



## Évaluation interne 2014

### Madagascar

#### 1. Brève description du processus

Cette évaluation a été élaborée par la Responsable Pays, Véronique Maeva Fages, avec le soutien d'Isabelle de Zoysa, experte technique. Elle a ensuite été communiquée aux principales parties prenantes du Secrétariat de GAVI et des sièges de l'OMS et l'UNICEF, ainsi qu'à l'IST pour commentaires et contributions avant sa finalisation. Elle est fondée sur le RSA 2013 soumis par le pays et d'autres documents pertinents et s'appuie sur des discussions qui ont eu lieu pendant la visite de la Responsable Pays du 4 au 10 mai 2014.

#### 2. Réalisations et contraintes

D'après les données administratives disponibles à l'époque, le pays semble avoir maintenu une bonne performance globale de la vaccination en 2013. La couverture de la troisième dose du vaccin DCT-HépB-Hib est de 89,6 % (objectif de 90 %). Ce résultat est en progression par rapport à la couverture de 2012 de 86 % et le RSA indique que l'objectif de couverture de 90 % pour 2013 a été atteint.

Le taux d'abandon était de 9,3 % (11 % en 2012). Ce très bon résultat doit être souligné étant donné les contraintes socio-économiques et politiques pesant sur le pays depuis 2009. Le RSA indique que la couverture du vaccin antirougeoleux avait aussi augmenté pour atteindre 86 % en 2013, comparés à 84 % en 2012. En revanche, la couverture du vaccin BCG a subi un léger déclin : 77 % en 2013 par rapport à 78 % en 2012.

Pour ce qui est du VPC10, les résultats de l'évaluation post-introduction de septembre 2013 laissent à penser que l'intégration du nouveau vaccin dans les activités de vaccination de routine est en bonne voie. La plupart des faiblesses identifiées et des mesures correctives concernent l'ensemble du système de vaccination. La couverture de la troisième dose du VPC10 est de 92 %, avec un taux de perte inférieur à celui prévu (5 % contre 10 %). Il convient de noter qu'un stock de clôture relativement élevé de 864 000 doses a été rapporté au 31 décembre 2013, ce qui correspond aux besoins d'environ 3 à 4 mois. Il était prévu que le financement se termine fin 2014 conformément aux dates du PPAC. Cependant, en raison de problèmes d'approvisionnement au niveau global, le lancement du VPC a été retardé d'un an. Le pays demande une extension de ce programme jusqu'en 2016 et a mis à jour le PPAC en conséquence.

La vaccination antirotavirus vient juste de commencer et l'évaluation post-introduction de ce vaccin est prévue en octobre 2014. Une extension de ce programme jusqu'en 2016 est aussi demandée (même commentaire concernant le PPAC). Le stock de clôture est relativement élevé avec 514 500 doses au 31 décembre 2013, ce qui correspond aux besoins d'environ 3 à 4 mois. Des réajustements seront faits en 2014 et sur les calculs de 2015.

En ce qui concerne le projet de démonstration du vaccin anti-VPH, le RSA signale que les résultats dépassent les objectifs dans les deux districts, pour atteindre 69 % et 64 % chez les filles en CM2 et 48 % et 62 % chez les filles de 10 ans non scolarisées. Les plans pour une possible extension de la vaccination anti-VPH sont encore imprécis. À noter que la vaccination anti-VPH n'est pas citée dans le PPAC révisé de 2012-2016 (mis à jour en mai 2014) soumis avec le RSA. Si le pays décide de faire une demande pour un programme national (possiblement en 2015), le PPAC devra faire l'objet d'une mise à jour. L'évaluation post-introduction relative à la première année de mise en œuvre a eu lieu en juin 2014. Les résultats seront diffusés en juillet 2014.

La revue externe du PEV en septembre-octobre 2012 (réalisé par le CDC, l'OMS et l'UNICEF) a révélé des problèmes importants relatifs à la vaccination de routine, surtout en ce qui a trait à la qualité des données, la supervision, les capacités opérationnelles/coûts d'exploitation et la chaîne du froid. À l'époque, il avait été estimé que 191 000 enfants n'avaient pas été vaccinés en août 2012. L'examen a préconisé la mise en place d'une action rapide pour éviter toute possible réduction importante de la couverture vaccinale.

Le soutien pour le RSS a été approuvé en 2008, mais la mise en œuvre des activités a souffert de lenteurs, avec une reprogrammation ultérieure. La dernière tranche de financement a été retardée puis suspendue pour diverses raisons, y compris des problèmes post-audit et plus précisément lié à un mauvais usage des fonds détecté lors de l'audit externe organisé par GAVI (équivalent à 279 000USD). Ce problème est en discussion avec le nouveau gouvernement (suite aux élections présidentielles de 2014) et la poursuite du financement sera possible lorsque les dispositions du remboursement auront été finalisées (prévues pour août 2014). Un financement indirect est également fourni via le plan de développement (dit « Business Plan ») de GAVI Alliance avec la fourniture d'un soutien technique par JSI pour aider aux nouvelles introductions, par l'UNICEF pour l'inventaire de la chaîne de froid, le travail d'équité et de mobilisation sociale et par l'OMS pour la GEV (prévue en fin d'année 2014), la formation sur l'introduction de vaccins, les évaluations post introduction, l'évaluation de la santé des adolescents et la revue du coût-efficacité (dans le cadre du programme pilote du vaccin anti-VPH), la surveillance sentinelle et la revue et suivi du financement de la vaccination.

Les propositions pour un nouveau financement du RSS d'un montant de 16,64 millions USD pour 3 ans (2015-2017) et pour l'introduction du VPI ont été recommandées pour approbation par le CEI de juin 2014.

