Selon l’étude conjointe OMS/Banque mondiale (rapport prédictif AMTS, 2024), Madagascar souffre d’une faible compétitivité sur le marché du travail dans le secteur de la santé. La rémunération moyenne des professionnels de santé y atteint seulement 18,6 millions d’Ariary par an (environ 3 900 USD), soit 6 à 8 fois moins que les salaires pratiqués au Kenya ou à l’île Maurice. Cette faiblesse salariale, combinée à des disparités de genre et à un manque de spécialistes clés (notamment en chirurgie rurale et en épidémiologie), alimente une importante fuite des compétences.

L’étude identifie comme priorité la mise en place de mécanismes de recrutement locaux et d’incitations financières pour retenir les jeunes diplômés dans les zones reculées. Les données descriptives et prédictives produites par l’AMTS deviennent désormais un outil stratégique majeur pour orienter les politiques de santé du pays. À moyen terme, leur utilisation doit permettre une allocation plus efficace et équitable des ressources, afin de renforcer un système de santé actuellement déficitaire et de mieux préparer la réponse aux urgences sanitaires futures.

Participation de l’OMS Madagascar à l’agenda 2026-2035 des personnels de santé à Pretoria (Afrique du Sud) du 24 au 26 novembre 2025.

Du 24 au 26 novembre 2025, l’OMS a pris part à l’agenda 2026-2035 des personnels de santé à Pretoria/Afrique du Sud.

L’objectif principal de cette rencontre était de parvenir à un consensus africain sur les priorités, engagements et étapes clés qui façonneront l’Agenda 2026–2035 pour les RHS. Cet agenda vise à transformer la manière dont le continent planifie, forme et retient son personnel de santé en vue de son développement durable.

Les résultats sont représentés par :

- La version amendée du draft de l'agenda 2026-2035 des personnels de santé a été validée sous réserve de la prise en compte des retours des pays participants sur les différentes sections du document.
- Les curricula de formation des personnels de santé, basés sur les compétences, ont été lancés dans la région africaine de l'OMS.

Ce lancement a été placé sous le leadership de la Directrice de Health Système and Health services (**figure 5**)

Optimisation des Ressources Humaines multisectorielles : Approches Fonctions Essentielles de Santé Publique (FESP) et *Workload Staffing Indicator Needs (WISN)*



Figure 5 : Lancement des curricula de formation basée sur les compétences, 2025

Cette initiative qui s'inscrit dans le cadre du projet de Préparation à une Pandémie et de prestation de Services de santé de Base (PPSB), vise à harmoniser la gestion des ressources humaines entre les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale en promouvant l'approche « Une Seule Santé ». Le processus s'articule autour de trois axes majeurs :

- **Renforcement des capacités :** 20 cadres nationaux ont été formés aux FESP et 30 experts à l'outil WISN, créant ainsi un pool d'experts multisectoriels.
- **Analyse fonctionnelle et normative :** Les fonctions « Une Seule Santé » ont été identifiées et l'inventaire des professions contributrices a également été réalisé dans le même sillage. Ces dernières ont été alignées sur la Classification Internationale Type des Professions (CITP) pour assurer une standardisation rigoureuse.
- **Évaluation de la charge de travail :** Les stocks théoriques de personnel ont été produits pour les trois secteurs et les FESP pour les trois ministères susmentionnés ont été évaluées (**Figure 6**). Le projet a abouti à une ébauche de cartographie des ressources humaines « Une Seule Santé ». La prochaine étape consiste à réaliser l'étude complète de la charge de travail pour estimer précisément les besoins en personnel lors des urgences de santé publique, aboutissant à l'élaboration d'un plan stratégique national des ressources humaines « Une Seule Santé ».



Figure 6 : Atelier multisectoriel de formation WISN, 2025

■ Renforcement des capacités locales

Les 6 sous-bureaux de l'OMS ont soutenu les formations sur les programmes de santé prioritaires au niveau des régions et des districts sanitaires. Par ailleurs, ils ont activement appuyé la mise à jour de leurs plans de contingence et des plans de travail respectifs.

Résultat 1.2

Réduction du paiement direct des soins de santé

L'objectif central des interventions menées entre 2024 et 2025 était de lever les barrières financières pour garantir l'accès aux soins, surtout pour les plus démunis. Ce processus s'est traduit par une planification stratégique renforcée et la rédaction de projets de réformes législatives majeures pour un accès des populations aux soins de santé essentiels.

1.2.1 Résultats et Impacts

Le biennium a été marquée par la validation de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé et la publication des Comptes Nationaux de la Santé 2022, élaborés en 2024. Un projet de loi sur la protection financière a été élaboré en instance de soumission pour sécuriser les ménages face au risque de maladie.

Sur le terrain, le succès du projet pilote dans le district de Sainte-Marie, combinant mutuelles communautaires et modèle de capitation, a prouvé l'efficacité de l'achat stratégique de soins. Ces résultats ont été valorisés internationalement lors de la conférence de Kigali/Rwanda du 10 au 15 mars 2025 comme modèle de revitalisation des soins de santé primaires. Cette expérience de Sainte-Marie devrait inspirer l'élaboration d'un modèle de mutuelle de santé adapté au contexte des régions de Madagascar.

1.2.2 Défis et obstacles structurels

Malgré ces progrès, la couverture du pays en ce qui concerne les services essentiels de santé plafonne à 35 %, inférieur à la moyenne régionale africaine de 46%. Trois obstacles majeurs persistent :

- **Le poids financier :** Les paiements directs représentent encore 38,5 % des dépenses de santé, plongeant de nombreuses familles dans la pauvreté.

- **L'accès limité :** Moins de 40 % de la population accèdent réellement aux soins de base.
- **La coordination :** La fragmentation des acteurs et le gel de certains financements des partenaires ralentissent les réformes.

1.2.3 Leçons apprises et perspectives

Les leçons tirées montrent que si les initiatives locales sont puissantes, elles nécessitent un engagement et un leadership fort de l'État pour être pérennes. La disponibilité de données probantes est désormais le moteur pour éclairer les décisions politiques en faveur du renforcement global du système de santé.

Cela étant, l'horizon 2026 s'annonce prometteur avec, notamment :

- La tenue prochaine du Forum National sur les Soins de Santé Primaires (SSP).
- Le développement de financements innovants avec l'UNFPA (*United Nations Fund for Population Activities*).
- Le passage à l'échelle nationale de l'Assurance Maladie à Base Communautaire, construit sur le modèle de Sainte-Marie.

L'ambition finale reste de transformer le cadre législatif en actions concrètes pour qu'aucun citoyen ne soit contraint de choisir entre sa santé et sa survie économique.

Résultat 1.3

L'accès aux médicaments essentiels, vaccins, diagnostics et dispositifs pour les soins de santé primaires est amélioré

1.3.1 Renforcement du système de santé et lutte contre la Résistance aux Antimicrobiens

L'exercice 2024-2025 marque une étape décisive dans la modernisation de la gouvernance sanitaire à Madagascar. Entre sécurisation pharmaceutique, riposte contre la Résistance aux Antimicrobiens (RAM) et gestion des urgences, le pays consolide ses structures pour une meilleure résilience face aux menaces émergentes.

La lutte contre la RAM est une priorité inscrite dans l'approche «Une Seule Santé», devenue le pilier de la sécurité sanitaire nationale. Des enquêtes de prévalence de 2025 ont révélé une utilisation alarmante de la ceftriaxone, poussant les autorités à activer plusieurs leviers :

- **Surveillance intégrée** : L'opérationnalisation de l'AMR (*Antimicrobial Resistance*) *Data Center* permet désormais d'interopérer les données nationales avec les systèmes mondiaux GLASS (*Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System*), ANIMUSE (*Animal antimicrobial USE*). L'évaluation des capacités de 20 laboratoires via l'outil ATLASS (*Antimicrobial Testing Leadership and Surveillance*) a montré des niveaux de maturité variés (PIP/*Potentially Inappropriate Prescribing* 1 à 4), menant à la recommandation d'un réseau de surveillance épidémiologique unifié.

- **Sensibilisation et mobilisation** : La Semaine Mondiale de Sensibilisation WAAW (World Antimicrobial Awareness Week) a mobilisé sept ministères. En 2025, l'action s'est intensifiée avec la formation de 52 étudiants «jeunes ambassadeurs» et la validation de documents stratégiques, notamment le Guide de prévention en élevage avicole et le futur Plan d'action national 2026-2030.
- **Cadre légal** : Le programme national de PCI a été officiellement institutionnalisé selon les normes internationales.

1.3.2 Sécurisation pharmaceutique et gouvernance

La réforme du cadre réglementaire s'est traduite par une mise à jour de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Santé (LNMEIS), qui compte désormais 545 produits. L'adoption de la classification AWaRe (Access, Watch, Reserve) de l'OMS permet désormais d'encadrer rigoureusement l'usage des antibiotiques.

Sur le plan institutionnel, l'Agence du Médicament a atteint le Niveau de Maturité 2 grâce à la digitalisation des processus (format eCTD/electronic Common Technical Document) et à la formation de ses évaluateurs. La logistique n'est pas en reste avec le Plan Stratégique National de la Chaîne d'Approvisionnement 2024-2028 et l'optimisation du système qualité de la centrale d'achat SALAMA, garantissant la continuité de la disponibilité des intrants (Tableau X).

