

Rapport de l'évaluation conjointe

Pays	Madagascar ¹
Période considérée	Septembre 2015 – Août 2016
Exercice financier	Janvier 2015 à décembre 2015 Une mise à jour programmatique au 30 août 2016 est également présentée dans cette revue
Si la période considérée ne coïncide pas avec l'exercice financier, veuillez fournir une brève explication	Dernière évaluation en août 2015
Durée du Plan pluriannuel complet (PPAC)	PPAC (2016-2019) validé
Durée du Plan stratégique national de santé	Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS): 2015-2019

1. RÉSUMÉ DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT

Programme	Recommandation	Période	Doses requises	Montant indicatif payé par le pays	Montant indicatif payé par le Gavi
SVN – Penta (DTP-HepB-Hib) 10 doses par flacon, liquid	<i>Prolongation</i>	2017-2019	1,710,500	US\$ 342,500	US\$ 1,793,500
SVN – PCV10 (vaccin anti-pneumocoque) 2 doses par flacon, liquid	<i>Prolongation</i>	2017-2019	2,325,600	US\$ 465,500	US\$ 7,460,000
SVN – Rota 2 doses par flacon	<i>Prolongation</i>	2017-2019	1,525,500	US\$ 305,500	US\$ 3,125,000
SVN – VPI 5 doses par flacon, liquid	<i>Prolongation</i>	2017	899,200	-	US\$ 1,800,500
RSS – Par ex : tranche principale	<i>Renouvellement</i>		S/O	S/O	US\$

* Le programme du RSS ne requiert pas d'approbation financière.

¹ Une liste des acronymes utilisés dans ce rapport est disponible en annexe.

2. CONTEXTE NATIONAL

Contexte

La population de Madagascar est estimée à 24 471 525 habitants en 2016, selon la projection Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1993. Quatre-vingt pourcent vit en milieu rural avec de fortes variations interrégionales. Madagascar figure parmi les pays les plus pauvres du monde : (i) 154 sur 188 par rapport à l'indice de développement humain 2014 ; (ii) 92% des malgaches vivent en dessous du seuil de pauvreté ; et (iii) le revenu par habitant est de 428 USD en 2015.

La gouvernance

Le CCIA décisionnel a tenu 6 réunions en 2015 et 3 en 2016 mais force est de constater une non assiduité de certains membres et une insuffisance d'informations émanant des niveaux périphériques.

Dans le cadre de la récente réforme du Ministère visant à une harmonisation des finances et des programmes, le Bureau Central de Coordination (BCC), sous la tutelle directe du Ministre de la Santé Publique, coordonne les projets et en assure le suivi avec l'Unité de Coordination des Projets (UCP). L'UCP, relevant du Secrétaire Général, centralise et gère l'ensemble des activités des projets de développement sanitaire (cette gestion sera au cœur du nouveau financement de Gavi notamment dans le cadre du RSS3).

Il a été noté une insuffisance de suivi des recommandations des auditeurs internes et externes, un retard de transmission des rapports et un manque de clarté des rôles de l'assistance technique des agences de GAVI Alliance.

Pour améliorer la gouvernance, il est recommandé de (i) réorienter les TDR du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA)/Comité de Coordination du Secteur Santé (CCSS) afin de renforcer l'implication systématique de tous les partenaires et d'amender son rôle actuel, notamment en matière de supervision, et de mettre en place un plan de travail, (ii) redéfinir de manière plus précise le rôle de l'assistance technique des agences de GAVI Alliance, (iii) impliquer le Bureau Central de Coordination (BCC) et l'Unité de Coordination de Projet (UCP) dans le CCIA/CCSS, l'UCP assurera à terme le secrétariat du CCIA Le CCIA/CCSS décisionnel assure encore son rôle jusqu'à la mise en place effective du Comité d'Orientation Stratégique (COS), (iv) procéder à un diagnostic organisationnel avec l'aide d'une assistance technique et (v) mettre en place un plan d'audit interne et un plan de suivi des recommandations à tous les niveaux en responsabilisant les Cellules de Suivi, d'Evaluation des Performance et d'Audit à tous les niveaux, d'une part, les coaches d'autre part.

La planification

Le Plan de Travail Annuel (PTA) du secteur santé incluant le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est élaboré de façon ascendante avec des canevas améliorés et disponibles à tous les niveaux. Cependant on note des retards d'envoi des PTA et une maîtrise insuffisante des canevas existants.

Suite aux recommandations de la précédente revue conjointe, le Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) 2016-2019 a été validé en août 2016. Un retard de planification annuelle du PEV en 2016 a été noté, une insuffisance de partage avec les différents niveaux, de coordination avec les autres programmes de santé (nutrition, Campagne d'Aspersion Intra Domiciliaire (CAID)...) et le financement des plans. En outre, l'organisation de 8 campagnes Polio pour arrêter la circulation du cVDPV a perturbé l'organisation des activités de routine en 2015 et 2016 et particulièrement des stratégies avancées nécessaire pour atteindre au moins 40% de la population cible nationalement et parfois 60% dans les districts ruraux..

Il est indispensable de (i) former et encadrer les acteurs dans le processus d'élaboration de PTA à tous les niveaux, (ii) impliquer les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et autres entités concernées dans le processus de planification et d'adoption budgétaire, (iii) impliquer les maires, les chefs Fokontany, le Comité de Santé (COSAN) et le Coalition Malagasy pour le Renforcement du Système de Santé (COMARESS) dans la micro planification Centre de Santé de Base (CSB)/Service de District de la Santé Publique (SDSP) et dans la mise en œuvre et (iv) saisir l'opportunité des campagnes et des autres programmes de santé pour renforcer les activités de routine avec notamment l'identification et récupération des non vaccinés).

Couverture et équité:

La couverture vaccinale nationale en Penta 3 selon les rapports administratifs a baissé de 90% 2013 à 85% en 2015. Au mois de Juin 2016, la couverture rapportée en Penta 3 était de 79%.

Selon les estimations de l'OMS/UNICEF, la couverture vaccinale du pentavalent a diminué de 73% à

69% à partir de 2014. A 2015 relevant une différence de 16 points entre les données administratives et l'estimation de l'OMS/UNICEF mais confirmant de la baisse de la couverture..

Par ailleurs, une disparité importante de performance existe entre les districts : en 2015, selon les rapports administratifs, 74 districts sur 112 ont plus de 80% en couverture Penta 3 ; 37 entre 50 et 79% et un seul district inférieur à 50%. Par rapport à 2014, il est constaté en 2015 une chute de plus de 50% en Penta 3 pour certains districts.

Les seules données de couverture Penta 1 et Penta 3 rapportées à chaque niveau ne permettent pas d'identifier les causes spécifiques et leur poids dans la chute de performance en l'absence de rapportage de la performance des déterminants de couverture vaccinale (ressource humaine, disponibilité permanente des vaccins, fonctionnalité permanente de la chaîne de froid, exécution de stratégies fixes et avancées...)

En avril 2016, 54 SDSP ont été identifiés et ciblés prioritairement en fonction de critères spécifiques (**voir annexe 1 : Critères de sélection de Districts prioritaires**) pour la mise en œuvre des activités de l'Approche Atteindre chaque Enfant (ACE). Cependant, le nombre de districts ciblés pour les trois prochaines années sera revu et tiendra compte des ressources disponibles. Il est recommandé dans le futur de combiner dans les rapports mensuels de couverture vaccinale par antigène avec les déterminants prioritaires de couverture par district.

Financement de la vaccination (voir annexe 2 : Achat Vaccin)

Le Service de Vaccination est transformé en Direction du PEV lui donnant une autonomie dans l'exécution de son budget. La Loi sur le financement durable de la vaccination, destinée à sécuriser et pérenniser les fonds, sera soumise par le Gouvernement pour adoption au niveau du Parlement lors de la prochaine session ordinaire au mois d'octobre.

En 2016, pour les vaccins traditionnels, la contribution de l'UNICEF est de 910.868 US\$, soit 50% des besoins, mais la part de l'Etat n'est pas encore disponible pour les 50% restants. Il est noté dans le PPAC que l'Etat va augmenter progressivement sa contribution à l'achat des vaccins traditionnels pour atteindre 80% en 2019.