Le RSA 2013 identifie les principaux défis auxquels le programme de vaccination a été confronté, notamment :

- un accès inadéquat aux services de santé (60 % de la population réside à plus de 10 km d'une structure de santé) exacerbé par la fermeture de structures de santé dans certaines zones en raison de l'insuffisance en ressources humaines ou de problèmes d'insécurité ;
- des perceptions négatives, avec des refus de vaccination dans certaines communautés et écoles ;
- un décaissement tardif des fonds (entraînant, en particulier, des délais de mise en œuvre de l'approche ACD) ;
- des insuffisances en termes d'équipements de la chaîne du froid (qui ont par ailleurs affecté les activités de vaccination antirougeoleuse) ;
- des problèmes dans les activités de suivi et d'évaluation aux niveaux périphériques ;
- une disponibilité réduite d'espèces pour le carburant et d'autres fournitures essentielles.

Les mesures pratiques prises pour relever ces défis sont indiquées, par exemple la mise en œuvre de l'approche ACD, des activités de formation, de supervision, de gestion des données et de surveillance et des activités liées à l'introduction de nouveaux vaccins. Certaines de ces activités ont été mises en œuvre avec le soutien des fonds de RSS (ce qui a permis, par exemple, de résoudre les problèmes liés à la chaîne du froid, d'embaucher le personnel indispensable dans les zones distantes et de mettre en œuvre des activités de stratégie avancée).

Les plans pour 2014-2015 mettent l'accent mis sur le maintien de niveaux de couverture élevés et sur la possibilité d'atteindre les districts où la performance est médiocre. Il est aussi prévu d'introduire le VPI en mai 2015.

Le RSA indique que les questions d'égalité entre hommes et femmes ne représentent pas un problème important pour le programme de vaccination. Il signale que des données ventilées par sexe ne sont pas disponibles systématiquement, même s'il est prévu de les recueillir à l'avenir. Les détails ne sont pas fournis. Les données de l'EDS 2008-2009 n'ont pas révélé de disparités entre les garçons et les filles en ce qui a trait à la disponibilité et l'utilisation des services. Cependant, comme indiqué dans le rapport du CEI sur le RSA de 2012 (évalué en 2013), les facteurs conduisant à l'inégalité sont complexes et plusieurs problèmes d'égalité entre hommes et femmes surviennent lors de l'administration des vaccins. Par exemple, le RSA 2013 mentionne que la couverture du BCG reste faible, en partie du fait de pratiques culturelles qui ont tendance à confiner les mères à la maison pendant 3 mois dans certaines régions. Le projet pilote du vaccin anti-VPH s'est aussi heurté à une forte résistance vis-à-vis des activités de

vaccination dans certaines écoles, ce qui a nécessité une réorientation des modalités de la campagne et de la stratégie avancée.

Le rapport de l'UNICEF sur l'analyse des facteurs de l'inégalité (et du plan d'action) de juillet 2013, mis à jour début 2014, indique que les facteurs du côté de la demande incluent la région géographique, le niveau d'éducation des mères, le manque d'information des soignants et des problèmes d'accès des mères aux formations sanitaires, alors que les facteurs du côté de l'approvisionnement incluent une faible capacité de la chaîne du froid et la non-disponibilité des vaccins. Le rapport sur l'inégalité indique aussi que 50 % de tous les enfants non vaccinés par le DTC3 résidaient dans 6 des 22 régions (alors que l'examen externe 2012 a souligné que 26 sur 112 districts présentaient un taux de couverture inférieur à 80 %). Trois principaux facteurs expliquant la faible couverture ont été notés : résidence en zone rurale, pauvreté et manque d'information pour la mère. Le plan d'action prévoit clairement de réduire les inégalités entre les sexes et les autres inégalités qui réduisent l'accès à la vaccination. Cette étude et le plan d'action correspondant constituent le fondement de la nouvelle proposition de soutien au RSS approuvée par le CEI en juin 2014.

Le RSA de 2013 pointe également des inégalités socioculturelles et géographiques importantes dans l'accès aux services de vaccination. Il soulève en particulier des problèmes pour atteindre les mères ayant un niveau d'éducation inférieur et des populations marginalisées difficiles à atteindre dans les zones rurales distantes et les zones urbaines. Plusieurs approches ont été testées pour résoudre ces inégalités, y compris des dialogues avec la communauté et la microplanification avec le soutien des agents communautaires. Il signale que les questions d'équité sont au centre de la nouvelle proposition RSS.

**Les recommandations sont indiquées à la section 14 (Suivi des questions d'égalité entre hommes et femmes et d'équité avec le soutien des partenaires de GAVI Alliance).**

### 3. Gouvernance

Depuis 2009, le pays souffre d'instabilités politique, économique, institutionnelle et sécuritaire. Cependant, les récentes élections présidentielles et la formation d'un nouveau gouvernement, en début de l'année 2014, reconnu par la communauté internationale fournissent à Madagascar des perspectives optimistes et prometteuses avec un retour possible d'un financement direct par d'autres bailleurs de fonds majeurs.

Le CCIA et le CCSS ont été fusionnés en 2012 par décret gouvernemental, ce qui est reflété dans l'aide-mémoire conclu avec GAVI. Le CCSS/CCIA comprend deux sections (prise de décisions et technique) et jouit d'une forte représentation du ministère de la Santé (divers services), du ministère des Finances, du ministère de la Population et des Affaires sociales, du ministère de la Décentralisation, de l'OMS, de l'UNICEF, de JSI, de la Banque Mondiale, de l'USAID, de la BAD, de la Coopération française et de diverses ONG. Les partenaires bailleurs clés, comme l'USAID, participent à nouveau à ces réunions depuis la fin 2012. Cependant, depuis fin 2013, l'UE est dans l'incapacité, par manque de temps et de ressources humaines, d'assister aux réunions du CCIA et se fait souvent représenté par la Coopération française. La participation des OSC est importante, avec des représentants de l'Organisation nationale des Médecins, de la Croix rouge malgache, de Mahefa, RTI et autres.

En 2013, le comité décisionnel du CCSS/CCIA s'est réuni 9 fois et le comité technique quant à lui, s'est réuni 20 fois ; certains procès-verbaux sont fournis ainsi que des listes de présence. Les procès-verbaux indiquent que le CCSS/CCIA est actif, dispose d'expertise technique et est concentré sur ses objectifs.

Le RSA de 2013 a été avalisé à l'occasion de la réunion du CCSS/CCIA du 20 mai 2014.