1.3.3 Laboratoires

Par ailleurs, le transport des échantillons des laboratoires a été sécurisé par des équipements aux normes internationales. La surveillance des maladies comme le Rotavirus, les méningites bactériennes, la dengue et le botulisme a été renforcée par un approvisionnement ciblé en réactifs et tests rapides.

Si Madagascar a fait des bonds significatifs en matière de maturité réglementaire et de surveillance intégrée, la persistance de certaines épidémies et l'usage abusif d'antibiotiques critiques imposent le maintien d'une vigilance stricte (**Figure 7**). La transition vers le nouveau plan 2026-2030 sera cruciale pour pérenniser ces acquis.



Figure 7 : Evaluation des laboratoires nationaux sur la RAM

Tableau IX : Evaluation des capacités des laboratoires des secteurs humain, animal et environnemental sur la surveillance de la RAM

Axes stratégiques	Indicateurs de performance	Valeur / État	Cible / Référence
Gouvernance et Régulation	Niveau de maturité de l'Agence du Médicament	2 (2025)	1 (2022)
	Nombre de produits dans la LNMEIS	545 (2025)	493 (2022)
	Proportion des agents formés (Post-marketing et Stockage)	43%	100%
	Nombre d'Évaluateurs formés au format eCTD	89	Transition numérique
Lutte contre la RAM	Taux de conformité du PSNCA (SALAMA)	Disponible	Horizon 2024-2028
	Nombre des points focaux "Une Seule Santé" sensibilisés	116	Intersectoriel (7 min.)
	Molécule la plus prescrite (Enquête Point Prévalence Survey/PPS)	Ceftriaxone	Catégorie "Watch"
	Interopérabilité AMR Data Center	Activée	GLASS, ANIMUSE, International Food and Agriculture Organization Antimicrobial Resistance Monitoring (InFarm)
Vaccination et Riposte	Nombre d'enfants de 1 à 5 ans "Zéro dose" rattrapés	305 000	Districts prioritaires
	Nombre des districts identifiés "zones à fort besoin"	91	Enquête LQAS
	Nombre des districts en épidémie de rougeole	54	En cours de riposte
PCI	Nombre des régions couvertes pour le renforcement de la lutte contre le Choléra	2 (Sofia, Boeny)	Mise en place des CTC

Source : Rapport RAM, 2022-2025

Tableau X : Indicateurs clés de performance en matière de qualité des produits

Indicateurs	Fin 2023	Fin 2024	Fin 2025	Observations
Proportion des produits médicaux essentiels achetés par le gouvernement et répondant aux spécifications de qualité	92,1%	96%	97,3%	
Nombres de produits concernés par la LNMEIS révisée	493	545	545	Intégration de la classification AWaRe des antibiotiques
Niveau de maturité de l'Agence nationale de Réglementation	1	2	ND	
Nombre de centres hospitaliers visés par PPS	0	2		Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHUJRA) et CHU Joseph Raseta Befelatanana (CHUJRB)
Nombre de professionnels de santé et producteurs formés aux dangers de la RAM dans l'approche « Une Seule Santé »	0	116	96	
Nombres de ministères concernés par la célébration de la Semaine mondiale de sensibilisation sur la RAM	0	7	7	Santé publique, Agriculture et Elevage, Environnement et Développement Durable, Eau, Assainissement et Hygiène, Recherche scientifique, Pêche et Economie Bleue, Jeunesse et Sport

Source : Rapport RAM, 2022-2025

Résultat 2.1

Le pays est préparé aux urgences sanitaires



Figure 8: Démonstration durant la formation des équipes d'intervention rapide

Objectif : Renforcer la capacité de Madagascar à prévenir, détecter et répondre efficacement aux urgences sanitaires, conformément au Règlement Sanitaire International (RSI).

2.1.1 Sécurité sanitaire et urgences

L'action coordonnée entre l'OMS, le Ministère de la Santé Publique et le Bureau National de Gestion des Risques et des Catastrophes (BNGRC) a permis de structurer une réponse résiliente face aux crises climatiques et épidémiques .

2.1.2 Gouvernance et approche « Une Seule Santé »

La gestion des crises s'est modernisée via l'approche multisectorielle, s'inspirant de modèles internationaux (Centre d'Opérations d'Urgence de Santé Publique/COUSP de Dakar). La dynamisation des Clusters Santé a stabilisé la gestion des données lors des inondations, tandis qu'un plaidoyer territorial a favorisé la création de structures locales, comme le Service d'Aide Médicale Urgente dans la région Boeny et des groupes techniques de santé mentale.

2.1.3 Anticipation et planification stratégique

Le passage d'une gestion réactive à une posture proactive s'est concrétisé par :

- Des simulations pratiques dans les points d'entrée (ports/aéroports). En prévision de la saison cyclonique 2025-2026, les sous-bureaux ont activement participé à l'exercice de simulation à grande échelle nationale. Cet exercice, déployé sur 12 zones (dont les régions Analamanga et Atsimo Andrefana), a testé la réactivité des plans de contingence et la coordination multisectorielle entre l'OMS, l'UNICEF (United Nations Children's Fund), le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) et les autorités locales.
- L'élaboration de plans de contingence 2025-2026 couvrant les risques climatiques et épidémiques.
- Une surveillance rigoureuse via l'intelligence épidémique EIOS (Epidemic Intelligence from Open Sources) et des analyses de risques régulières (rougeole, poliomyélite).
- Distribution des matériels d'une valeur de 477,6 millions Ar (Régions SAVA, Grand Sud) et pré positionnement de médicaments essentiels.
- Remise d'aide de la Fédération de Russie à l'OMS pour soutenir les actions de santé dans les régions à fort défis sanitaire (**figure 9**).

2.1.4 Réponse opérationnelle et logistique

La réactivité repose sur le pré-positionnement stratégique d'intrants médicaux. En 2025, des interventions ciblées ont été menées contre le choléra dans le district de Mahajanga, et des soins de proximité ont été financés dans les régions sinistrées par les cyclones (Diana, Androy, etc.). L'utilisation de rapports d'analyse de situation de santé publique permet désormais de clôturer les urgences tout en tirant des leçons pour la résilience future.

2.1.5 Renforcement du Capital Humain

Bien que figurant dans le chapitre précédent, la mise à disposition d'une équipe formée aux normes avec des capacités suffisantes mérite d'être abordée de manière spécifique dans le contexte des urgences. L'investissement dans les compétences est massif : 84 agents ont été formés aux interventions d'urgence SURGE (Strengthening and Utilizing Response Groups for Emergencies) et 51 bourses académiques ont été octroyées à l'Université de Mahajanga. La lutte contre la désinformation est également priorisée avec la formation de 33 points focaux en gestion de l'infodémie.

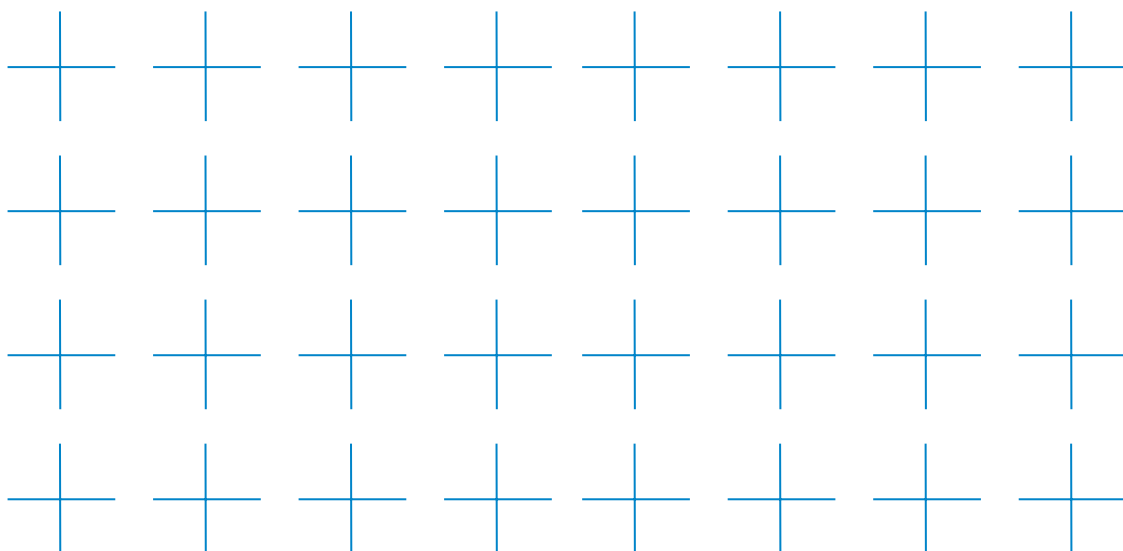
Les années 2024 et 2025 ont été marquées par une gestion des risques intégrée et documentée, transformant les défis logistiques en un système de santé plus robuste et autonome. Le tableau XI illustre les impacts majeurs issus du renforcement des capacités.

Tableau XI : Impacts clés du Renforcement du Capital Humain

Domaine	Impacts clés
Réactivité	Coordination multisectorielle plus fluide et réponse locale accélérée.
Résilience	Plans de contingence et pré-positionnement réduisant les délais d'intervention.
Expertise	98 agents de santé et 33 points focaux directement opérationnels pour les crises.
Législatif Réglementaire	Progrès majeurs dans l'application du RSI et structuration des cadres juridiques



Figure 9 : Remise officielle des aides de la Russie en partenariat avec l'OMS



Résultat 2.2

Les épidémies et pandémies sont évitées

2.2.1 Prévention et veille épidémiologique : l'approche « Une Seule Santé »

Madagascar a franchi des étapes décisives dans la sécurisation sanitaire en adoptant l'approche transversale « **Une Seule Santé** » intégrant la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale.