Pour les nouveaux vaccins, l'Etat a solde sa contribution pour l'année 2015 et s'est engagé à régulariser sa contribution 2016 (933.656 US\$ sur les 1.524.000 US\$ nécessaires) avant la fin de l'année.

Pour sécuriser le financement de la vaccination, il est recommandé de (i) maintenir l'appui des PTF, (ii) mettre les dépenses de la vaccination parmi les dépenses obligatoires du Ministère, (iii) développer un plan de transition et (iv) inclure dans les réunions du CCIA le suivi de l'opérationnalisation de la Loi sur la vaccination.

Chaîne de froid

Le pays compte à ce jour 3104 équipements de chaîne de froid (chambres froides et réfrigérateurs solaires, à pétrole, électriques) dont 2663 fonctionnels (solaire, pétrole, électrique).

Depuis 2010, l'appui de l'Etat, l'OMS, Unicef, GAVI et de la Banque Mondiale (Projet d'Appui d'Urgence des Secteurs Education Nutrition Santé (PAUSENS)) a permis d'acquérir 705 réfrigérateurs solaires dont 656 déjà installés), et en 2016, 70 avec l'appui de GAVI. Les besoins en réfrigérateurs solaires sont estimés à 1913 pour la période 2017 à 2021.

Depuis 2015, 15 chambres froides ont été acquises, dont 11 pour le niveau régional, d'une capacité totale de 195 m³, avec l'appui de GAVI. Le dépôt central situé à la Direction du PEV à Antananarivo dispose actuellement de 5 chambres froides positives d'une capacité nette de 36500 litres incluant 5000 litres en température négative.

Ainsi, ces différents appuis ont permis d'atteindre une couverture effective en équipement de chaîne de froid de 92% en 2016. Cependant on continue de noter une insuffisance en maintenance préventive, des ruptures fréquentes de stock en pétrole et la non-disponibilité en pièces de rechange mettant en péril la fonctionnalité des équipements de chaîne de froid et conduisant à une réduction du nombre de séances de vaccination en stratégie fixe et avancée.

Les recommandations sont (i) d'accélérer la solarisation, (ii) rendre disponible de façon permanente le pétrole et les pièces de rechange au niveau de CSB concernés et (iii) effectuer un monitoring de la fonctionnalité des réfrigérateurs (utilisation des fridge tag), (iv) maintenir un inventaire périodique de la logistique.

Ressources humaines (voir annexe 3)

Sur le plan national en 2016, 44,3% des centres de santé de base 2 ne disposent pas de médecin et 53,2% des centres de santé de base sont gérés par des agents seuls au poste responsables des soins curatifs et de la vaccination.

Depuis 2010, 340 agents de santé ont été contractualisés avec l'appui de GAVI, 322 ont été recrutés dans la Fonction Publique dont 94 en 2015.

Les difficultés pour affecter du personnel dans les CSB des zones enclavées demeurent. La dotation de kits de mesures incitatives et de matériels roulants par plusieurs bailleurs dont GAVI pourrait permettre d'améliorer les conditions d'existence et de travail des agents affectés dans les zones difficiles d'accès et contribuer à leur maintien aux postes.

Fiabilité et qualité des données

Le Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire (PSRSIS) a mis en place une nouvelle réforme du Système d'Information Sanitaire (SIS) qui inclut un Rapport Mensuel d'Activités (RMA) unique et intégré et un circuit de données officiel est adopté pour chaque niveau de responsabilité du système de santé avec un échéancier de transmission.

Ce système a permis une amélioration de la complétude de 99% des rapports des districts vers le niveau central pour le PEV mais il subsiste des problèmes de complétude et de promptitude entre les CSB et les districts. De plus Il existe toujours une discordance de données entre les systèmes Gestion du Système d'Information Sanitaire (GESIS) de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) et District Vaccine Data Management Tool (DVD-MT) de la DPEV liée à des différences de calendrier pour la collecte et l'envoi des données.

On note également un problème de fiabilité des données compilées dû à des erreurs lors de la transcription sur les RMA et sur le DVD-MT et un manque des visites de supervision de revue de la qualité des données recueillies et transmises. Au niveau CSB principalement une insuffisance périodique en outils de gestion est constatée et les données recueillies souffrent d'une faiblesse d'analyse à tous les niveaux pour des raisons de compétence et de motivation.

En 2015, dans 10 Régions, 45 responsables des districts ont été formés sur la Data Quality Assessment (DQS) et la mise en œuvre n'a été effective que dans 10 districts. Par la suite, dans le PTA des régions et districts, la DQS a été intégrée dans les activités de supervision formative mais la mise en œuvre n'est pas effective.

Il est recommandé (i) d'utiliser le GESIS pour extraire les données de vaccination des RMA et pour alimenter le DVD-MT, (ii) développer une interface entre le GESIS et le DVD-MT pour faciliter l'harmonisation des données.(iii) de renforcer la fiabilité des données et leur analyse lors des visites de supervision formative et lors des revues de données lors des réunions périodiques à tous les niveaux, (iv) d'assurer les dotations pérennes des outils de gestion à tous les niveaux et (v) de mettre à l'échelle l'approche DQS en l'intégrant dans les visites de supervision formative.

La couverture vaccinale en Penta 3 sur base des rapports administratifs a connu une diminution en passant de 90% en 2013 à 85% en 2015. Une diminution confirmée par les estimations de l'OMS/UNICEF, de 73% (2013) à 69% (2015) et une augmentation des taux d'abandon qui expliquent une augmentation du nombre d'enfants non vaccinés

La couverture vaccinale des vaccins anti-rougeoleux selon les rapports administratifs a également connu diminution de 6 points en passant de 87% en 2014 à 81% en 2015. **Annexe 4 : Evolution des taux de couverture vaccinale en dtc-hepb-hib3 entre 2013 et 2016**

Au niveau des trois régions les moins performantes, le nombre d'enfants non vaccinés ne semble pas lié exclusivement à un problème de couverture en chaîne de froid mais multifactoriel (taille de la population cible, degré d'exécution de stratégie avancée...). La même problématique se retrouve au niveau des districts les moins performants. **Annexe 5 : Analyse de la situation au niveau des 3 régions et 4 districts les moins performants (source : DPEV)**

En 2015, la faiblesse de la performance est généralement due à plusieurs facteurs : **Annexe 6: Performance des districts en fonction de la couverture vaccinale par antigène (2014 -2015)**

1. Une réduction du nombre de séances de vaccination en fixe et spécialement en stratégie avancée liée à l'insuffisance de ressources humaines dans les formations sanitaires (54% des CSB n'ont qu'un seul agent au poste) et la faible disponibilité des vaccins de qualité (panne de réfrigérateurs

du au blocage fréquent du budget de l'Etat entraînant les ruptures en pétrole, pièces de rechange ainsi que les problèmes de moyens de locomotion). L'inventaire effectué au mois de juin 2016 fait état de 35% des CSB avec Chaîne du Froid (CDF) non fonctionnels ;

2. La faiblesse d'accessibilité aux soins et d'utilisation des services dues à une insécurité grandissante, l'éloignement/enclavement géographique, accompagné d'un nombre limité et insuffisant de stratégies avancées suite à une réallocation des ressources prévues à cet effet pour d'autres activités due au chevauchement avec les 5 campagnes d'Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS) polio en 2015 et 2 en 2016;
3. La faible qualité des données et les insuffisances relevées dans le monitoring et l'identification des goulots pour proposer des mesures correctrices. Inexistence du plan d'amélioration de gestion de données du PEV ;
4. Les Nouveaux responsables des CSB dont 321 paramédicaux et 100 médecins non formés en PEV pratiquant conduisant à une absence de recherche des perdus de vue et des enfants non vaccinés, et une faiblesse des liens entre les agents de santé, les Agents Communautaires (AC) et les COSAN ;
5. Une insuffisance de supervision formative et de retro information en qualité et en quantité à tous les niveaux (Une seule réalisée sur les 4 planifiées en 2016).