Il convient de noter qu'un financement de 148 000 USD a été fourni à Madagascar pour renforcer la coordination des OSC ; ce processus est supervisé par CRS (dans le cadre d'un contrat global). L'ASOS a été sélectionnée par voie de concours au niveau national pour élaborer la plateforme nationale des OSC sur la vaccination d'ici fin 2014. Son objectif consiste à harmoniser les activités, élaborer des messages de sensibilisation, mettre en place les meilleures pratiques sur l'engagement de la communauté dans le domaine de la vaccination,

mais aussi à renforcer les capacités sur la vaccination et la gestion d'ONG sélectionnées au niveau régional.

Lors de la visite de la Responsable Pays en mai 2014, les questions de gouvernance avaient été examinées et les recommandations suivantes avaient été faites :

- *Le comité décisionnel du CCSS/CCIA devrait inclure des représentants de haut niveau de diverses institutions afin d'améliorer un suivi stratégique et la gestion des investissements de GAVI dans le pays. Il devrait être idéalement être présidé par le ministre de la Santé avec l'aide des représentants des agences multilatérales et bilatérales*
- *En effet, ce comité décisionnel superviserait de plus près le programme (les comités techniques faisant état de divers dossiers et situation au comité décisionnel du CCIA) ;*
- *Le CCIA pourrait être stratégiquement étoffé par l'arrivée de nouveaux partenaires tels que l'Institut Pasteur ;*
- *Le financement futur des OSC devra transiter par le financement sur le renforcement du système de santé (RSS).*

#### 4. Gestion des programmes

Le PPAC a été examiné et mis à jour (2012-2016) en mai 2014. Cependant, le document et les coûts associés seront finalisés en juillet 2014.

Un premier projet de la stratégie du secteur de la santé devrait être prêt en septembre 2014. Il faciliterait l'alignement des partenaires techniques et financiers de Madagascar et donnerait une vision plus claire des écarts financiers. GAVI a exprimé son intérêt pour participer à un tel processus. Il convient de noter qu'une stratégie de déconcentration nationale (en lieu et place d'une décentralisation complète) a été instituée depuis 2010/2011, entraînant la création de 22 régions et 112 districts (en remplacement des 6 provinces initiales).

Les points forts identifiés lors de la revue externe du programme PEV en 2012 sont notamment l'existence du CCSS/CCIA, la disponibilité de cartes sanitaires à tous les niveaux, la disponibilité du PPAC (2011-2015) et la disponibilité de plans de travail annuels jusqu'au niveau du district (au moins dans 19 districts sur 22). Les points faibles identifiés sont notamment la faible coordination de la planification et de la coordination, les faibles liens existant entre les plans de travail annuels au niveau national et le PPAC, le besoin de partager le PPAC avec les niveaux intermédiaires et opérationnels.

**Les recommandations sont indiquées à la section 14 (Implication de GAVI Alliance dans le plan de développement de la stratégie du secteur de la santé pour 2015-2020 et PPAC final à communiquer à GAVI lorsqu'il sera disponible en juillet/août 2014).**

#### 5. Réalisation des programmes

Le RSA explique que pour éviter une éventuelle pénurie de vaccins DTC-HépB-Hib liée au retard du règlement de la contribution de cofinancement par le pays, l'UNICEF a acheté des vaccins, ce qui a entraîné un surplus reporté sur 2014. Une programmation des espèces est en cours au niveau de la direction du PEV, qui a reçu une somme forfaitaire d'introduction pour aider au lancement du vaccin antitrotavirus d'un montant de 647 500 USD en août 2013.

Ce dernier incident souligne les défis actuels rencontrés au niveau de la chaîne du froid et de la logistique de l'approvisionnement. La dernière évaluation de la GEV a été réalisée en août/septembre 2011 ; la prochaine est prévue pour fin 2014. Seuls 2 des 9 critères ont obtenu un résultat supérieur à 80 % en 2011 : E6 (gestion de stocks : 80 %) et E9 (systèmes informatiques et fonctions de gestion d'appui : 93 %). En 2013, le CEI a observé que la mise en œuvre du plan d'amélioration est en cours, même si les retards de mise en œuvre du RSS et la reprogrammation antérieure ont entraîné un ralentissement des taux d'activités. La concentration géographique du plan d'amélioration porte sur les districts dont les taux de couverture du DTC3 sont particulièrement faibles (à savoir inférieurs à 60 %) et où la capacité de la chaîne du froid est particulièrement médiocre. La plupart des actions sont concentrées sur l'achat de chambres froides et de réfrigérateurs, la livraison, l'installation, mais aussi la formation et l'entretien. Des allocations de carburant sont également prévues.

Un plan visant à réhabiliter/remplacer tous les équipements a été élaboré pour les années 2012-2016, suite à un inventaire détaillé réalisé en avril 2012. Le « tout dernier » plan d'amélioration de la GEV 2014-2017 et le rapport de situation inclus dans la documentation du RSA sont très peu détaillés. Il reste beaucoup de choses à faire, en particulier dans le domaine de l'introduction de nouveaux vaccins. D'autres documents soulignent de forts écarts dans le financement disponible pour couvrir les besoins attendus : le financement du RSS est la première source de soutien et l'UNICEF la deuxième, mais même ensemble ils sont loin de satisfaire les besoins prévus.