- **Évaluations stratégiques** : La finalisation de l'Évaluation Externe Conjointe (EEC) et du rapport SPAR (States Parties Self-Assessment Annual Report) 2024 a permis de mesurer la conformité au RSI. De même, l'utilisation de l'outil STAR (Strategic Tool for Assessing Risk) a actualisé la cartographie des risques nationaux, tandis que des audits d'hygiène WASH FIT (Water and Sanitation for Health Facility Improvement Tool) ont été menés aux points d'entrée stratégiques (Districts de Toamasina, Nosy Be, Antsiranana).
- **Coordination multisectorielle** : Un atelier national majeur en décembre 2025 a harmonisé les services vétérinaires et de santé humaine. Cette dynamique a abouti à la création d'un plan stratégique national, d'un manuel de gouvernance et d'un réseau de chercheurs spécialisés pour anticiper les pandémies.
- **Innovation et réponse** : Le déploiement de l'initiative EIOS et la lutte contre l'infodémie ont renforcé la gestion de l'information. Sur le terrain, la coordination a été exemplaire lors des pics de paludisme dans le district de Ikongo et des cas d'intoxications alimentaires.

2.2.2 Lutte contre la poliomyélite

- **Résultats épidémiologiques** : Aucune circulation du virus cVDPV1 n'a été confirmée depuis septembre 2023 grâce à des campagnes de vaccination de qualité.
- **Missions OBRA (Outbreak Response Assessment)** : Deux missions d'évaluation ont validé la qualité de la réponse et intégré des recommandations pérennes dans le PEV.
- **Surveillance et logistique** : Plus de 1 000 cas suspects ont été détectés grâce à une surveillance mobile accrue. L'acheminement des échantillons s'est optimisé, particulièrement dans les régions d'Analamanga et d'Ihorombe. L'usage de la géolocalisation a permis d'identifier 15,5 % d'enfants « zéro dose ».

2.2.3 Renforcement du système de santé

L'infrastructure logistique a bénéficié d'un soutien massif en 2025. Sous l'égide du GAVI (Global Alliance for Vaccine Initiative) incluant l'OMS et l'UNICEF, le Ministère de la Santé Publique a reçu une dotation considérable en matériels roulants : 1 400 motos, 18 ambulances et 13 véhicules tout-terrain. Ces ressources, remises officiellement par le Président de la République, visent à garantir la continuité de la vaccination de routine et la rapidité d'intervention lors des urgences sanitaires sur l'ensemble du territoire (**figure 10**).



Figure 10 : Campagne de vaccination contre la poliomyélite

Par ailleurs, la conduite d'une campagne de vaccination supplémentaire polio a permis de consolider les résultats atteints depuis 2023 (Tableau XII).

Tableau XII : Indicateurs clés de performance en termes de renforcement du système de santé

Indicateurs	Performance / Résultat
Cas de Polio (cVDPV1)	0 cas (depuis sept 2023)
Couverture post-campagne	98% des populations cibles
Districts validés (2 ^{ème} tour)	85%
Visites sites haute priorité	Passé de 71% à 87%
Enfants "zéro dose"	15,5% identifiés par cartographie

Source : DPEV

Résultat 2.3

Détection et traitement rapides des urgences sanitaires

2.3.1 Gestion des crises et anticipation climatique

L'accent a été mis sur la résilience face aux aléas climatiques et biologiques. Dans le Grand Sud, des interventions ciblées ont maintenu l'accès aux soins malgré l'impact d'El Niño. La réponse aux urgences a été marquée par la maîtrise de l'épidémie de botulisme et un appui logistique contre le paludisme dans le district d'Ikongo. En parallèle, une aide humanitaire d'urgence (kits médicaux, soutien psychosocial) a été déployée dans le district de Mananjary. Enfin, la collaboration avec le BNGRC et OCHA a permis de finaliser un cadre d'alerte précoce pour accélérer la réponse aux crises futures.

2.3.2 Renforcement normatif et institutionnel

L'OMS a œuvré à la standardisation nationale des soins de santé :

- Protocoles de soins : Finalisation des curriculums en PCI et diffusion des nouveaux Guides de Diagnostic et de Traitement (GDT) pour les CSB et les hôpitaux.
- Préparation pandémique : Alignement sur les standards internationaux pour la grippe, incluant des plans de déploiement vaccinal, la gestion de l'infodémie et une stratégie de communication sur les risques.

La combinaison de toutes ces interventions de renforcement institutionnel a abouti à un certain nombre d'impacts au cours du biennium (**tableau XIII**).

Tableau XIII : Impacts constatés à la suite du renforcement normatif et institutionnel

Domaine	Impacts constatés
Vigilance	Amélioration de la réactivité grâce à l'outil numérique EIOS et aux plans de contingence activés.
Coordination	Réponse plus ciblée et multisectorielle face aux urgences sanitaires (approche intégrée).
Standardisation	Adoption de politiques fondées sur des bases factuelles, transformées en plans d'action opérationnels.
Résilience	Maîtrise rapide des foyers infectieux (Botulisme, Paludisme) et des urgences liées au climat.

2.3.3 Élimination de la poliomyélite et vaccination

Des résultats historiques ont été atteints avec l'interruption de la circulation du poliovirus (aucun cas de cVDPV1 depuis septembre 2023). Les campagnes de vaccination supplémentaire ont affiché des taux de couverture exceptionnels, frôlant ou dépassant les 100 % lors de certains tours. L'innovation majeure réside dans la cartographie des enfants « Zéro Dose », permettant d'identifier et de cibler les 15,5 % d'enfants non vaccinés.

2.3.4 Gestion des urgences et réponse aux crises

La réactivité face aux crises climatiques (El Niño) et épidémiques (botulisme, paludisme) a été optimisée grâce à une coordination étroite entre les organismes nationaux et internationaux. Le soutien logistique a franchi un palier décisif le 3 septembre 2025 avec la dotation massive de l'Alliance GAVI : 1 400 motos, 18 ambulances et 13 véhicules tout-terrains ont été déployés pour sécuriser la vaccination de routine et les soins d'urgence.



Figure 11 : Évaluation Externe Conjointe des capacités de préparation, de détection et de réponse aux urgences de santé publique, 2025

2.3.5 Normes, standards et prévention

L'accent a été mis sur la pérennisation des acquis par le renforcement du cadre réglementaire de la PCI. L'utilisation du Modèle pour l'évaluation de la Prévention et du Contrôle des Infections a permis d'évaluer les standards de la PCI dans les points d'entrée stratégiques du pays.



PROMOTION DE LA SANTE DES POPULATIONS



Résultat 3.1

Promotion d'établissements sûrs et équitables à travers les déterminants de santé

3.1.1 Actions et Produits

- Démarrage des sessions de formation intersectorielles sur les déterminants sociaux de la santé, en collaboration avec le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- Contribution au développement d'un proposal inter-pays sur la sécurité routière avec les Comores (OMS et UNICEF).
- Plaidoyer pour la mobilisation de ressources en vue de la réalisation de l'analyse de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé à Madagascar.

3.1.2 Produits livrés/ Résultats

- Capacités nationales renforcées sur les déterminants sociaux de la santé.
- Efforts de mobilisation de ressources pour la sécurité routière renforcés.

Résultat 3.2

Promotion de sociétés habilitantes et lutte contre les facteurs de risque

3.2.1 Actions et Produits

Madagascar a évalué ses efforts dans le domaine de la lutte antitabac à travers une évaluation des besoins liée au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, suivie d'une analyse plus globale du programme. Les résultats se sont traduits par l'élaboration du Plan stratégique national de lutte antitabac 2026-2030, l'actualisation des réglementations sur le conditionnement et les mises en garde sanitaires des produits du tabac, ainsi que le développement des lignes directrices pour le sevrage tabagique.

Parallèlement, la lutte contre l'alcool a progressé à travers le suivi des recommandations de l'initiative SAFER (Strengthen, Advance, Facilitate, Enforce, Raise) et un plan stratégique dédié. Ces actions consolident la coordination intersectorielle pour réduire l'impact sanitaire et social de ces substances sur la période à venir.

3.2.2 Points clés retenus

- Planification : Élaboration des Plans Stratégiques Nationaux (2026-2030) en matière de lutte antitabac et de lutte contre les toxicomanies.
- Réglementation : Focus sur le conditionnement et les mises en garde sanitaires des produits du tabac.
- Santé publique : Développement des lignes directrices nationales pour le sevrage tabagique et suivi des recommandations de l'initiative SAFER.

Résultat 3.3

Environnements favorables à la santé et durables

3.3.1 Synthèse des actions et domaines d'intervention

Le pilotage stratégique repose sur la validation du Plan national d'actions conjointes santé-environnement 2026-2030 visant à structurer une réponse multisectorielle aux enjeux environnementaux et sanitaires actuels.

3.3.2 Changement climatique et santé

L'accent a été mis sur la décarbonation et le renforcement de la résilience du système de santé. Les actions incluent :

- Le développement d'un système d'alerte précoce et la mise à jour de l'évaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation du secteur santé au changement climatique (la dernière datant de 2014).
- L'élaboration de plans stratégiques pour des systèmes de santé durables à faibles émissions de gaz à effet de serre, et pour l'adaptation du secteur santé au changement climatique
- L'alignement avec les engagements internationaux (COP26/Conférence des

Parties, Alliance ATACH/ Alliance for Transformative Action on Climate Change and Health) et la contribution aux Contributions Déterminées au niveau National (CDN 3.0).