En résumé, la non atteinte des objectifs de couverture vaccinale reste multifactorielle et en général non dépendante d'un seul des déterminants de couverture vaccinale (disponibilité des ressources humaines et équipements, vaccins, financement au niveau des CSB pour les stratégies avancées, suivi évaluation, collaboration avec les AC).

Introduction de nouveaux vaccins

Le Vaccin antipoliomyélique Inactivé (VPI) a été introduit à l'échelle nationale en mai 2015. En fin 2015, la couverture vaccinale en VPI est de 30% cela est dû entre autre à son introduction en milieu d'année.

En avril 2016, Madagascar a remplacé avec succès le Vaccin antipoliomyélique Oral trivalent (VPOt) par le Vaccin antipoliomyélique Oral bivalent (VPOb) dans le PEV de routine.

Le projet de démonstration de la vaccination anti Human Papilloma Virus (HPV) a été réalisé dans deux districts : Soavinandriana (rural) et Toamasina I (urbain). Une enquête de couverture a été réalisée en 2015 avec les résultats respectifs de 69% et 61%. Cette couverture est alignée sur les objectifs fixés. Le passage à l'échelle au niveau national est programmé en 2020. Avec l'aval de GAVI, deux nouveaux districts (Lalangina, zone rurale et Fianarantsoa I, zone urbaine) ont été sélectionnés et avec mise en œuvre d'une approche en mode routine en juin 2016.

Le taux de couverture en Pneumococcique Conjugate Vaccine (PCV10_3) et anti-Rota_2 est de 85% et 80% respectivement en 2015.

Surveillance et identification des VDPV

Depuis Septembre 2014, Madagascar a enregistré 11 cas de VDPV type 1 du fait de la faiblesse de la couverture de la vaccination de routine. Certains cas n'ont pas pu être détectés depuis 3 ans, ce qui a montré la faiblesse de la surveillance des Paralysie Flasque Aiguë (PFA) et des autres Maladies Evitables par la Vaccination (MEV) ; actuellement suite aux efforts des 12 derniers mois, les indicateurs majeurs de la surveillance de PFA se sont très nettement améliorés : le taux de PFA non Polio est actuellement de 6,4 et l'adéquation des selles de 82% (année 2016, semaine épidémiologique 35) reflétant une probable élimination du cVDPV.

La surveillance environnementale de Poliovirus est effective depuis 2015 au niveau de 3 sites : Antananarivo, Mahajanga et Toliary. Sur 356 échantillons avec résultats dans les 450 prélevés, 132 présentent des entéro virus non polio et 20 sabin positifs.

Il a été recommandé :

- De renforcer l'implication des Agents de Santé, des Agents communautaires incluant les Tradipraticiens pour la recherche active des cas de MEV.
- Installer un mécanisme de redevabilité incluant la recherche active et la notification des cas détectés à temps

Communauté et mobilisation sociale

Le Ministère de la Santé dispose d'une Politique Nationale de la Santé Communautaire (PNSC) actuellement en cours de réactualisation et devra être suivi d'un plan stratégique d'harmonisation de approche communautaire. Une régression de la participation de la communauté et des AC/ COSAN a été constatée en raison de la disparité et insuffisance de leur motivation dans la mise en œuvre de leurs activités dans certains districts.

En outre, malgré la disponibilité des registres communautaires auprès des AC, ces outils sont encore mal utilisés : ceci est lié au manque de compétence des AC et de supervisions de Chefs CSB.

Réalisation de la plateforme COMARESS

L'implication des Organisation de la Société Civile (OSC) à travers la plateforme COMARESS qui regroupe 351 Organisation Non Gouvernementale (ONG) et associations en mai 2015 en vue de promouvoir et suivre les activités communautaires du PEV a démontré des résultats insuffisants. A cet effet, la mise à l'échelle vers d'autres régions de leurs activités s'avère nécessaire .Actuellement, les actions et interventions de la COMARESS ont été focalisées sur 48 Communes de 25 Districts ayant le plus de Perdus de Vue (PDV) dans les Régions ATSINANANA, DIANA, MENABE, ATSIMO ATSINANANA.

Par rapport aux cibles, les activités de renforcement de capacité, de plaidoyer, de séance de dialogue communautaire et sensibilisation communautaire de la COMARESS ont permis de récupérer 1350 enfants PDV et 769 jamais vaccinés.

Les défis majeurs à relever pour augmenter la couverture incluent :

1. Logistique :
 - a. Disponibilité permanente des vaccins de qualité tant au niveau central que périphérique: disponibilité pétrole, pièces de rechange, installation et maintenance, acheminement régulier des vaccins).
 - b. Renforcement de capacité de stockage
 - c. Solarisation rapide de la chaîne de froid
2. Surveillance :

Collaboration étroite entre les acteurs communautaires notamment les chefs Fokontany (FKT), les AC et les Tradipraticiens, les matrones et les cliniciens des hôpitaux et des centres privés dans la recherche active des cas de MEV.
3. Prestation :
 - a. Mise à exécution de l'approche ACE avec une priorité donnée aux stratégies fixes et avancées notamment dans les villes et les zones difficiles d'accès.
 - b. Disponibilité des ressources financières et humaines suffisantes (minimum 02 par CSB) et qualifiées au niveau des CSB
4. Mobilisation sociale :
 - a. Clarté des rôles et tâches des AC les AS et COSAN dans le PEV pratique et ACE sur les liens et actions à mener avec la communauté grâce à la disponibilité des Termes De Référence (TDR) mis à jour.
 - b. Révision et harmonisation des motivations des AC
5. Qualité des données :
 - a. Harmonisation des données de GeSIS et DVD-MT.
 - b. Pérennisation de la disponibilité des outils de gestion : cartes de vaccination, carnets de santé, bac à fiches, fiches de pointages, cartes infantiles... au niveau central et districts ;
 - c. Fluidité en temps réel de la transmission et l'analyse des données et des informations

- d. Performance élevée de PEV grâce à la tenue des revues périodiques intégrées des programmes de santé pour la planification stratégique (analyse de la performance du PEV et des stratégies avec priorités données au niveau des Districts et CSB)

6. Coordination :

- a. Renforcer la coordination entre les différents PTF (financement, activités, zones d'intervention)
 b. Consensus sur le mode d'intégration des services de vaccination avec les autres programmes prioritaires de santé

3. PERFORMANCE DES SUBVENTIONS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

3.1 Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés : plans et priorités futurs

Selon le PPAC 2016-2019, Madagascar a demandé une prolongation de soutien pour les vaccins suivants :

Vaccins	Année de fin de soutien	Demande de soutien pour	Demande de prolongation	Année de début de la prolongation	Année de fin de la prolongation
Anti pneumococcique	2016	2017	oui	2017	2017
Anti poliomyelitique inactives	2017	2017	oui	2017	2018
DTCHepBHib	2016	2017	oui	2017	2019
Anti rotavirus	2016	2017	oui	2017	2017

Vaccins / 2017	Objectif soumis à l'approbation de Gavi	Estimation aux revues des objectifs	Taux de perte	Taux d'abandon
Anti pneumococcique 1	812,381	812,381	2,083	5
Anti pneumococcique 3	795,456	795,456		
Anti poliomyelitique inactives	795,456	795,456	30	-
DTCHepBHib 1	812,381	812,381	2,083	5
DTCHepBHib 2	795,456	795,456		
Anti rotavirus 1	812,381	812,381	2,083	5
Anti rotavirus 2	795,456	795,456		

L'appui de GAVI est sollicité pour l'achat de vaccins suivants dans leurs présentations actuelles : PCV 10, anti-rota, DTCHepBHib, VPI.

Comme amélioration prévue de la couverture vaccinale annuelle du PEV de tous les antigènes, les objectifs sont de 87% en 2016 et 89% en 2017 sur la base des données administratives.