On estime à 25 millions USD le montant nécessaire pour mettre en œuvre la totalité des améliorations de la chaîne du froid. Les priorités identifiées lors de la visite de la Responsable Pays en mai 2014 sont notamment :

- La fourniture urgente d'au moins 1 000 réfrigérateurs d'ici fin 2014 (les nouveaux fonds du RSS couvriront 100 d'entre eux). Les capacités des chambres froides ont été étendues en 2012 et ont été encore renforcées avec l'arrivée récente de 13 nouvelles chambres froides, 11 pour 2 régions et 2 installées au niveau central. L'extension et la rénovation de l'entrepôt central pour installer la nouvelle chaîne du froid ont été terminées en mars 2014. JICA a aussi financé 7 réfrigérateurs solaires en 2013. Six chambres froides pourraient être financées par le soutien RSS de GAVI et six autres via des fonds non dépensés des sommes forfaitaires d'introduction de GAVI (ligne budgétaire de maintenance et diffusion du matériel de communication).
- L'évaluation prévue du système logistique par le projet « Delivers » financé par l'USAID.
- La résolution du problème des frais de transit d'une manière pérenne, avec l'aide de l'UNICEF (exemption de taxes et de frais de transit pour tous les vaccins et les fournitures médicales), en tenant compte que la demande doit arriver en temps et en heure, sous un mois. En ce qui concerne les factures impayées, GAVI recommande que l'UNICEF et le ministère de la Santé explorent des moyens pour résoudre les paiements pour l'heure non honorés, pour éviter tout délai supplémentaire des éléments stockés au port.
- Un financement supplémentaire de 100 000 USD est disponible dans le cadre du Fonds de réponse rapide pour la chaîne du froid géré par l'UNICEF/OMS pour le renforcement de la chaîne du froid. Les détails de la demande ont été mis à disposition du pays par l'OMS et l'UNICEF en juillet 2014.

**Il reste à comprendre quels sont les besoins actuels dans le domaine de la logistique et de la chaîne du froid. Ce problème a été abordé lors de l'examen de la nouvelle proposition de RSS à l'occasion du CEI de juin 2014, dont une partie du financement devrait être allouée à l'équipement de la chaîne du froid. Il est urgent de procéder à une analyse exhaustive, mais somme toute réaliste, des besoins actuels et du plan d'action national des achats.**

La politique nationale de gestion des déchets a été élaborée en 2005 et mise à jour en 2013. Les seringues et les déchets piquants doivent être recueillis sans recapotage dans des boîtes de sécurité, brûlés puis enfouis en toute sécurité. Le problème est que seulement 22 % des installations sanitaires disposent d'incinérateurs adaptés pour l'élimination correcte de tels déchets, en raison d'un manque de financement.

Un système de pharmacovigilance est prévu ainsi qu'un comité expert en MAPI. La surveillance sentinelle du site est un domaine qui demande à être renforcé. Une diminution globale de la qualité de la surveillance de la rougeole et des PFA est signalée. Le risque de flambée est source d'inquiétude. Le pays réalise une surveillance sentinelle de la méningite bactérienne et du rotavirus chez les enfants.

**Les recommandations sont indiquées à la section 14 (Analyse de la chaîne du froid à réaliser en 2014 ainsi que la GEV programmée pour fin 2014).**

## 6. Qualité des données

Le rapport du CEI de juillet 2013 fournit des estimations de couverture pour 2000-2012, y compris des estimations révisées produites par l'OMS/UNICEF en 2013 (il s'agissait d'une révision historique en raison de modifications dans l'année d'enquête). Des diminutions de couverture ont été observées au cours des 10 dernières années en raison du contexte socio-économique et politique fragile et volatil, avec certains signes de redressement depuis 2010, abordés à la section 3.

Il existe des divergences de données entre diverses estimations de couverture avec de grands écarts pour plusieurs années. En 2012, l'OMS/UNICEF et les estimations administratives concordaient.

Le RSA indique que pour les années 2014, 2015 et 2016, les dénominateurs ont été changés suite à la mise à jour du PPAC pour utiliser les données de l'EDS 2008/2009 (donnant un RNB estimé inférieur à 48 pour mille nouveau-nés par rapport à l'estimation de l'EDS 2004 de 58 pour mille nouveau-nés). En revanche, le dénominateur n'a pas été mis à jour pour les données administratives (il s'agit d'une projection des données du recensement de 1993).

La revue externe du PEV réalisée en octobre 2012 par le CDC, l'OMS et l'UNICEF a relevé des problèmes de qualité des données. Les activités réalisées en 2013 pour renforcer le système de gestion des données sont notamment la supervision formative dans l'utilisation de l'outil de gestion des stocks (SMT) et du DVD-MT, un « coaching » des régions et des districts par téléphone (grâce à un financement de l'OMS et de l'UNICEF) et des réunions régulières d'examen des données à tous les niveaux. Les activités futures incluent l'intensification de ces approches et l'introduction d'approches de financement axé sur la performance pour la surveillance et la communication de données.

Le RSA fournit des résultats de l'enquête de couverture de novembre 2013. Ils montrent que selon la carte sanitaire, 71 % des enfants visés par l'enquête avaient reçu le BCG, 43 % le VPO3, 47 % le DCT3 et 46 % le vaccin antirougeoleux. Selon la carte sanitaire et le suivi des abandons, 83 % avaient reçu le BCG, 76 % le VPO3, 80 % le DCT3 et 79 % le vaccin antirougeoleux.

Madagascar est l'un des seuls 5 pays à jouir d'un degré de confiance élevé (3 étoiles) selon les estimations de WUENIC suite à l'alignement de différentes sources de données indépendantes relatives à la couverture estimée. Cependant, il est préconisé au pays de commencer la planification d'un exercice d'évaluation de la qualité des données de vaccination au cours des 3 prochaines années (en particulier, vu qu'il vient d'être approuvé pour bénéficier d'une subvention RSS d'un montant d'environ 16 millions d'USD) qui démarrera en 2015. Un degré de confiance élevé dans l'enquête MICS de 2012 est à relever, mais le pays devrait informer GAVI de la prochaine enquête fondée sur la population prévue.

**Les recommandations sont indiquées à la section 14 (Évaluation de la qualité des données de vaccination et planification de l'enquête).**

## 7. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, si pertinent

Le RSA indique qu'aucun cas de polio virus sauvage n'a été détecté depuis 1997. Des efforts de surveillance sont en cours pour les PFA, mais il est nécessaire de les renforcer. Certains districts « silencieux » posent problème du fait de leurs systèmes de surveillance inadéquats. Dans ce contexte, une proposition pour l'introduction du VPI en mai 2015 a été recommandée pour approbation par le CEI de juin 2014.

Commented [GA1]: LE madagascar ?????????!!!!