3.3.3 Eau, assainissement et hygiène

L'intervention s'est concentrée sur le renforcement du cadre légal et technique :

- Finalisation et approbation du Code de l'eau au niveau du Parlement en fin 2025 et mise en œuvre de l'outil WASHFIT pour l'amélioration de la qualité du WASH dans les structures de soins au niveau des points d'entrée.
- Amélioration du suivi et de l'évaluation du secteur via les rapports GLAAS (Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water), l'appui à la préparation de l'enquête MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys), l'intégration des « Comptes WASH » dans le système de suivi du secteur et la mise à jour des nomenclatures du secteur WASH.

3.3.4 Gestion des pollutions et santé au travail

Le pays a structuré sa lutte contre les pollutions et en faveur de l'environnement de travail:

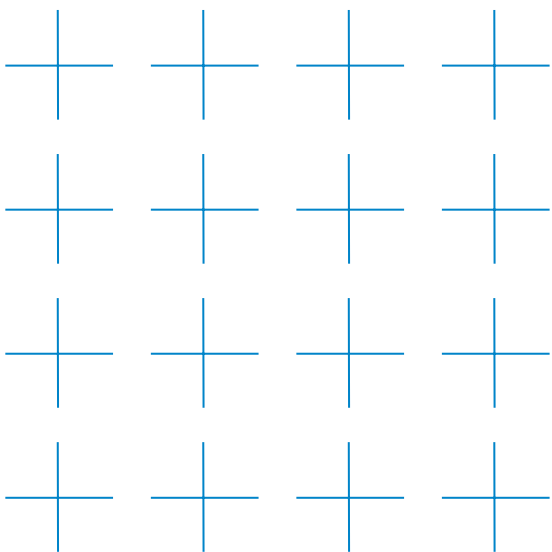
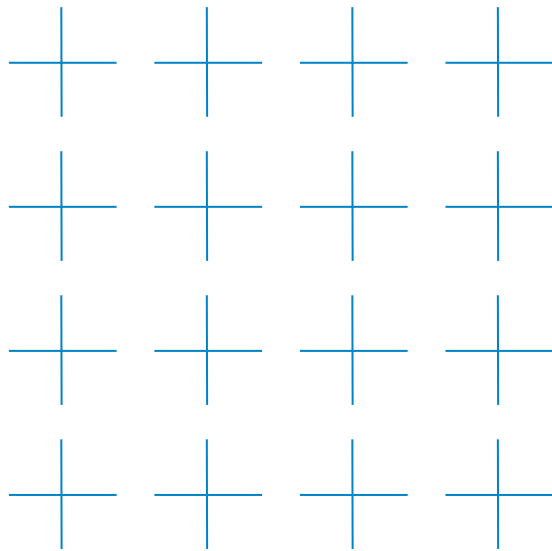
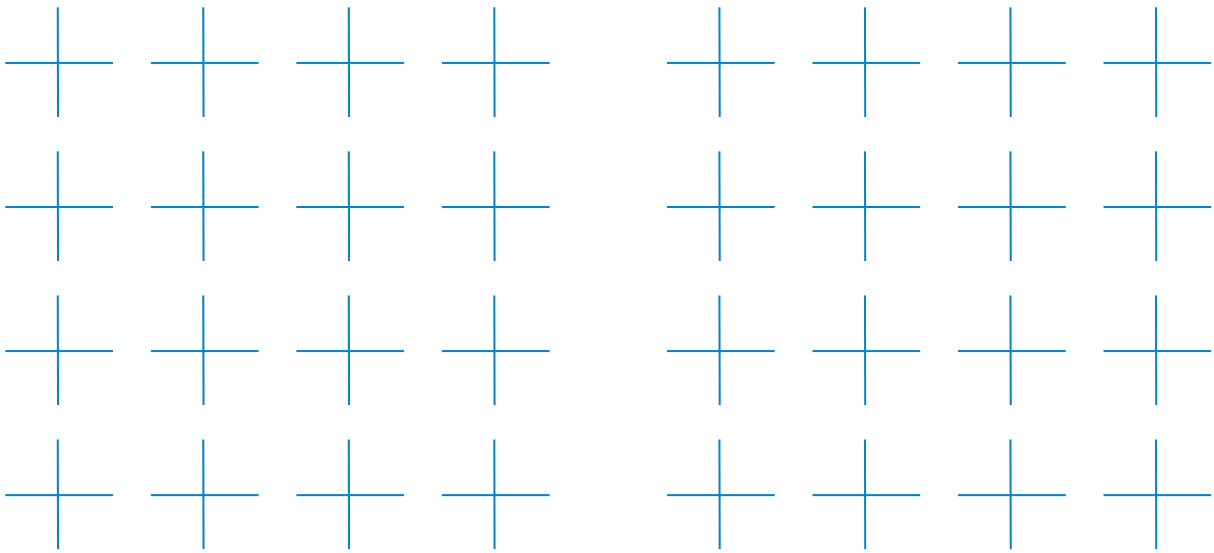
- Validation des normes de qualité de l'air et de la feuille de route nationale pour la gestion des pollutions.
- Finalisation du plan stratégique pour la gestion des produits chimiques, incluant un avant-projet de loi et des simulations d'incidents (explosions, déversements).
- Modernisation des infrastructures (incinérateur sans fumée via le projet ChemObs/Chemicals Observatory), avec l'implantation d'un incinérateur de dernière génération (**Figure 13**).
- En santé au travail, développement d'un curriculum de formation et d'outils de suivi décisionnel.



Figure 13 : Remise d'un incinérateur sans fumée toxique au CHU Analakinina, 2025

Impacts et défis

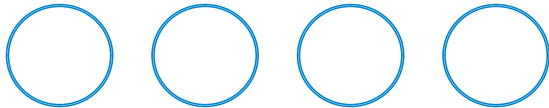
Les avancées majeures concernent le renforcement de la gouvernance et du mécanisme national de suivi et d'évaluation dans le domaine de la santé et de l'environnement. Toutefois, la pérennité de ces actions reste conditionnée par deux défis majeurs : la disponibilité de financements durables et la mobilisation des partenaires autour de projets complexes et multisectoriels.





SOUTIEN

AU PAYS



Résultat 4.1

Renforcement des capacités en données, innovation et Suivi évaluation

4.1.1 Principaux résultats

Tableau XIV : Principaux résultats liés au renforcement des capacités en données, innovation et suivi-évaluation

Composantes	Score obtenu	Analyse
Profil global SCORE (Survey, Count, Optimize, Review, Enable)	50 %	Niveau d'engagement modéré
Production de données par les enquêtes (Enquête Démographique et de Santé/EDS, MICS, etc.)	50-60 %	Collectes régulières, mais à renforcer
CRVS (Civil Registration and Vital Statistics)	30-40 %	Maillon faible, nécessité d'un appui structurel
Analyse et notification des données de services de santé	60-70 %	Amélioration de l'usage des données de routine
Mécanismes de suivi et d'évaluation des performances	40-50 %	Revue périodique à institutionnaliser davantage
Utilisation des données pour la prise de décision	50-60 %	Niveau intermédiaire, fort potentiel à valoriser

Source : Rapport évaluation score 2024-2025

4.1.2 Stratégie et Gouvernance

Le pays a modernisé son cadre directeur sur les données et informations en santé à travers le Plan Stratégique de Santé Numérique (2023-2027). Cette mise à jour a inclus l'évaluation SCORE 2025 pour mesurer les capacités du système et le développement d'une architecture globale du SIS avec le soutien de l'USAID (United States Agency for International Development). Un effort majeur a été porté sur la formation des professionnels via un nouveau curriculum en santé digitale.

4.1.3 Digitalisation et collecte de données

La transition vers le numérique s'accélère pour optimiser la prise de décision. Les actions clés ont inclus :

- La modernisation de la plateforme DHIS2 (audit et hébergement Cloud).
- Le déploiement de registres électroniques (RMA/Rapport Mensuel d'Activité, GDT).
- L'utilisation du GTS dans 91 districts pour le suivi vaccinal et de l'outil e-Surv pour la surveillance épidémiologique.
- Modernisation via la distribution de tablettes et la formation aux outils numériques (DHIS2, Système d'Information de Gestion Logistique). L'OMS a également renforcé le leadership régional par l'élaboration de plans stratégiques et l'analyse de 36 rapports mensuels de performance, assurant un suivi rigoureux des indicateurs de santé désagrégés.

4.1.4 Surveillance, Laboratoires et Innovation

Le renforcement sanitaire passe par la surveillance de la RAM (20 laboratoires évalués) et la certification ISO/International Organization for Standardization 15.189 du Laboratoire d'Analyses Médicales Malagasy (LA2M).

En collaboration avec l'OMS, Madagascar explore l'Intelligence Artificielle et les DAK (Digital Adaptation Kits) pour standardiser les soins (VIH, planification familiale). Toutes ces initiatives d'introduction des innovations technologiques dans le renforcement de la surveillance et capacités des laboratoires ont été facilitées par les experts de l'OMS (Figure 14).