Les principales activités à entreprendre dans les districts ciblés en 2017 sont :

- Mettre en œuvre l'Approche Atteindre Chaque Communauté (ACC) /ACE dans les Districts prioritaires appuyés par GAVI avec un focus sur la planification et l'exécution des stratégies avancées (4 par an) et fixes et la recherche active des Perdus de vue et des jamais vaccinés
- Disposer de chaîne de froid fonctionnelle dans tous les CSB des districts ciblés (disponibilité permanente des vaccins de qualité, pétrole, pièces de rechange)
- Former les agents de santé sur le PEV pratique
- Augmenter la séance de vaccination dans les CSB ayant des réfrigérateurs fonctionnels : au moins deux fois par semaine.
- Effectuer le Monitoring de la couverture vaccinale et de quelques déterminants de couverture (disponibilité permanente des vaccins de qualité, pétrole, pièces de rechange, pourcentage de

séances fixes et avancées exécutées, fonctionnalité permanente des réfrigérateurs)

- Organiser des revues périodiques trimestrielles à tous les niveaux, qui vont cibler les performances de la couverture et les déterminants de couverture et effectuer les supervisions formatives pour suivre l'évolution de la couverture et la performance des déterminants et corriger problèmes identifiés

Plans :

- Recrutement des agents de santé afin de renforcer les agents seuls au poste ou ouvrir les CSB fermés ;
- Développement d'outils de communication PEV et de mobilisation sociale pour l'ACE
- Contribution à la réalisation effective de la Semaine Africaine de la Vaccination (SAV) /Semaine de la Santé Mères-Enfants (SSME) (2 fois par an)
- Mise en place d'un mécanisme de redevabilité pour les districts ciblés à travers des réunions semestrielles au niveau national incluant les Responsables PEV district et régional et le Médecin Inspecteur en vue de mettre en place une sorte de contrat de performance et de monitoring des progrès

Risques et mesures d'atténuation :

Risque	Mesures d'atténuation
Non disponibilité à temps du budget de GAVI pour la période de demande de soutien 2017	Traitement à temps et respect de la ponctualité des requêtes selon les procédures
Non disponibilité à temps des fonds budgétisés au niveau des CSB pour les stratégies avancées	Suivi des allocations et utilisation des ressources allouées à chaque niveau
Engagement non matérialisé du budget de l'Etat pour l'achat des vaccins traditionnels et intrants	Suivi rigoureux par les DPEV, DEP, DAAF du Ministère de la Santé Publique (MSANP) de l'existence de la ligne budgétaire pour le cofinancement dans la Loi de Finances et son engagement en priorité
PEV non priorisé pour les allocations budgétaires malgré la programmation prévue	
Retard de l'adoption et de l'application effective du projet de loi sur le financement durable de la vaccination	Suivi mensuel de l'état d'avancement du processus d'adoption du projet de loi par le CCIA

Nouvelles priorités :

- Solarisation de la chaîne de froid au niveau des formations sanitaires et des districts sanitaires. Première phase 2017-2018 et la deuxième phase pour 2019-2021.
- Mise à exécution généralisée de l'approche ACE pour réduire le nombre des enfants non vaccinés
- Disponibilité des vaccins et des intrants de qualité à tous les niveaux.

3.2 Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

3.2.1 Objectif stratégique des subventions allouées au titre du RSS

Les interventions de la subvention GAVI/RSS1 ont été définies en complémentarité avec les interventions des autres partenaires et l'Etat Malgache. Elles ont été menées dans 74 districts sur 112, jugées prioritaires et sélectionnées sur la base des critères suivants :

- (i) Taux de couverture vaccinale inférieur à 60 % et Nombre d'Enfants Non Vaccinés (ENV) > 1000 ; (ii) disponibilité de chaîne de froid et capacité de stockage; (iii) districts avec des CSB fermés; (iv) faible performance des districts.

Le RSS1 comportait 4 objectifs stratégiques qui se traduisent par les interventions suivantes :

Objectif 1 : Augmenter la fréquentation de la Population aux Formations Sanitaires (en particulier les services suivants : Consultation Externe (CE), Planning Familial (PF), Vaccination, Accouchement au centre, Consultation Périnatale (CPN) :

Cet objectif a contribué à la réduction des goulots d'étranglement en rapport à la faible accessibilité. Les résultats des activités entreprises sont :

- Amélioration de la fonctionnalité permanente des CSB par le recrutement avec salaire alloué dans la Fonction Publique de 94 agents de santé contractuels de GAVI en 2016.
- La disponibilité de vaccins de qualité améliorée à travers l'acquisition de 02 camions frigorifiques en 2015. A ceci s'ajoute la contribution de l'Etat pour l'acquisition de 57 réfrigérateurs solaires : 9 installés, 22 en cours de livraison sur site, et 26 sont encore en magasin. En outre, l'acquisition des 5 inverseurs prévus dans les activités, la dotation en pétrole pour 111/112 districts pendant une période de 3 mois financés par GAVI sont réalisés. Néanmoins, des ruptures de pétrole continuent de survenir en raison d'une restriction budgétaire (taux de régulation du Ministère des Finances et du Budget), d'un problème de gestion et de suivi des stocks toujours pas résolus.
- La formation de 22 techniciens Régionaux et de 114 techniciens des Districts en chaîne de froid a été effectuée pour améliorer la maintenance des équipements. Toutefois, 70 réfrigérateurs ainsi que les pièces de rechanges financés par GAVI sont encore en attente de livraison due à une lourdeur de la procédure de la passation de marché.
- Comme prévu, 20 CSB ont été sécurisés pour protéger les CdF.
- Cinquante-cinq (55) motos parmi les 95 acquises en 2015 viennent d'être récemment acheminées sur site.

Objectif 2 : Améliorer la gestion financière et promouvoir la bonne gouvernance :

Des formations sur l'utilisation du manuel de procédure de l'utilisation des fonds GAVI de 268 responsables périphériques prévus sont menées en 2015. Une élimination de dépenses inéligibles est notée en 2015 selon l'Audit. La disponibilité de Pièces Justificatives de qualité reste un problème majeur à tous les niveaux. Il est nécessaire de mettre en place un mécanisme de redevabilité avec un suivi des responsables à tous les niveaux.

Objectif 3 : Augmenter l'utilisation des services de santé par la population :

Des interventions ont été menées pour : (i) renforcer la participation communautaire en faveur de la vaccination dans la recherche active des perdus de vues et des enfants non vaccinés, (ii) intensifier la mobilisation sociale en faveur de la vaccination et (iii) améliorer la coordination / harmonisation des activités entre AS, AC et OSC.

Les interventions planifiées menées avec COMARESS sont toutes réalisées. (Voir dans le chapitre Réalisation de la plateforme COMARESS).

La supervision formative du PEV de routine et de la mise en œuvre de l'approche ACD n'a pas pu être réalisée suite au chevauchement des activités avec la campagne polio.

Le budget de la mise en œuvre de l'ACD a été réaménagé pour l'acquisition des 50 motos, réhabilitation des 7 CSB et pour financer les activités du COMARESS.

Objectif 4 : Améliorer la gestion des données pour une prise de décision :

Un renforcement de capacité en Utilisation des Données pour Décision (UDD) de 875 Chefs CSB de 35 districts sur les 40 planifiés est effectué. La DQS est mise en œuvre au niveau de 40 districts à faible performance et les outils de gestion sont mis à disposition des acteurs. Malgré la formation le problème de fiabilité et de sous-utilisation des données pour faire mieux persiste. Il subsiste un problème d'accompagnement et de suivi pour matérialiser les compétences acquises.

Des revues périodiques de performance ont été menées dans 59 districts sur les 74 prévus, ainsi que les revues intégrées des programmes avec les 22 régions pour les planifications stratégiques. Ces interventions ont permis de rendre disponible les PTA des 112 districts.

3.2.2 Performance des subventions et difficultés rencontrées

Conformément au Plan d'utilisation des fonds de la 4^{ème} Tranche mise en œuvre, les activités conduites depuis Avril 2015 ont été les suivantes :

- En 2015, 95 AS ont été contractualisés par GAVI RSS et 94 ont été recrutés dans la Fonction Publique pour fonctionnaliser les formations enclavées
- 20 CSB prévus ont été réhabilités et les chaînes de froid sécurisées.
- 95 motos ont été mises à disposition des CSB et SDSP comme prévu.
- 02 chambres froides acquises en 2014 ont été installées en 2015,
- 268 responsables périphériques ont été mis à niveau sur l'utilisation du manuel de procédure du Projet GAVI selon le plan;
- Audit interne de la gestion a été mené au niveau des Districts.
- Les activités planifiées ont été menées par COMARESS dans 48 communes des 4 régions (mois d'avril, mai, juin 2016) ;
- 875 AS sur 1000 programmés ont été formés en UDD dans les 74 Districts ;
- 59 sur 74 districts ont été appuyés financièrement pour mener des revues périodiques.