## 8. Renforcement des systèmes de santé

1. Approbation de la subvention RSS	2008				
2. Date d'une éventuelle reprogrammation	Approuvée par le CEI en février 2012, novembre 2013				
3. Montant total de la subvention	11 215 608 USD				
4. Durée de la subvention	Durée proposée 2008-2011, date de fin revue : 2014				
5. Budget annuel (USD) approuvé par le CEI	2008 : 811 000 USD	2009 : 1 704 500 USD	2010 : 5 151 500 USD	2011-2013 0 USD	2014 : 3 549 250 USD
6. Décaissement des tranches	2008 : 811 000 USD	2010 : 1 704 500 USD	2011 : 5 151 500 USD	2011-2013 0 USD	2014 : 0 USD <sup>1</sup>
7. Retards dans la mise en œuvre	Oui : le budget insuffisant, des retards administratifs dans l'approvisionnement et l'instabilité politique ont retardé la mise en œuvre du RSS (selon le RSA).				
8. Subventions RSS antérieures	La subvention RSS en cours de 2008 fut la première accordée à Madagascar. Le pays a soumis une nouvelle proposition sur 3 ans d'un montant de 16 639 998 USD pour 2015-2017, qui doit être examinée par le CEI en juin 2014.				
9. Objectifs de la subvention RSS	<p>Objectifs de la subvention RSS en cours :</p> <p>Objectif 1 : Augmenter la fréquence de fréquentation des formations sanitaires (en particulier CE, PF, centre de vaccination, maternité, CPN)</p> <p>Objectif 2 : Améliorer la gestion financière et promouvoir la bonne gouvernance.</p> <p>Objectif 3 : Augmenter l'utilisation des services de santé par la population.</p> <p>Objectif 4 : Améliorer la gestion des données pour la prise de décisions.</p>				

Le programme RSS (subvention totale de 11 215 608 USD) démarré en 2008, avec une durée proposée jusqu'en 2011, a été confronté à des défis et délais importants depuis sa création et sa mise en œuvre a accusé un grave retard par rapport au calendrier initial. Certains des problèmes de mise en œuvre décrits plus haut incluent un budget insuffisant et des délais administratifs d'approvisionnement. Une autre raison majeure des retards est l'instabilité politique présente dans le pays depuis 2009.

Une demande de reprogrammation de 5 816 873 USD avait été faite en février 2012. Le CEI avait recommandé l'approbation avec éclaircissements, fournis en août 2012. Le rééchelonnement des activités était nécessaire en raison de certaines lenteurs dans la mise en œuvre. Il y a aussi eu une réorientation vers le renforcement du suivi et de l'évaluation et la mise en œuvre de la stratégie ACD. De plus, après la revue du PEV en 2012, il a été décidé que la reprogrammation antérieure ne tenait pas entièrement compte du renforcement du système du PEV, ce qui explique pourquoi Madagascar a demandé une deuxième reprogrammation afin de renforcer la chaîne du froid et l'approche ACD. L'évolution du RSS en 2012 et au T1 de 2013 a été examinée par le CEI de juillet 2013, mais ce dernier n'a pas pu examiner la demande de reprogrammation en raison de sa soumission tardive. La deuxième demande de reprogrammation de 3 549 250 USD a été examinée par le CEI de novembre 2013 et recommandée pour approbation avec éclaircissements.

<sup>1</sup> Le montant final n'a pas encore été décaissé. Problèmes post-audit et négociation en cours au sujet du règlement d'un remboursement.

Le dernier décaissement des fonds pour le soutien en espèces au RSS a été reçu en 2011. Aucun fonds RSS n'a été envoyé au pays en 2013, suite à la découverte de quelques irrégularités dans les dépenses lors de l'exercice d'audit des espèces effectué en mai 2013 par le Secrétariat de GAVI. Le pays a continué à utiliser les fonds reportés de 2012. 3 305 812 USD, dont 2 384 301 USD ont été dépensés en 2013. La somme de 921 511 USD a été reportée sur 2014, dont 436 223 USD ont été dépensés au cours des premiers mois. Ce RSA demande le versement de la quatrième et dernière tranche de 3 269 770 USD. Cette tranche finale de 3 549 250 USD a été approuvée en mars 2014 et ne nécessite aucune autre approbation. Ce montant sera décaissé en faveur du pays lorsque la résolution finale du remboursement des fonds ayant fait l'objet d'une malversation sera intervenue. Ces fonds devaient être utilisés d'ici la fin 2014, mais une extension de la durée de mise en œuvre (d'un an) est par la présente recommandée pour approbation.

Une priorisation considérable des activités est intervenue en 2013, conformément à l'analyse des lacunes du PEV et au plan d'action mis en place dans le cadre de la revue du PEV d'octobre 2012. Le RSA signale un bon niveau de réalisation de la plupart des activités planifiées. Cependant, quelques activités ont essuyé des retards, touchant principalement l'approche ACD, l'entretien de la chaîne du froid et les réunions périodiques d'examen de la situation au niveau régional et de district. Les principales raisons invoquées sont la lenteur de mise en œuvre, les processus de passation de contrats et de marchés qui semblent retarder bien des activités, une coordination insuffisante et un manque de financement pour soutenir les travailleurs de santé dans les activités de planification et de mise en œuvre. Le cadre de suivi et d'évaluation souligne la lente progression de certains indicateurs clés, même si les résultats globaux (couverture vaccinale) s'améliorent progressivement.

Les activités planifiées pour 2014 assurent jusqu'à présent la continuité des travaux et sont axées aussi sur la réhabilitation des centres de santé périphériques, la formation et la supervision formative des travailleurs de santé et le renforcement des procédures de planification et de gestion, y compris les procédures financières. Les activités seront concentrées sur 18 régions et 74 districts (parmi les 22 régions et 112 districts que compte Madagascar). Un budget détaillé est présenté, mais sera davantage affiné à la lumière des résultats du règlement financier en cours.