Figure 14: Atelier régional de formation au GTS, 2025

4.1.5 Défis majeurs

Des obstacles persistent, notamment la qualité des données qui a chuté à 31 % dans les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD). De plus, des lacunes structurelles dans l'enregistrement des faits d'état civil (CRVS) freinent encore l'atteinte des ODD. Les indicateurs de performance en rapport avec l'introduction des innovations techniques, renforcement du SIS sont illustrés à travers le tableau XV.

Tableau XV : Indicateurs clés de performance en surveillance, laboratoires et innovation

Axe Stratégique	Indicateurs de Performance	Cible 2024/2025	Résultat actuel 2024/2025	Source de vérification
Gouvernance	Taux de mise à jour du Plan Stratégique de Santé Numérique (2023-2027)	1 plan	100%	Plan stratégique de santé numérique (DEPSI)
	Taux d'achèvement de l'évaluation SCORE 2025	1 Evaluation SCORE	100% en 2024	Rapport d'évaluation
Digitalisation	Nombre de districts utilisant le GTS	114	91	Rapport de vaccination
	Nombre d'équipes de vaccination suivies via GTS	1 500	1500	Dashboard GTS
Qualité des Données	Score de qualité des données dans les CHRD	85%	31%	Rapports de supervision
SIS et DHIS2	Statut de l'hébergement des données	Cloud sécurisé mis en place	Sécurisé (Cloud)	Rapport technique SIS
Surveillance	Fonctionnalité de la plateforme e-Surv Compagnon	1 Plate-forme e-Surv Compagnon	100%	Logs système
Laboratoires	Nombre de laboratoires évalués pour la RAM	24	20	Rapport d'évaluation RAM
	Statut de certification ISO 15189 du LA2M	LA2M	En cours / Appui technique	Certificat d'accréditation
Formation	Disponibilité du manuel de formation en santé digitale	1 Manuel de formation	Finalisé / Élaboré	Manuel de formation

Résultat 4.2

Renforcement du leadership, de la gouvernance et du plaidoyer en santé

4.2.1 Consolidation de la gouvernance sanitaire

L'année 2025 a été jalonnée d'accomplissements majeurs en lien avec le système de santé, caractérisé par un renforcement toujours croissant de la collaboration entre le Ministère en charge de la Santé publique et l'OMS. Les interventions se sont structurées autour de trois axes majeurs :

■ Gouvernance et pilotage stratégique

Le fonctionnement régulier du Comité de Renforcement du Système de Santé (CRSS) a instauré une culture de la transparence et de la redevabilité. Les réunions trimestrielles des groupes de travail techniques (leadership et gouvernance, financement de la santé, SIS, ressources humaines, santé communautaire) ont permis de valider la feuille de route opérationnelle 2025-2026 et d'améliorer la coordination des partenaires techniques et financiers.

■ Planification nationale et prospective

Par ailleurs, le cadre programmatique a été profondément renouvelé :

- Vision à long terme : la Politique Nationale de Santé (PNS), 2025-2035 a été validée.
- Transition opérationnelle : Le Plan de Développement du Secteur de la Santé (PDSS) 2019-2024 a été clôturé par une revue de performance, une étape cruciale avant la finalisation subséquente du PDSS 2025-2030 qui fixe les priorités et le cadre de performance pour les cinq prochaines années.

4.2.2 Résultats et ancrage territorial

Grâce aux sous-bureaux de l'OMS, les orientations nationales ont été déclinées localement en interventions afin d'apporter une assistance de proximité aux Directions Régionales de la Santé et aux Services de Districts de Santé Publique. A ce titre, les sous-bureaux de l'OMS répartis dans 6 régions avec à la tête des coordonnateurs de sous-bureaux apportent des appuis opérationnels qui couvrent les 114 Districts de Madagascar.

4.2.3 Stratégie et impact de l'OMS à Madagascar

L'OMS consolide son rôle de leader technique en alignant ses priorités sur le Plan-cadre de coopération des Nations Unies 2024-2028. En partenariat étroit avec le Ministère de la Santé et grâce à l'approche Une Seule Santé, elle coordonne la réponse aux défis climatiques et épidémiologiques, tout en soutenant la décentralisation des services, notamment dans le Grand Sud.

Sur le plan des politiques publiques, l'OMS renforce le plaidoyer pour la vaccination et l'accès universel aux soins, améliore la qualité des services à travers la normalisation des guides cliniques, et contribue à l'initiative régionale visant le renforcement des ressources humaines en santé à l'horizon 2035.

Pour faire face à la baisse des financements traditionnels, elle diversifie ses sources en mobilisant de nouveaux partenaires (BAD, Pandemic Fund, Japon) et en renforçant les partenariats catalytiques avec GAVI, le Fonds mondial et le secteur privé, notamment pour le projet 2GETHER 4SRHR.

Enfin, l'OMS optimise sa gestion opérationnelle afin d'assurer l'efficacité et la transparence de ses interventions, comme illustré dans le tableau XVI.

Tableau XVI : Actions de renforcement de la gouvernance et leadership

Domaine	Actions Clés
Ressources Humaines	7 recrutements, 4 transferts latéraux, 90% de complétion des évaluations de performance.
Développement	Retraite du personnel (116 participants) sur le développement personnel.
Conformité	Suivi rigoureux des achats via le Comité Local des Achats (CLA) et les contrats LTA (Long Term Agreements)
Visibilité	5 communications scientifiques présentées au Rwanda et publication du bulletin du cluster santé.
Sécurité	Tracking GPS des missions et contrôles radios hebdomadaires.

4.2.4 Décentralisation des actions de l'OMS à travers les sous-bureaux

Dans la perspective d'opérationnaliser l'appui de l'OMS et être plus proche des populations desservies, par note de service datée du 19 janvier 2024, le représentant de l'OMS à crée 6 sous-bureaux de l'OMS basés dans 6 régions sanitaires choisies comme siège des bureaux et regroupant des zones de responsabilités par région (**Figure 15**).

La création des sous-bureaux vise à renforcer la coordination des interventions de l'OMS au niveau opérationnel et partant promouvoir la visibilité de l'OMS dans l'ensemble des régions et provinces de Madagascar. Chaque sous bureau est dirigé par un coordonnateur nommé, appuyé d'une équipe multidisciplinaire compétente et engagée, apportant un appui stratégique et opérationnel dans le domaine de la santé publique et de la gestion des urgences sanitaires.

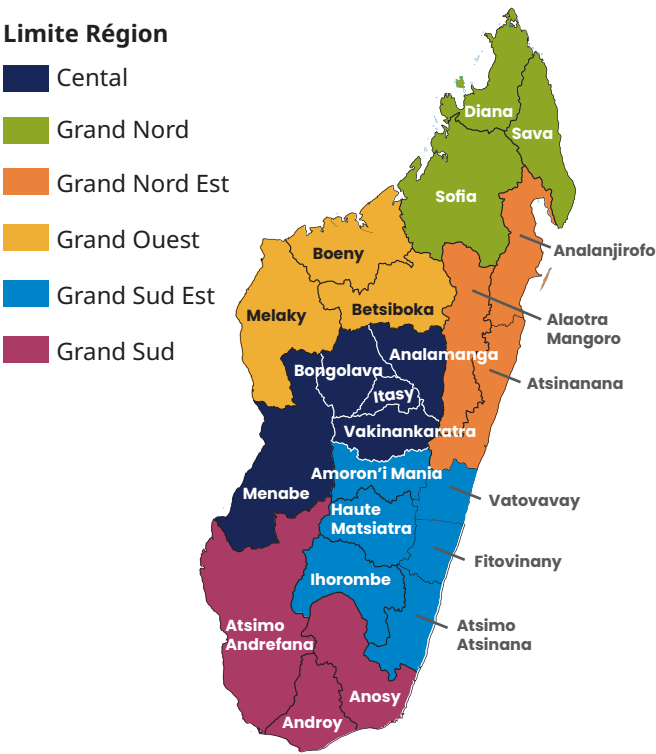


Figure 15 : Distribution des sous-bureaux OMS

4.2.5 Perspectives et Prochaines Étapes

L'accent est mis sur la pérennisation des acquis et la préparation du futur cycle biennal.

- Planification : Soumission du Plan Biennal 2026-2027.
- Recherche : Révision du plan national de développement de la recherche en santé.
- Innovation: Digitalisation du GDT via les "World Health Organization Smart Guidelines".

4.2.6 Dynamisation des partenariats et de la coordination

L'accent est mis sur l'alignement des ressources internationales avec la Politique Générale de l'État malgache.

- Dialogue multi-acteurs : Renforcement des liens avec les partenaires bilatéraux (USG, France, Irlande) et multilatéraux (Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement, Union Européenne).
- Leadership thématique : Sous l'égide de l'OMS, coordination spécifique sur des dossiers critiques :
 - ➔ Analyse du marché du travail de santé.
 - ➔ Élaboration du futur PDSS 2026-2030.
 - ➔ Organisation du Forum sur les SSP dans la perspective de redynamisation.
- Unité d'action des Nations Unies : Tenue de bilans trimestriels avec l'UNICEF, le Programme Alimentaire Mondial/PAM, l'UNFPA, etc., pour garantir que le «système des Nations Unies» parle d'une seule voix.

Cette approche de collaboration des partenaires a été réaffirmée lors de la réunion stratégiques partenaires techniques et financiers et le Ministère de la Santé Publique en octobre 2026 (Figure 16).