Obstacles à la mise en œuvre, mesures correctives et enseignements tirés

Activités	Obstacles	Mesures correctives	Enseignements tirés
Passation des marchés : (i) Acquisition des 05 voitures 4x4 (ii) Acquisition de 70 réfrigérateurs	non-conformité des spécificités techniques des véhicules proposés par le fournisseur par rapport aux spécifications techniques demandées	révision des spécificités et relance de l'appel d'offre (en attente de livraison)	Faire une prospection des produits avant l'établissement des spécifications techniques
	lourdeur des procédures d'acquisition liées à l'insuffisance de coordination entre les entités concernées	Renforcement de la communication entre les entités concernées	* Renforcer la coordination, la transparence et la bonne gouvernance, respecter les procédures * Impliquer l'UCP et l'agence fiduciaire dès le début de processus
Achat de pièces de rechange de chaîne de froid	Retard de livraison lié à la difficulté à trouver des pièces de rechange sur le marché international	Application de dispositions de la réglementation en vigueur	Éviter le retard de notification des attributaires
COMARESS	Zones d'intervention limitées liées à l'insuffisance de fonds alloués		Augmenter les fonds à octroyer à la plateforme des OSC pour permettre l'élargissement des zones d'intervention

Formation des responsables	Affectations des responsables formés hors de la région ou district priorisé		
-----------------------------------	---	--	--

Résultats financiers et difficultés rencontrées :

Parmi les difficultés rencontrées, les fonds destinés aux activités de supervision de l'ACD (23.000 USD) n'ont pas été utilisés, ce qui a réduit le taux de décaissement.

- *Dépenses réelles par rapport aux coûts financiers prévus, en fonction des budgets approuvés*

Fonds de la 4^{ème} tranche :

Budget prévu : 3 678 849,42 USD

Dépenses réelles : 1 746 557,29 USD

- Le retard d'acquisition des équipements (5 voitures 4x4 pour les districts, 70 réfrigérateurs solaires, pièces de rechange : dépenses estimée engagée non encore décaissée d'un montant de 623 480 USD)
- Surestimation nécessaire du montant de toutes les acquisitions prévues 688 507 USD
- Economie de salaires des 95 agents pendant 3 mois de janvier en mars 2015 pour une suspension temporaire du contrat de travail d'un montant de 164 777,09 USD

Le passage à l'échelle du vaccin anti HPV à partir de 2020 est remis en question pour des raisons de cofinancement.

On note un faible taux d'absorption de 47,48% au 31 août 2016.

3.2.3 Décrire les modifications à apporter aux subventions RSS et les plans pour les futures demandes de soutien au RSS

Le pays a reçu la 4^e tranche du RSS1 initialement prévue pour 2014 soit 3.549.250 USD.

La proposition RSS2 (2016 – 2018), d'un montant de 16 640 000 USD, a été élaborée depuis 2014 selon les mandats de GAVI et le document de soumission est actuellement en phase de finalisation.

Annexe 7 : Situation budgétaire RSS1 au 31/08/2016)

Le Projet RSS1 dispose au 31 août 2016 d'un montant de 2 600 382 USD dont 659 251 USD engagé et 1 941 131 USD de reliquat et que l'utilisation est laissée à la discrétion de GAVI.

3.3 Plan de transition

Non applicable

3.4 Gestion financière des subventions en espèces

D'une manière générale, la faiblesse du taux d'absorption budgétaire s'explique par le fait que 65,40% du budget ont été engagés or 47,48% seulement ont été décaissés et 17,92% restent encore à liquider en fonction de la conformité de la livraison.

Le retard de décaissement est dû à la lourdeur des procédures de passation de marchés publics.

Selon les résultats de l'Audit externe 2015, les anomalies constatées concernent l'existence de dépenses inéligibles en rapport avec le paiement de Taxe sur les Valeurs Ajoutées (activités 2014), la non régularisation de la déclaration par le Ministère de la Santé sur les parts patronales Caisse Nationale de Prévoyance Sociale pour les agents de santé contractuels, le non-respect du délai de remise d'états de paie pour les agents de santé et le problème de disponibilité pour jouir des droits de congés.

Sur les MGA 102.460.505,90 des dépenses non justifiées au 31 Décembre 2015, MGA 16.859.903,00 ont été remboursés. Une valeur de pièces justificatives de MGA 58.370.084,00 a été présentée à la comptabilité. Il reste encore MGA 27.230.518,90 de dépenses non justifiées à régulariser.

4. MISE À JOUR DES CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

Mesures stratégiques prioritaires identifiées lors de l'évaluation conjointe précédente/l'examen du Panel	État actuel au 22 septembre 2016
1. Soumettre le projet de loi sur le financement durable de la vaccination au parlement	Le projet de loi est déjà signé par SEM Ministre de la Santé discuté en conseil de Ministre et sera présenté à l'Assemblée Nationale
2. Finaliser et mettre à jour des documents de politique et de stratégie sur le financement durable de la vaccination (PPAC, Politique Nationale (PN) du PEV, PDSS)	<ul style="list-style-type: none"> - PPAC validé le 30/08/2016 - PN PEV : Le pays a adopté une seule Politique Nationale de Santé incluant tous les programmes, il n'y aura plus une politique spécifique pour le PEV - PDSS 2015-2019 disponible depuis septembre 2015;
3. Régulariser à temps le paiement de la contribution de l'Etat sur le cofinancement et la TVA	<p><u>Cofinancement</u> : Contribution de l'Etat sur le cofinancement régularisée le 25/05/2016 d'un montant de 1 087 500 USD dont 497 156,25 USD pour l'année 2015 et une partie de l'année 2016 d'un montant de 590 343,75 USD</p> <p>Reste à payer pour le <i>cofinancement 2016</i> : 933 656,25 USD</p> <p><u>TVA</u> : Régularisation des arriérés de TVA en cours de liquidation auprès du Ministère des Finances</p>
4. Mettre en œuvre les recommandations formulées par (i) la revue de financement de la vaccination par l'OMS (ii) la revue des flux financiers par l'UNICEF et (iii) la revue conjointe lors du grand staff en juillet 2015	Document de suivi disponible auprès de DP
5. Assurer la disponibilité en pétrole/cash power et des pièces de rechange ; harmoniser la dotation en pétrole	<p>* Allocations Pétrole:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mois Etat : DPEV (2014, 2015, 2016), et les mois restants sont pris en charge par le budget de fonctionnement des districts, - 3 mois GAVI à l'échelle nationale : effectuées en 2015 - 1 mois UNICEF à l'échelle national et au moins 03 de plus dans les 11 régions appuyées : SV (2015) <p>* Chambre Froide: non fonctionnelle pour Atsimo Atsinanana (problème du compteur triphasé)</p> <p>*Pièces de rechanges: en attente de réception pour la 1ère vague, et en attente de livraison pour la 2ème vague</p>
6. Soumettre une demande de soutien pour la plateforme de la dotation en réfrigérateurs solaires (CCE plateforme) en vue d'un remplacement accélérée de la chaine du froid selon le PPAC (assurer l'acquisition par l'Etat des 140 réfrigérateurs en attente de validation)	<ul style="list-style-type: none"> - Validé par le CCIA/CCSS le 30/08/2016 - soumis à GAVI Alliance le 09/09/2016 - Acquisition par l'Etat des 57 réfrigérateurs solaires
7. Prévoir une livraison avancée de pentavalent et anti-rotavirus de l'allocation 2016 en décembre 2015	Non réalisée
8. Ajuster l'allocation 2016 avec un stock de sécurité de 25% pour Penta et Rota	Réalisée, stock ajusté
9. Tenir une réunion du CCIA pour décider de la suite du programme HPV	Non réalisée L'administration de la vaccination anti-HPV (1ère