Implication des OSC dans la mise en œuvre : Le RSA 2013 signale l'implication des OSC suivantes dans la mise en œuvre : L'ONG ASOS (ONG non confessionnelle), SALFA, CRS (ONG confessionnelle) et l'Ordre national des Médecins. Les OSC sont principalement impliquées dans le renforcement des compétences des agents communautaires et contribuent efficacement à la surveillance de la mise en œuvre des activités communautaires par la coordination des installations pour l'approche communautaire à différents niveaux. Les participants des OSC sont membres du CCSS/CCIA. Cependant, aucun fonds de GAVI n'est affecté aux OSC. La plateforme des OSC facilitée par ASOS (financée via des fonds de CRS) renforcera encore plus les efforts mentionnés ci-dessus.

Une évaluation du programme est en cours de préparation (parrainée et financée par le Secrétariat de GAVI), de manière à ce que les leçons tirées et les recommandations soient prises en compte pour le déroulement du prochain programme RSS-FBP.

Comme indiqué auparavant, le CEI de juin 2014 a recommandé la nouvelle proposition RSS pour approbation avec un budget de 16,6 millions USD pour une durée de 3 ans (2015-2017).

Les résultats de l'évaluation de fin d'année devraient être disponibles à la fin de l'année 2014.

**Les recommandations sont indiquées à la section 14 (Extension du programme RSS jusqu'en 2015)**

## 9. Utilisation des subventions en espèces non-RSS de GAVI

Les fonds RSS ont été reçus en 2013 (821 400 USD) pour la performance de vaccination de 2011 (montant approuvé lors du CEI de juillet 2012). Le RSA indique que le PEV avait aussi reçu un autre montant SSV d'une valeur similaire, ce qui n'est pas correct, car il semble plutôt lié aux montants d'introduction des vaccins. Aucun fonds SSV n'a été reporté de 2012. Cependant, les deux subventions sont gérées dans les mêmes opérations et comptes



bancaires du PEV, ce qui explique une possible confusion. Une demande d'éclaircissements sera aussi communiquée via la lettre de décision.

Le RSA indique qu'une faible partie des fonds disponibles (311 404 USD des 1 642 800 USD<sup>2</sup>, soit 19 %) a été dépensée pour assurer diverses activités de formation et de supervision, financer les coûts de fonctionnement et le soutien logistique. Ces chiffres seront vérifiés et corrigés au besoin par le pays.

En ce qui concerne le soutien aux nouveaux vaccins, le RSA signale que 140 314 USD ont été reportés des fonds 2012 pour l'introduction du VPC10 et que 822 925 USD ont été reçus en 2013 pour l'introduction du vaccin antirotavirus (647 500 USD) et le projet pilote du vaccin anti-PVH (175 500 USD). Du total de 963 239 USD, seulement 382 USD ont été dépensés, le solde de 581 239 USD étant reporté sur 2014. Les fonds SNV ont été utilisés pour préparer l'orientation pour l'introduction du vaccin antirotavirus, les outils de formation et de gestion, la formation et la supervision, la chaîne du froid et le soutien logistique, les activités de gestion des données et de surveillance et l'évaluation post-introduction du VPC10.

Les fonds disponibles en 2014 seront utilisés pour l'entretien des véhicules, la livraison des vaccins aux districts et aux régions, le renforcement de la surveillance sentinelle et des MAPI. Les plans de travail pour le SSV et l'AIV sont disponibles et conformes au plan de travail annuel du PEV validé par le CCIA.

**Les recommandations sont indiquées à la section 14 (Eclaircissements financiers des fonds reportés et plans de travail révisés correspondants, conformes au plan de travail annuel du PEV pour l'utilisation de tels fonds à soumettre à GAVI).**

#### 10. Gestion financière

Le RSA indique que toutes les recommandations de l'aide-mémoire conclu avec GAVI ont été mises en œuvre. Il est remarqué toutefois que les cosignatures des représentants de l'UNICEF et de l'OMS ne sont pas jugées nécessaires, leur validation de tout plan d'action et autre décision est fondamentale à titre de membres du CCIA). Cette disposition convient à GAVI.

L'audit des programmes d'allocations en espèces réalisé par GAVI en 2013 a révélé des irrégularités d'utilisation de certains fonds (279 000 USD) et quelques problèmes de gestion financière. Les recommandations qui ont été émises dans le rapport d'audit (communiqué en février 2014) doivent être mises en œuvre et suivies trimestriellement par le CCIA. Une mission de surveillance post-audit sera mise en place fin 2014 ou en 2015. Les rapports d'audit externe 2013 doivent être remis à GAVI au plus tard le 30 juin 2014.

**Les recommandations sont indiquées à la section 14 (Recommandations de post-audit à mettre en œuvre et suivies trimestriellement par le CCIA).**

#### 11. Objectifs du SVN

Pentavalent: L'objectif défini pour la troisième dose du DTC-HépB-Hib en 2015 est de 93 % dans le RSA (mais indiqué à 92 % dans le PPAC mis à jour). Le secrétariat de GAVI a justifié cet écart et l'objectif final de 92 % sera celui utilisé pour calculer les besoins de doses pour 2015. Le RSA indique aussi que l'objectif pour 2014 a été revu à la baisse à 90 % (par rapport à 95 % dans le PPAC antérieur, mais non 100 % comme indiqué dans le tableau du RSA) pour tenir compte de la situation d'après-crise et se concentrer sur la consolidation des acquis des deux dernières années. Ces objectifs sont réalistes et réalisables. Le pays souhaite retenir le taux de perte de 11 % (10 %) pour le pentavalent, à la lumière de la situation actuelle de la chaîne du froid. L'objectif du penta1 pour 2015 est de 826 763, soit 11 % de plus que le résultat du penta1 indiqué dans le RSA en 2013. Le stock reporté en 2013 (31 décembre) comprend 2,526 millions de doses, ce qui représente un stock d'environ 11 (12) mois. Les expéditions de 2014 et 2015 devront prendre ce chiffre en considération.

<sup>2</sup> Le montant reporté est en cours de vérification.

VPC13: même si le RSA ne signalait pas initialement l'objectif, le Secrétariat de GAVI a confirmé dans des communications ultérieures avec le pays un objectif conforme à celui défini pour le vaccin DTC-HépB-Hib de 92 %, en ligne avec le PPAC mis à jour.