Figure 16 : Réunion avec les partenaires techniques et financiers pour l'atteinte des priorités en matière de santé à Madagascar, 2025

4.2.7 Impact sanitaire et opérationnel

L'accent est mis sur la précision vaccinale. Grâce aux enquêtes LQAS, l'action s'est concentrée sur 45 districts prioritaires. En synergie avec GAVI et l'UNICEF, l'OMS pérennise la vaccination de routine par un renforcement logistique (équipements, véhicules) et un suivi rigoureux des données nationales pour 2025.

Par ailleurs, les 6 sous-bureaux OMS assurent une présence opérationnelle de proximité, garantissant l'accès à des services essentiels de qualité avec un bilan significatif :

- **Coordination et supervision** : Plus de 720 réunions de coordination, 288 sessions de formation et 1 728 supervisions techniques.

- **Santé préventive** : Supervision de 1 152 séances de vaccination et appui majeur aux campagnes nationales (Polio, HPV, Paludisme).

- **Logistique** : Vérification de 2 880 sites de chaîne de froid et gestion de plus de 3 456 visites de surveillance épidémiologique (eSURV).

4.2.8 Influence et diplomatie sanitaire

L'organisation rayonne par son expertise scientifique, notamment lors de la conférence de Hambourg (travaux sur la COVID-19, la peste et la RAM). Elle assure un plaidoyer régional sur la RAM et soutient la soumission de Madagascar au *Pandemic Fund*. La visibilité est soutenue par une communication digitale active et une diplomatie de terrain montrant l'impact concret aux donateurs.

4.2.9 Excellence et gouvernance

L'OMS investit dans son **capital humain** (formations AFRO) et sécurise ses opérations via :

- **Conformité** : Utilisation CLA et de LTA.

- **Sécurité** : Innovation par le tracking des missions et protocoles radio.

- **Éthique** : Promotion du bien-être et de la santé du personnel.

Cette approche holistique garantit une réponse sanitaire agile tout en consolidant la confiance des partenaires financiers.

4.2.10 Diversification des sources de financement

Dans l'ensemble, l'OMS a réussi à engager un large éventail de partenaires financiers pour soutenir des piliers essentiels de la santé publique :

- **Partenaires multilatéraux et fonds** : GAVI (vaccination), MPTF (Multi-Partner Trust Fund) et AHPSR (Alliance for Health Policy and Systems Research) /CERF (Central Emergency Response Fund)

- **Partenaire bilatéral** : Monaco.

- **Cibles prioritaires** : L'immunisation (vaccination) et la résilience du système de santé.

4.2.11 Gouvernance et Intersectorialité

L'innovation réside ici dans la collaboration entre deux ministères qui ne travaillent pas toujours de concert : ceux de la Santé Publique et de l'Enseignement Technique.

■ **Lien Santé-Formation :** Cette approche suggère que le renforcement du système de santé passe par la formation professionnelle et technique du personnel.

■ **Projet BAD :** Le développement d'un projet soumis à la BAD montre une ambition de financement à grande échelle pour des réformes structurelles.

4.2.12 Appropriation et alignement

L'OMS ne se contente pas de rédiger des projets, elle assure la pérennité des interventions par :

■ **L'appropriation institutionnelle :** En impliquant les hauts responsables dès la phase de conception.

■ **L'alignement :** En veillant à ce que les projets répondent à la fois aux besoins réels de Madagascar (priorités nationales) et aux standards des bailleurs de fonds.

4.2.13 Mobilisation des ressources

Plaidoyer et mobilisation de ressources

Grâce à un plaidoyer ciblé, l'OMS a mobilisé des financements stratégiques essentiels, notamment via le Fonds Pandémie, l'initiative « Une Seule Santé » (Banque Mondiale) et le renforcement des ressources humaines en santé (financé par l'USAID, le Fonds Mondial et la Banque Mondiale). Ces ressources ont permis d'améliorer la résilience du système de santé et de former des experts en épidémiologie de terrain et des points focaux pour le COUSP. Les efforts de mobilisation des ressources au cours du biennium sont résumés dans le tableau XVII.

Tableau XVII : Ressources domestiques mobilisées

Donateurs	Montant (USD)	%
GAVI	10 619 616	64%
Banque Mondiale	3 256 278	20%
Carter Center	1 349 824	8%
If! Foundation	750 990	5%
MPTF	349 141	2%
AHPSR	204 000	1%
TOTAL	16 529 849	100%

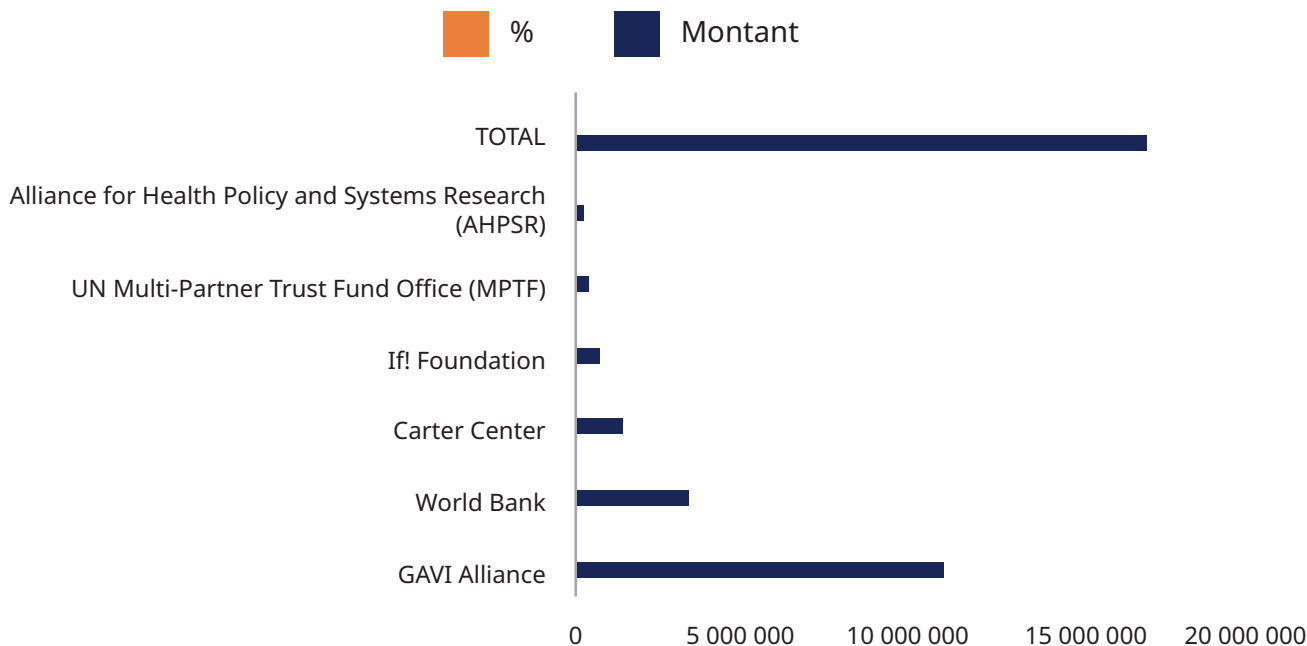


Figure 17 : Répartition des ressources locales mobilisées par bailleur

L'efficacité de l'organisation se traduit par une hausse des fonds captés et une meilleure capacité à les dépenser.

Tableau XVIII : Mobilisation des ressources externes

Indicateurs	Performance
Fonds mobilisés (2024)	9,94 millions USD
Croissance budgétaire	+19 % (comparaison cycle 22-23 vs 20-21)
Taux d'exécution (Absorption)	Passage de 91 % à 94 %

L'OMS Madagascar consolide son rôle de partenaire de référence à travers une gestion optimisée et un impact terrain accru. L'organisation affiche une crédibilité renforcée, illustrée par un taux d'exécution budgétaire de 94 % (**Tableau XIX**), signalant une forte capacité d'absorption des financements internationaux.

Tableau XIX : Exécution budgétaire 2024-2025

Catégorie	Montant (USD)
Budget alloué	45 635 522
Fonds disponibles	38 086 910
Dépenses engagées	33 697 570
Taux de mise en œuvre	88,5% %

4.2.14 Gestion des ressources humaines

En 2024, le Bureau de l'OMS à Madagascar a poursuivi la mise en œuvre du modèle organisationnel axé sur les résultats, en adaptant les recrutements à la disponibilité des ressources. L'effectif total s'est élevé à 207 personnes, dont 43 % de femmes (Figure 19), réparties entre personnels fixes, le personnel sous accords de services spéciaux (SSA), les consultants, les Volontaires des Nations Unies (VNU) et les épidémiologistes stagiaires.