	dose) a été réalisée dans deux nouveaux districts de la région Haute Matsiatra en juin 2016 en mode routine, Demande d'approvisionnement en vaccins pour assurer l'administration de la deuxième dose (décembre 2016) pour les cibles ayant reçu la première dose.
10. Renforcer le PEV de routine avec identification des communautés à haut risque et mise en œuvre de l'intensification de PEV routine (y compris stratégie équité)	Réalisée. Identification des communautés à hauts risques à partir des micros planifications existantes Mise en œuvre de l'Approche atteindre Chaque Enfant dans les 54 districts identifiés prioritaires (39) et 15 districts à faible performance en cours de préparation.
11. Renforcer la micro-planification, les intervenants communautaires, et la mobilisation sociale dans tous les CSB avec l'implication des OSC, Comité Santé et AC	Activités totalement réalisées, Micro planification à la base durant la préparation de l'AVS et de l'ACE
12. Suivre les recommandations de la récente évaluation indépendante de la réponse à l'épidémie de polio	Mise en œuvre de la recommandation de la 3 ^{ème} évaluation indépendante : 80,6% réalisées, 16,7% en cours, 2,8% non réalisées (Chambre froide de Vatovavy Fitovinany non fonctionnelle)
13. Renforcer le système de surveillance pour la détection à temps des risques d'épidémie de polio, rougeole et des autres maladies évitables par la vaccination	Disponibilité du Plan de Renforcement du système de surveillance des MEV A mettre en œuvre tout au long de l'année
14. Réaliser le recensement 2016 et le DQS tous les 02 ans pour assurer l'amélioration de la qualité des données	Non réalisées. (l'Institut National de la Statistique est en cours de plaidoyer pour la collecte des fonds nécessaires pour le recensement 2017) DQS mené dans 10 Régions en 2015. Intégration dans le PTA central, région et district
15. Réajuster l'utilisation des fonds GAVI de RSS2 et revoir la réallocation et la budgétisation pour les activités de 2016 ainsi que les indicateurs qui seront intégrés dans le cadre de performance selon les recommandations de l'évaluation conjointe	En cours
16. Renforcer la coordination et l'harmonisation des interventions dans le cadre du RSS pour la synergie en financement et la mise en œuvre du PEV	Mapping en cours de réalisation au niveau de DP
17. Revoir la position du PEV dans l'organigramme et le faire passer au niveau de direction ;	Direction du Programme Elargi de Vaccination fonctionnelle depuis novembre 2015
18. Revoir avec les autorités compétentes la question des procédures et taxes douanières	Vaccins et consommables exonérés de taxe, mais frais de transit sont payés par l'Etat.
19. Réviser et clarifier les TDR et le profil des membres y compris certains partenaires traditionnels restés absents quelques temps ainsi que de nouveaux/anciens partenaires comme JICA qui finance le nouveau système d'information sanitaire ;	TDR mis à jour par le Comité Technique CCIA/CCSS non encore validé par CCIA/CCSS décisionnel (par faute de temps, nombreux documents à valider lors de la réunion CCIA/CCSS)
20. Assurer la liaison avec le groupe parlementaire-santé	Tenue des 2 réunions pour entretenir cette liaison avec les parlementaires chargés de la Santé
21. Discuter, valider et documenter les mesures	Elargissement de l'équipe d'analyse, pour améliorer

correctrices au niveau (central des données périphériques et mettre en place un système de rétro-information systématique	la performance du PEV
22. Former les acteurs à tous les niveaux en leadership et management (Centraux, DRS, Médecins Inspecteurs), PEV pratique, procédures Administrative et financière	- <u>Leadership et Management</u> : formation équipes centrales et DRSP réalisées (fonds PAUSENS) - <u>PEV Pratique</u> : dernière formation réalisée en 2013 - <u>Manuel des procédures</u> : formation réalisée
23. Contribuer au renforcement en effectif et en compétences des ressources humaines en particulier dans les zones enclavées par recrutement, affectation et répartition de façon équitable des Ressources Humaines, supervision formative, et contractualisation	Recrutement de 94 Agents Contractuels de GAVI à la Fonction Publique effectuée le 21 Avril 2016

5. BESOINS NATIONAUX PRIORITAIRES

Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre des mesures proposées	Une assistance technique s'avère-t-elle nécessaire ?* (oui/non) Si oui, indiquez le type d'assistance requise
Gestion de la logistique et de la CdF	D'ici août 2017	OUI International et national
Mise en œuvre ACE		OUI International et national
Gestion des données		OUI International et national
Renforcement de la capacité des ressources humaines en gestion du programme		OUI International et national
Paquet communautaire (Surveillance des MEV, sensibilisation, vaccination de routine...)		OUI International et national
Gestion financière		OUI International et national
Audit organisationnel et suivi		OUI International et national

***Voir en annexe 8 : Tableau relatif aux propositions d'assistance technique (à titre indicatif)**

6. APPROBATION PAR LE CCIA, LE CCSS OU L'ORGANE ÉQUIVALENT ET COMMENTAIRES ADDITIONNELS

Description succincte de la manière dont l'évaluation conjointe a été approuvée par l'instance de coordination nationale concernée	Le CCIA devra approuver le rapport d'ici le 5 octobre 2016, date de discussion de ce rapport. Un comité restreint a validé ce présent rapport le 21 septembre 2016.
Questions soulevées lors de la réunion de synthèse de présentation des conclusions de l'évaluation conjointe aux membres de l'instance de coordination nationale	N/A pour le moment.
Commentaires additionnels : <ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires de Gavi • Gestionnaires de Programmes Pays 	N/A pour le moment.

7. ANNEXES

Annexe A. Description du processus de l'évaluation conjointe (par ex : composition de l'équipe, manière dont les informations ont été recueillies, manière dont les discussions ont été tenues)

Période	Activités
2^{ème} quinzaine mois d'Août 2016	Réunions du Comité Technique CCIA/CCSS pour la préparation de l'élaboration du Draft 0 du rapport d'évaluation conjointe 2016
07 au 09 Septembre 2016	Atelier d'élaboration du Draft 1 du rapport d'évaluation conjointe 2016 à l'ININFRA
09 Septembre 2016	Envoi par mail du Draft 1 à GAVI Alliance
12 au 15 Septembre 2016	Atelier de finalisation du Draft 1 du rapport d'évaluation conjointe 2016 à l'Hôtel LE PAVE à Antananarivo avec l'équipe de GAVI Alliance et du Comité Technique CCIA/CCSS
16 Septembre 2016	Réunion du CCIA/CCSS décisionnel pour la présentation du résumé du rapport d'évaluation conjointe 2016
19 au 20 Septembre 2016	Réunion du Comité Technique CCIA/CCSS avec les Partenaires de GAVI Alliance pour finalisation du rapport d'évaluation conjointe 2016
20 Septembre 2016	Partage mail à tous les membres du Comité Technique CCIA/CCSS et les Partenaires de GAVI Alliance du rapport d'évaluation conjointe 2016
21 Septembre 2016	Réunion de validation du rapport d'évaluation conjointe 2016 avec les responsables du MSP et les Partenaires de GAVI Alliance