Antirotavirus: L'objectif pour la deuxième dose du vaccin antirotavirus pour 2015 est défini à 99,8 % dans le tableau 7.11.1, ce qui ne correspond pas à l'objectif du vaccin DTC-HépB-Hib et était trop ambitieux étant donné que l'introduction de ce vaccin débute à peine. Cet objectif a été par la suite aligné avec le vaccin DTC-HépB-Hib (92 %).

Anti-VPH: Le PPAC indique que Madagascar envisage d'étendre le programme anti-VPH à l'ensemble du pays en 2016. Cette question sera débattue fin 2014/début 2015. Un éventail complet de considérations programmatiques et financières devra être examiné de près avant que ne soit prise une telle décision.

Les calculs de doses pour 2015 pour tous les programmes SNV utilisent les objectifs approuvés indiqués ci-dessus (nombre d'enfants et taux de perte). Le nombre de doses à approuver (et dont l'expédition est à planifier) pour 2015 pour les programmes pentavalent est fondé sur les objectifs approuvés (2015), ainsi que sur les stocks d'ouverture reportés (janvier 2014), le plan de livraisons (2014) et les stocks estimés de clôture (fin 2014). Le plan de livraisons doit être suivi de près.

## 12. Financement et viabilité du PEV

Le pays fait partie du groupe de pays bénéficiant d'un cofinancement à faible revenu. Il jouit d'une bonne performance et paye ponctuellement ses obligations de co-financement. Le cofinancement du vaccin DPT-HépB-Hib a débuté en 2008 et celui du vaccin VPC en 2012. Cependant, les partenaires ont soulevé des questions quant au rythme soutenu de l'introduction de nouveaux vaccins et de sa pérennité financière. Le pays a aussi reconnu que ses obligations de cofinancement posent problème dans un contexte de réductions en cours des affectations du budget national à la santé et de la disponibilité réduite du financement par les bailleurs de fonds.

Une analyse financière a été menée en mai 2014. Ses résultats laissent à penser que la part de GAVI dans les coûts de vaccination est en augmentation (de 52 % en 2010 à 62 % en 2012, et maintenant à 78 % selon le RSA), alors que la part du gouvernement et celle d'autres partenaires est en diminution. Il convient de noter que l'une des raisons pour cela est que le VPC a été introduit en 2012. La contribution du gouvernement à l'achat de vaccins traditionnels a régulièrement diminué au cours des dernières années (39 % en 2010, 37 % en 2011, 32 % en 2012), même si certains signes témoigneraient d'une augmentation (45 % en 2013 selon le RSA), l'UNICEF couvrant la différence.<sup>3</sup>

Malgré le fort engagement du pays envers le PEV, sa capacité à combler les écarts de financement est sérieusement compromise. Le budget du secteur de la santé représente environ 7 % du budget national (objectif d'Abuja, 15 %). Il s'agit de l'une des affectations les plus élevées avec celles des ministères des Finances et de l'Éducation. La Santé, les Affaires sociales et l'Éducation ont été identifiées comme étant les principales priorités du président récemment élu et de son gouvernement. Les coupes budgétaires ont été cependant drastiques. L'affectation 2014 au secteur de la santé a été fortement réduite par rapport à celle des années précédentes et ne représente que 33 % du budget 2009, alors que le budget national global 2014 représente 50 % du budget 2013.

Le déficit national est estimé à 40 millions USD. Un appui budgétaire de l'UE, du FMI, du Japon, de la BM et l'AFD est prévu pour 2014 pour réduire ce déficit ; à ce jour environ 100 millions USD ont été assurés. Cependant, après l'élection, les engagements liés aux autres donateurs, au point mort depuis quelques années, devraient reprendre vers la mi- ou fin 2014. À plus long terme, les perspectives économiques sont optimistes.

<sup>3</sup> Remarque actualisée : 96 % du budget du PEV 2014 est utilisé pour le cofinancement et le paiement de 50 % de vaccins traditionnels (2 255 827 USD sur un montant total de 2 354 125 USD [salaires exclus]).

Un projet de loi pour la création d'un fonds pour les vaccins a été déposé et devrait faire l'objet d'un vote en 2014, une fois que le parlement aura acquis sa pleine légitimité. Les précisions quant au mécanisme lui-même peuvent nécessiter une assistance technique supplémentaire. Le fonds doit être alimenté par des taxes sur les téléphones mobiles et d'autres recettes. Il sera nécessaire de sensibiliser les parlementaires à ce sujet.

Le pays continue à pâtir des incidences de l'instabilité politique actuelle et de la crise financière correspondante, ce qui a entraîné des coupes budgétaires au ministère de la Santé de plus de 50 %. Malgré ces problèmes, Madagascar a obtenu de bons résultats pour la vaccination, même si des inégalités persistent et des populations ne sont toujours pas atteintes. Le pays met en place un programme ambitieux d'introductions de vaccins, dans un contexte de grandes faiblesses au niveau de la chaîne du froid et de la gestion des données. Une assistance technique ciblée et d'un appui rapproché de GAVI Alliance demeurent critiques. Il est du reste, fortement préconisé que le pays puisse rejoindre les groupes régionaux francophones pour toute formation donnée par l'OMS, etc. L'évaluation RSS de fin de programme prévue pour les prochaines semaines représentera sans doute l'occasion de profiter des leçons tirées et des recommandations pour modérer le développement de la mise en œuvre du nouveau programme RSS-FBP. De plus, la reprogrammation (comme la nouvelle proposition du RSS-FBP) doit tenir pleinement compte des résultats et recommandations non seulement de la revue du PEV, mais aussi de l'étude sur l'équité.

Les recommandations suivantes ont été émises par la Mission de revue financière de la vaccination (indiquée ci-dessus en mai 2014). Elles ont été validées par le CCIA lors du compte-rendu de la Mission. Ces recommandations doivent être suivies avec le soutien de GAVI Alliance :

- ✓ Renforcement des capacités des équipes du PEV à tous les niveaux ;
- ✓ Amélioration de la surveillance du financement du PEV à tous les niveaux ;
- ✓ Renforcement de la surveillance des dépenses à tous les niveaux ;
- ✓ Préparation du rapport périodique des dépenses à tous les niveaux et mise en place d'un bon système pour recueillir le feedback ;
- ✓ Finalisation du projet de loi sur le financement pérenne de la vaccination ;
- ✓ Renforcement du leadership dans la coordination des interventions ;
- ✓ Renforcement de la sensibilisation et du partenariat avec le secteur privé et la société civile.