Figure 18: Quelques membres du personnel féminin de l'OMS Madagascar

Tableau XX: Répartition du staff de l'OMS par type et par lieu de travail , 2025

LIEUX D'AFFECTATION	STAFFS		SSA		CONSULTANTS		VNU		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	
Bureau Central	20	24	11	21	2	9	2	2	91
Sous Bureau Central		1	3	1					5
Sous Bureau Grand Nord	1			4					5
Sous Bureau Grand Nord Est	1		3	4					8
Sous Bureau Ouest		1	2	2					5
Sous Bureau Grand Sud			1	4					5
Sous Bureau Grand Sud Est		1	1	3					5
TOTAL	22	27	21	39	2	9	2	2	124

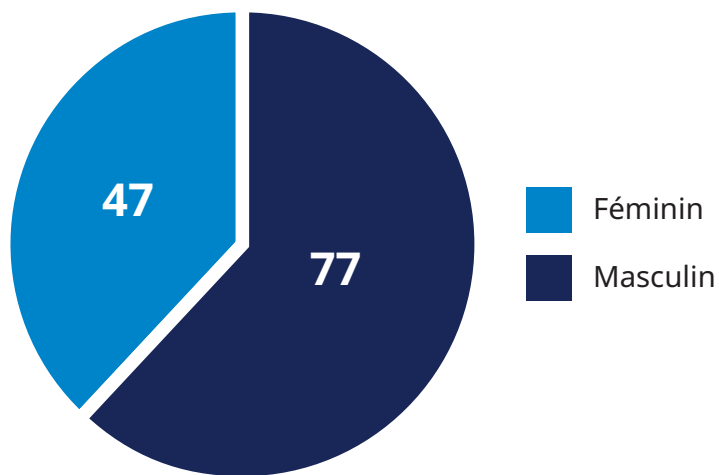


Figure 19 : Répartition du personnel du bureau OMS Madagascar par sexe

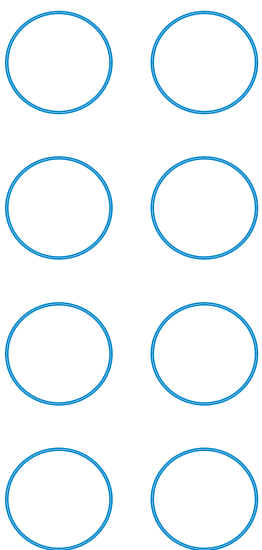
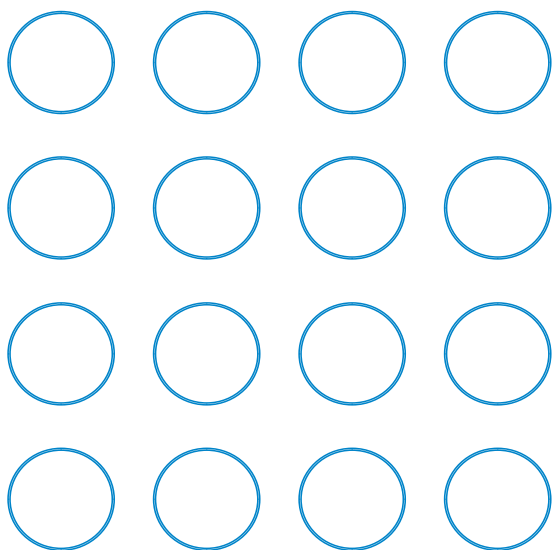
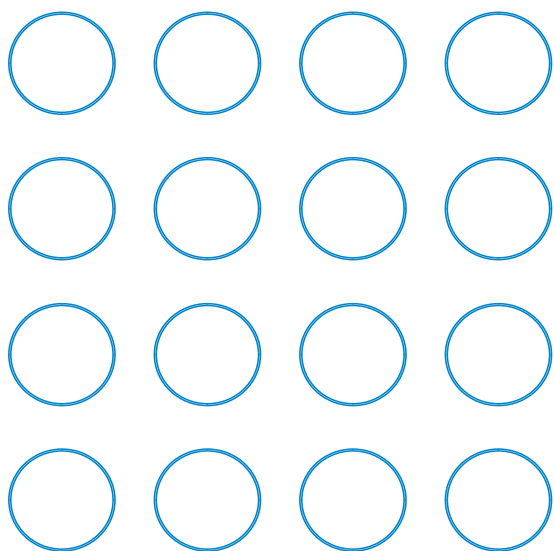
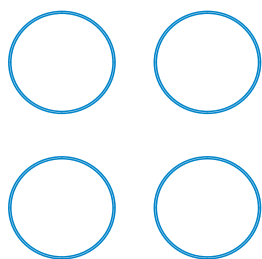
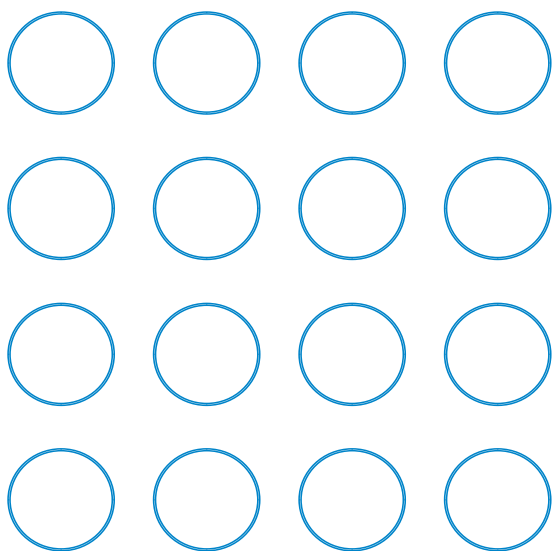
Protection contre les abus, exploitations et harcèlements sexuels



Figure 20 : Intensification des actions de prévention et de réponse à l'exploitation et aux abus sexuels

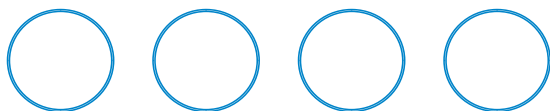
Le contexte malgache reste marqué par des taux élevés de violences basées sur le genre et une méconnaissance communautaire des droits fondamentaux. Face aux failles des mécanismes de signalement et de réparation, l'OMS a intensifié ses actions de prévention et de réponse à l'exploitation et aux abus sexuels PSEA (Protection from Sexual Exploitation and Abuse).

L'organisation réalise des évaluations annuelles des risques et met en œuvre des plans de mitigation rigoureux. Ces efforts incluent la sensibilisation continue du personnel et des communautés, ainsi que l'intégration systématique de la PSEA dans la planification des urgences. Au niveau institutionnel, l'OMS apporte un appui technique à la Task Force nationale (Figure 20) et a formé une équipe de coordination dédiée au sein du Ministère de la Santé Publique, renforçant ainsi les capacités des districts sanitaires.





CONCLUSION



Au terme de la période 2024–2025, l'action du Bureau de l'OMS à Madagascar s'est déroulée dans un contexte marqué par d'importants défis qui ont influencé la performance du système de santé et la mise en œuvre des priorités nationales. L'instabilité sociopolitique et institutionnelle a eu un impact direct sur la continuité des interventions, tandis que les fragilités persistantes en matière de gouvernance et de leadership ont limité la capacité des autorités sanitaires à conduire des réformes structurelles et opérationnelles.

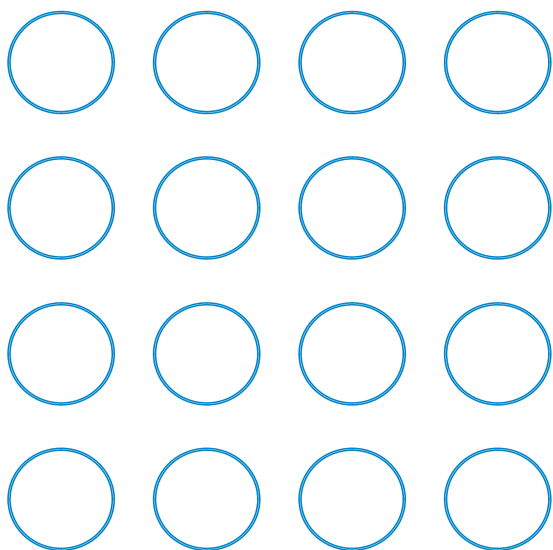
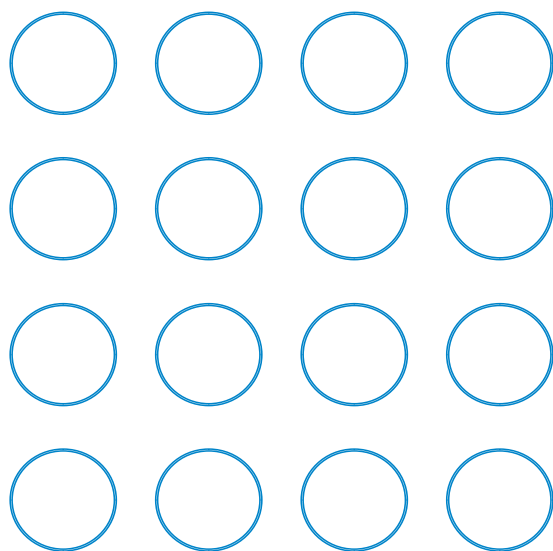
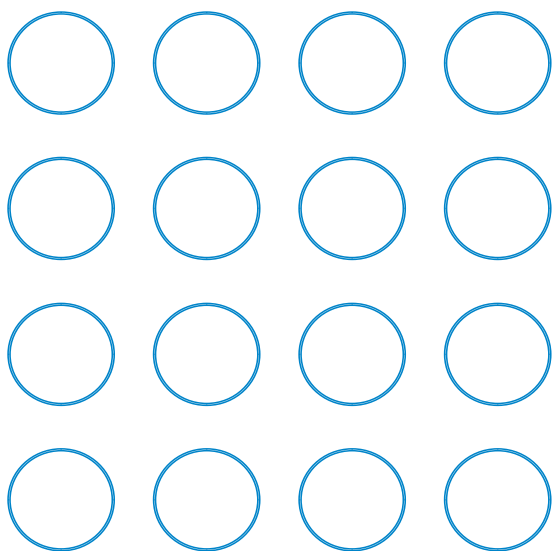
La réduction des ressources financières disponibles, conjuguée à une forte incertitude budgétaire, a affecté la planification, l'exécution et la durabilité de plusieurs programmes prioritaires. La mobilité importante des ressources humaines et la séparation des compétences clés ont également ralenti les progrès, dans un contexte où le niveau des plateaux techniques demeure insuffisant pour répondre de manière efficace aux besoins croissants de la population.