ANNEXES SUPPLEMENTAIRES

ANNEXE 1 : Critères de sélection de 54 Districts Sanitaires prioritaires

CRITERES DE SELECTION	VARIABLES RETENUS	DEFINITION et UNITE DE MESURE (pondération)
COUVERTURE Vaccinale en DTCHepHib3	Taux de vaccination en DTCHepB3 dans les SDSP	<u>Tx de vaccination</u> Faible: <50 % = 1 Moyen: 50-90 % = 2 Performant : Sup ou égal à 90 % = 3
Enfants 0 à 11 mois	Nombre d'enfants non-vaccinés dans les SDSP	<u>Nombre d'enfants non-vaccinés dans les SDSP</u> Faible: ≤ 1000 = 3 Moyen: ≥1000 - 3000 = 2 El évé: ≥ 3000 = 1
Taille de la population	Nombre de la Population desservie : cible de PEV (0-11 mois) par SDSP	<u>Nombre de la Population desservie : cible de PEV (0-11 mois) par SDSP</u> Faible: < 2000 = 3 Moyen: ≥ 2000 -10000 = 2 Elevé: >10000 = 1
Morbidité liée aux MEV	Nombre des enfants de 0 à 11 mois ayant des maladies diarrhéiques	<u>Nombre des enfants de 0 à 11 mois ayant des maladies diarrhéiques</u> Morbidité faible: ≤ 10 = 3 Morbidité moyenne: ≥10-20 = 2 Morbidité forte: ≥ 20 = 1
Enfants 0 à 11 mois perdus de vue	Proportion des enfants Perdus de Vue	<u>Proportion des enfants Perdus de Vue</u> Faible: ≤ 0,1 = 3 Moyen: ≥ 0,1 - 0,15 = 2 elevé: ≥ 0,15 = 1
Eloignement entre Chef-lieu de Région et District	Distance du SDSP /Région (km)	<u>Distance du SDSP /Région (km)</u> Non éloigné: ≤ 50 = 3 Moyennement éloigné: ≥50 - 150 = 2 Eloigné: ≥ 150 = 1
Niveau socio-economique de la population (Enfant de 1 à 3 ans présentant un déficit pondéral)	Taux de déficit pondéral des enfants de 1 à 3 ans	<u>Tx de déficit pondéral des enfants de 1 à 3 ans</u> faible: < 5 = 3 moyen : ≥ 5 -15 = 2 Elevé: >15 = 1
Districts Appuyés	Nombre de partenaires intervenants dans les Districts	<u>Nombre de partenaires intervenants dans les Districts</u> Faible: 0 = 1 Moyen: 1 - 2 = 2; Elevé: >2 = 3
Enclavement des SDSP	Nombre de mois d'accessibilité dans l'année	<u>Nombre de mois d'accessibilité dans l'année</u> Non enclavé : > 9mois = 3 Enclavé: 6 - 9 mois = 2 Très enclavé: < 6mois = 1
Accessibilité de la population	Taux de couverture en DTCHepHib1	<u>Tx de couverture en DTCHepHib1</u> Faible: <70 % = 1 Moyen: 70-90% = 2 Performant: ≥ 90% = 3
Potentialité de changement	Taux de couverture en DTCHepHib3 pendant les 3 dernières années dans chaque SDSP	<u>Tx de couverture en DTCHepHib3 pendant les 3 dernières années dans chaque SDSP</u> Faible: diminution pourcentage plus de 3 = 3 Moyen: stabilité de pourcentage plus ou moins 2 = 2 Elevé: augmentation de pourcentage plus de 3 = 1

ANNEXE 2 : Achat Des Vaccins

***Contributions de l'Etat, de GAVI et de l'UNICEF dans le financement de la vaccination (en USD) :**

Bailleurs	Vaccins traditionnels			Cofinancement (nouveaux vaccins)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
ETAT	ND	918 464	ND	841 000	1 524 000	1 497 231
UNICEF	724 754	910 868	ND	-	-	-
GAVI	-	-	-	ND	ND	
Total	724 754	1 829 332	ND	0	1 524 000	1 497 231

NB : Réduction progressive de la contribution de l'UNICEF de 5% par an pour l'achat de vaccins traditionnels.

***Parts de l'Etat (en USD)**

Part de l'ETAT	Vaccins traditionnels			Cofinancement (nouveaux vaccins)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Montant		918 464**		841 000**	1 524 000**	1 497 231**
Paiement effectué	337 615*	0	-	400 253**	590 344**	-
Reste à payer	-	918 464	-	440 747	933 656	1 497 231
Montant réellement payé				497 156**		
Cumul des restes à payer	non applicable	918 464	non applicable	0	933 656	2 430 887

*Source DAAF

**Source UNICEF

Les procédures en vue du paiement du cofinancement de 2016 sont en cours.

Les frais de dédouanement sont payés avec le budget de l'Etat.

ANNEXE 3 : Ressources Humaines

***Nombre d'agents nouvellement contractualisés par an par GAVI**

	2010	2011	2012	2013	2015	TOTAL
Nombre de médecins contractualisés	1	22	1	0	0	24
Nombre de paramédicaux contractualisés	41	85	121	67	2	316
Total	42	107	122	67	2	340

***Nombre d'agents contractuels GAVI recrutés dans la Fonction Publique (FOP)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Nombre médecins contractuels GAVI recrutés FOP	1	3	4	14	2	0	24
Nombre Paramédicaux contractuels GAVI recrutés FOP	6	47	101	41	9	94	298
Total	7	50	105	55	11	94	322

***Agents non recrutés dans la Fonction Publique :** 19 (démissionnaires, 1 décédé...)

ANNEXE 4 : Evolution des taux de couverture vaccinale en dtc-hepb-hib3 entre 2013 et 2016

Année	Nourrissons vaccinés	nombre d'enfants vaccinés en DTC-HepB-Hib3	DTC-HepB-Hib1		DTC-HepB-Hib3		VAR		Enfants non vaccinés en DTC-HepB-Hib3
			Données administratives	Estimés OMS/UNICEF	Données administratives	Estimés OMS/UNICEF	Données administratives	Estimés OMS/UNICEF	
2013	781 645	700 172	96%	80%	90%	74%	86%	63%	81 473
2014	804 676	715 041	99%	83%	89%	73%	87%	64%	89 635
2015	793 478	673 358	95%	79%	85%	69%	81%	58%	120120
2016	814 902	344 964	91%	-	79%	-	84%	-	54 453

PERFORMANCE DES DISTRICTS de 2013 à 2015

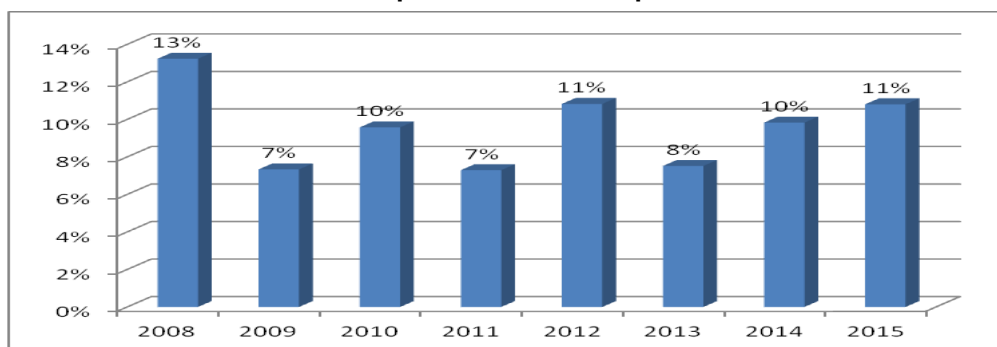
Couverture DTC-HepB-Hib3	2013	2014	2015	2016 (Janv. à juin) : 99% de complétude
<50%	0	1	1	3
50-79%	27	21	37	25
>80%	85	90	74	84

ANNEXE 5 : Analyse De La Situation Au Niveau Des 3 Régions Et 4 Districts Les Moins Performants (Source : DPEV)

Régions	TCV DTC-HepB-Hib3 2015	Nb Enfant non vacciné	Tx Enfant non vacciné	Chaîne de froid
Sud-Est	62%	13847	44%	46.6%
Sofia	80%	11006	24%	75.3%
Melaky	65%	3509	33%	58.40%

Districts	TCV DTC-HepB-Hib3 2015	Nb ENV	ENV	CSB sans Cdf
Antsalova	50%	1195	58%	0%
Vondrozo	63%	2067	49%	10%
Vangaindrano	72%	4740	41%	20%
Belo/Tsiribihina	68%	1706	33%	21%

Evolution du taux d'abandon entre DTC-HepB-Hib1 et DTC-HepB-Hib3 de 2008 à 2015



Pour une immunisation effective, l'objectif des abandons doit être inférieur à 10%. Cependant, on note une augmentation de 10% à 11% de 2014 à 2015 et 10% en Juin 2016.