Une feuille de route et un plan d'action tenant compte des recommandations indiquées ci-dessus sont en cours de finalisation suite à la participation du pays à l'atelier sur le financement de la vaccination organisé par l'OMS à Hammamet, en Tunisie (11 au 13 juin 2014)

**Les recommandations pertinentes sont indiquées à la section 14 (Feuille de route et plan d'action sur le financement de la vaccination à suivre trimestriellement avec le soutien de GAVI Alliance).**

### 13. Recommandations pour les renouvellements

Thème	Recommandations
SNV	<p><b>Renouvellement des demandes de vaccins, sans modification de la présentation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DTC-HépBHib : Tel que requis et indiqué dans le présent document.</li> <li>- VPC13 Tel que requis. L'extension du soutien SSV pour le VPC13 est recommandée jusqu'en 2015, d'après la demande du pays et en accord avec le projet de PPAC soumis par le pays.</li> <li>- <b>Antirovirus</b> : Tel que requis.</li> <li>- <b>Deuxième année pilote du vaccin anti-VPH</b> : Approuvée mais <u>sans implication financière</u> (renouvellement pour l'année 2 et décaissement des derniers 25 000 USD du montant de l'AIV, approuvé par le CEI en novembre 2012).</li> </ul>
RSS	<p>Extension du programme RSS d'une année, jusqu'à la fin 2015.</p> <p>Aucune implication financière.</p> <p>(Approbation de la dernière reprogrammation et du décaissement en 2013)</p>

### 14. Résumé des mesures proposées

Thème	Mesure	Responsable	Calendrier
<b>Égalité entre hommes et femmes et équité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi des questions d'égalité entre hommes et femmes et d'équité (cadre de surveillance en tant que partie intégrante de la nouvelle subvention RSS, prochaine enquête, analyse de l'équité menée par l'UNICEF à mettre à jour, etc.)</li> </ul>	MS avec le soutien des partenaires de l'Alliance	Annuellement
<b>Planification stratégique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication de GAVI Alliance dans le plan de développement de la stratégie du secteur de la santé pour 2015-2020 et PPAC final à communiquer à GAVI lorsqu'il sera disponible en août 2014.</li> </ul>	MS	Septembre 2014
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un renforcement de la supervision par le comité décisionnel de haut niveau du CCIA est préconisé (comités techniques rendant compte au CCIA décisionnel)</li> </ul>	MS	Continuellement
<b>Chaîne du froid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse de la chaîne du froid à réaliser en 2014 ainsi que la GEV programmée pour fin 2014.</li> <li>• Le pays est encouragé à demander un soutien supplémentaire au Fonds de réponse rapide Polio pour la chaîne du froid.</li> <li>• Plan de livraisons des vaccins, données de livraison et prévision des vaccins à suivre mensuellement/ trimestriellement. Informations à communiquer à GAVI Alliance.</li> </ul>	MS avec les partenaires de GAVI Alliance	Avant la fin décembre 2014
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation indépendante de la qualité des données et planification des enquêtes au cours des 3 prochaines années.</li> </ul>	MS	Continuellement
			Avant septembre 2014

<p><b>Qualité des données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le PEV doit confirmer à GAVI la date de la prochaine évaluation indépendante des données prévue et si un soutien supplémentaire est nécessaire.</li> <li>Le PEV doit confirmer à GAVI la date prévue des prochaines enquêtes.</li> </ul>	<p>MS</p>	<p>Avant la fin 2014</p> <p>Trimestriellement</p>
<p><b>RSS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une extension d'une année jusqu'en 2015 de la programmation RSS actuelle est accordée pour la mise en œuvre du dernier ensemble d'activités (3,6 millions USD) et le début des préparations pour le lancement du programme RSS récemment approuvé est encouragé.</li> <li>Tenir compte de toutes les leçons tirées de l'évaluation en fin de période (qui doit être prête à l'automne 2014) afin de peaufiner la reprogrammation du RSS et la nouvelle proposition de RSS.</li> <li>Le pays doit mettre en œuvre les recommandations de l'audit 2013 de GAVI et en suivre l'évolution trimestriellement avec une supervision du CCIA.</li> </ul>	<p>MS</p>	<p>Avant août 2014</p> <p>Continuellement</p> <p>Avant août 2014</p> <p>2014-2015</p>
<p><b>Gestion financière</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afin de clarifier les chiffres de fin d'année (comme indiqué dans la section 9) pour le SSV et l'AIV : <ul style="list-style-type: none"> <li><b>SSV</b> : le pays est tenu de clarifier la différence de 1 790 435 035 MGA entre (i) le solde d'ouverture du RSA 2013 et le solde d'ouverture de l'état financier de 2013, et entre (ii) le solde de clôture du RSA 2013 et le solde de clôture de l'état financier de 2013.</li> <li><b>AIV</b> : le pays est tenu de clarifier la différence de 20 028 237 MGA entre le solde de clôture du RSA 2013 et le solde de clôture des états financiers de 2013.</li> </ul> </li> <li>Le pays est tenu de soumettre à GAVI des plans de travail révisés, en accord avec le plan de travail du PEV, pour l'utilisation de ces fonds.</li> <li>Le pays est tenu de communiquer à GAVI le manuel de procédures définitif.</li> <li>Comme convenu dans l'aide-mémoire, implication des partenaires du MS (UNICEF/WHO) dans la pré-approbation technique des activités du RSS et des fonds en espèces à renforcer.</li> <li>Le pays est tenu de fournir les rapports d'audit 2013 pour le RSS, le SSV et les sommes forfaitaires</li> <li>Le contentieux financier correspondant à 279 480 USD des fonds RSS () identifié au</li> </ul>		

	cours de l'audit des fonds en espèces devra être remboursé au plus vite afin de permettre le décaissement de la dernière tranche du programme RSS.		
--	--	--	--