Par ailleurs, le pays a dû faire face à des résurgences d'urgences sanitaires, à des risques climatiques récurrents et à des catastrophes naturelles qui ont fortement sollicité les mécanismes de préparation et de riposte. Malgré l'engagement des équipes et des partenaires, plusieurs programmes essentiels ont connu une stagnation, révélant la nécessité d'une plus grande coordination, d'un renforcement des capacités et d'une mobilisation accrue de ressources.

Les dynamiques sociales ont également influencé les interventions de santé publique. La diffusion rapide de rumeurs et de fausses informations a parfois entravé l'adhésion aux campagnes de santé, soulignant l'importance de stratégies renforcées de communication des risques. De même, l'engagement communautaire, indispensable pour assurer l'efficacité et l'ancrage des actions, doit être consolidé pour que les communautés jouent pleinement leur rôle dans l'amélioration durable de la santé.

Face à ce contexte, le Bureau OMS Madagascar a poursuivi l'appui au Gouvernement, aux institutions techniques, aux communautés et aux partenaires, en privilégiant une approche intégrée et multisectorielle. Les résultats obtenus, malgré les contraintes, témoignent de la résilience collective et du potentiel de renforcement du système de santé.

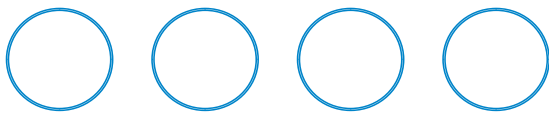
L'OMS réaffirme son engagement à accompagner Madagascar dans la consolidation d'un système de santé plus robuste, mieux préparé face aux crises, capable d'améliorer l'accès aux services essentiels et de protéger durablement la santé de la population.

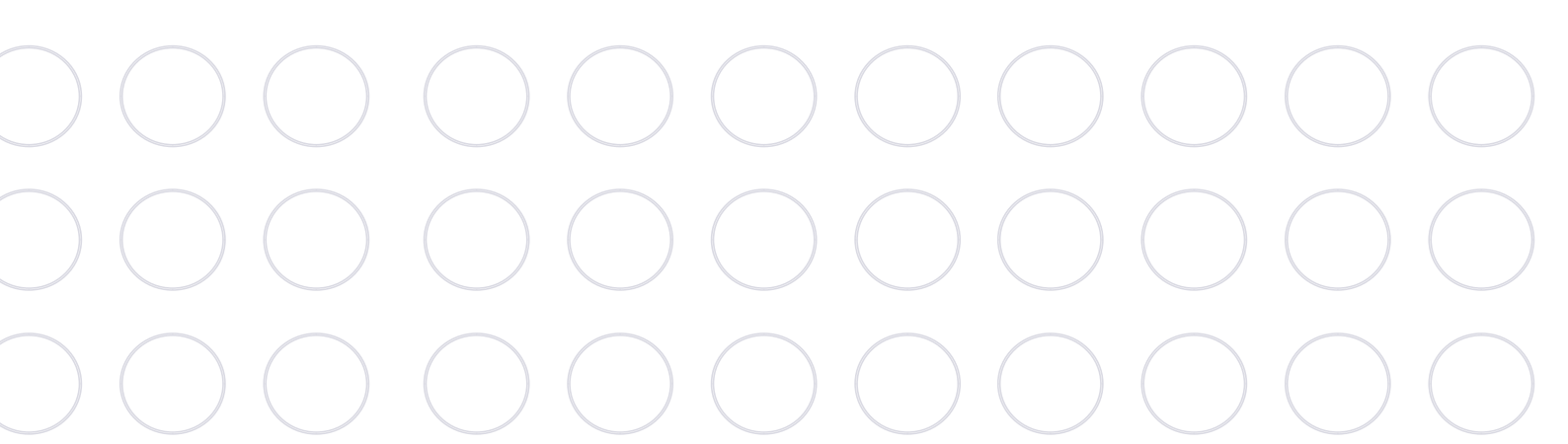




Perspectives

du prochain Biennium





Le prochain biennium du Bureau de l'OMS Madagascar vise à renforcer durablement la résilience du système de santé dans un contexte de vulnérabilités multiples : urgences récurrentes, impacts climatiques, inégalités d'accès aux services et défis persistants de santé publique. L'appui de l'OMS s'inscrit dans les priorités nationales du PNDS et dans les engagements internationaux du pays. Les perspectives se découlent en 10 axes majeurs :

1. Leadership, coordination et gouvernance des urgences :

Renforcement du système national de gestion des urgences : consolidation du leadership institutionnel, PHEOC fonctionnel, équipes RRT performantes, points d'entrée améliorés, mécanismes de financement durables. Appui renforcé à l'approche One Health.

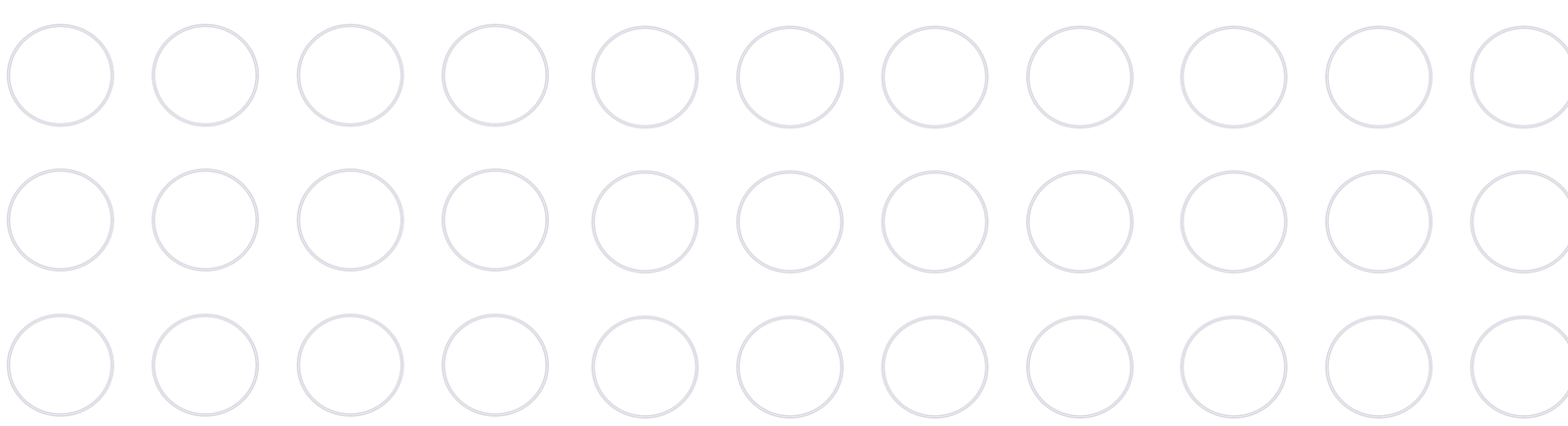
2. RCCE et protection communautaire : Institutionnalisation de la RCCE comme pilier de la préparation et réponse : systèmes nationaux de participation des communautés, mécanismes de retour d'information, responsabilité et redevabilité. Renforcement de la mise en œuvre PSEAH.

3. Données, surveillance et alerte précoce : Amélioration de la qualité des données et digitalisation des systèmes (SIMR, RSI).

Professionnalisation de l'évaluation des risques, renforcement de l'alerte précoce et amélioration de la réponse rapide, y compris au niveau décentralisé.

4. Équité vaccinale et immunisation : Identification et prise en charge des enfants zéro-dose, sécurité vaccinale, gestion des MAPI, renforcement des capacités, supervision formative et revues de performance régulières pour améliorer le PEV.

5. Qualité des soins : PCI/WASH, laboratoires, diagnostics, gestion de cas. Renforcement de la PCI, amélioration de WASH en structures sanitaires, modernisation des laboratoires, amélioration des diagnostics et de la gestion clinique pour des soins sûrs et résilients.



6. Nutrition et sécurité sanitaire des aliments : Intégration de la nutrition dans les services essentiels, renforcement des capacités nationales et amélioration du contrôle sanitaire des aliments pour réduire les risques nutritionnels et alimentaires.

7. MNT – Réduction des risques et promotion de la santé Actions ciblées sur les principaux facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité, alimentation malsaine, sécurité routière). Appui aux cadres réglementaires et aux interventions de promotion de la santé.

8. Santé mentale et soutien psychosocial Intégration du SMSPS dans les services de santé : élaboration de normes et SOP, formation du personnel de santé et des acteurs communautaires pour une réponse adaptée en routine et en urgence.

9. Vieillesse en bonne santé : Développement de politiques et programmes favorables aux personnes âgées. Intégration du vieillissement dans les services de santé primaires et promotion d'environnements sociaux favorables.

10. Santé & climat, pollution, trajectoire bas carbone : Renforcement des capacités santé-climat, mise en œuvre de la feuille de route nationale sur les pollutions, et soutien à des trajectoires bas carbone pour un secteur de la santé résilient et durable.

Liste des principaux partenaires



OMS-Madagascar
Maison Commune des Nations Unies
Zone Galaxy Andraharo
B.P. 362 Antananarivo