ANNEXE 6 : Performance Des Districts En Fonction De La Couverture Vaccinale Par Antigène (2014 - 2015)

Districts non appuyés par GAVI

Nom du district non appuyé GAVI	2014	2015	Diff 2014-2015	% de District selon la performance
AMBALAVAO	91,68%	120,64%	28,96%	34,21%
MIARINARIVO	70,75%	93,73%	22,98%	
SOAVINANDRIANA	85,08%	106,68%	21,60%	
AMBATONDRAZAKA	79,02%	93,23%	14,21%	
TSIROANOMANDIDY	78,51%	91,39%	12,88%	
ANTSIRABE I	78,13%	90,50%	12,37%	
AMBOHIMAHASOA	95,16%	104,63%	9,47%	
FENOARIVO-AFOVOANY	63,42%	71,99%	8,57%	
MAEVATANANA	92,92%	101,46%	8,53%	
ARIVONIMAMO	79,20%	86,01%	6,81%	
ANDRAMASINA	83,09%	89,64%	6,54%	
AMPARAFARAVOLA	85,64%	91,67%	6,03%	
MAHAJANGA I	87,52%	93,44%	5,92%	
ANTANANARIVO AVARADRANO	87,12%	92,02%	4,90%	26,32%
MANJA	78,66%	83,10%	4,44%	
ANTANANARIVO RENIVOHITRA	71,88%	75,41%	3,53%	
ANOSIBE AN-ALA	70,70%	73,82%	3,12%	
FIANARANTSOA I	86,75%	89,73%	2,98%	
ANTSIRABE II	92,80%	92,67%	-0,13%	
AMBATOLAMPY	106,44%	103,40%	-3,04%	
AMBANJA	103,22%	100,08%	-3,15%	
AMBOSITRA	86,67%	83,13%	-3,54%	
IAKORA	81,32%	77,78%	-3,55%	
IVOHIBE	83,15%	77,76%	-5,39%	39,47%
MORAMANGA	98,41%	92,99%	-5,41%	
MANANDRIANA	85,67%	79,29%	-6,38%	
ANTANANARIVO-ATSIMONDRANO	108,58%	101,97%	-6,61%	
IHOSY	92,43%	85,35%	-7,08%	
FANDRIANA	82,73%	73,30%	-9,43%	
MAROVOAY	107,57%	97,80%	-9,77%	
MORONDAVA	78,67%	62,23%	-16,44%	
FIANARANTSOA II	82,74%	64,46%	-18,28%	
MAHAJANGA II	119,36%	100,59%	-18,76%	
MIANDRIVAZO	102,07%	80,84%	-21,24%	
TOAMASINA I	108,80%	84,17%	-24,64%	
IKALAMAVONY	85,12%	57,29%	-27,83%	
FENOARIVO-ATSINANANA	110,73%	81,39%	-29,34%	
MAROANTSETRA	101,60%	69,90%	-31,70%	

Districts appuyés par GAVI

Nom du district appuyé GAVI	2014	2015	Diff 2014-2015	% de District selon la performance
MIDONGY-ATSIMO	21,46%	60,17%	38,71%	28,38%
ANDILAMENA	68,29%	98,20%	29,91%	
BETROKA	89,75%	118,53%	28,78%	
SAINTE MARIE	70,00%	97,97%	27,96%	
MAHANORO	82,56%	109,64%	27,08%	
BEROROHA	113,48%	138,96%	25,48%	
BEKILY	86,84%	111,02%	24,18%	
ANJOZOROBE	84,83%	107,08%	22,25%	
SOANIERANA-IVONGO	69,48%	91,16%	21,68%	
MANJAKANDRIANA	69,03%	87,18%	18,15%	
ANTALAHA	89,63%	107,76%	18,13%	
MAROLAMBO	82,49%	97,29%	14,80%	
BRICKAVILLE	68,78%	83,06%	14,28%	
MANANJARY	73,45%	83,81%	10,36%	
MORAFENOBE	64,61%	74,84%	10,23%	
VOHEMAR	92,86%	102,34%	9,48%	
MANAKARA-ATSIMO	86,94%	95,98%	9,05%	
ANTSIRANANA II	78,50%	86,68%	8,18%	
ANKAZOBE	85,28%	93,05%	7,77%	
AMBILOBE	91,17%	97,59%	6,42%	
VOHIPENO	80,32%	86,10%	5,78%	
IKONGO	84,85%	88,71%	3,86%	17,57%
ANTSIRANANA I	83,76%	87,27%	3,52%	
ANTSOHIHY	90,18%	93,36%	3,17%	
MITSIJO	86,64%	89,65%	3,01%	
TOLIARY I	88,40%	90,12%	1,73%	
VATOMANDRY	90,17%	91,05%	0,88%	
MOROMBE	91,74%	92,48%	0,74%	
ANTANAMBAO-MANAMPOTSY	96,72%	97,19%	0,47%	
MANANARA-AVARATRA	78,62%	78,66%	0,04%	
TSARATANANA	103,31%	100,89%	-2,42%	
ANTANIFOTSY	99,76%	97,13%	-2,63%	
ANTSALOVA	53,68%	49,65%	-4,04%	
BEFANDRIANA-AVARATRA	93,44%	89,21%	-4,23%	
AMBOASARY-ATSIMO	91,22%	85,95%	-5,27%	54,05%
SOALALA	104,23%	97,09%	-7,14%	
MAHABO	81,01%	73,25%	-7,76%	
ANALALAVA	89,06%	80,12%	-8,94%	
FARAFANGANA	69,16%	59,74%	-9,42%	
BEALANANA	94,67%	84,29%	-10,38%	
VANGAINDRANO	83,46%	72,41%	-11,05%	
IFANADIANA	100,53%	89,21%	-11,31%	

NOSY-BE	97,47%	86,14%	-11,33%	
AMBATO-BOINA	111,57%	97,09%	-14,49%	
SAMBAVA	88,66%	74,16%	-14,50%	
PORT BERGE	91,61%	75,64%	-15,97%	
BETAFO	119,33%	103,31%	-16,03%	
MAINTIRANO	82,92%	66,43%	-16,49%	
AMBATOFINANDRAHANA	96,98%	79,81%	-17,17%	
BENENITRA	128,51%	110,97%	-17,54%	
MANDOTO	120,06%	102,38%	-17,68%	
FARATSIHO	108,94%	90,80%	-18,13%	
BELO TSIRIBIHINA	86,92%	68,34%	-18,58%	
AMBOHIDRATRIMO	114,37%	95,69%	-18,68%	
TOLIARA II	100,14%	80,68%	-19,46%	
AMBOVOMBE-ANDROY	86,15%	66,59%	-19,56%	
TSIHOMBE	94,72%	73,04%	-21,68%	
VAVATENINA	87,70%	65,42%	-22,28%	
AMBATOMAINTY	110,51%	87,99%	-22,53%	
ANDAPA	92,44%	69,32%	-23,12%	
ANKAZOABO-ATSIMO	91,93%	67,44%	-24,48%	
TOAMASINA II	93,35%	68,40%	-24,95%	
BEFOTAKA	85,33%	58,82%	-26,50%	
SAKARAHA	112,31%	84,20%	-28,10%	
MANDRITSARA	90,74%	62,53%	-28,21%	
VONDROZO	80,26%	51,12%	-29,14%	
BELOHA	103,48%	73,59%	-29,88%	
AMPANIHY	104,97%	74,74%	-30,23%	
MAMPIKONY	114,77%	84,18%	-30,58%	
BETIOKY-ATSIMO	102,67%	68,66%	-34,01%	
KANDREHO	154,19%	110,51%	-43,68%	
BESALAMPY	111,84%	62,95%	-48,89%	
TAOLAGNARO	102,31%	52,18%	-50,13%	
NOSY-VARIKA	106,75%	56,41%	-50,35%	

ANNEXE 8 : Tableau relatif aux propositions d'assistance technique (à titre indicatif)

Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre	Terme de références / Domaine d'appui	Profil	Position	Nombre d'appui	Agences
Gestion de la logistique et de la CdF	Phase 1 plateforme 2016 - 2018	<ul style="list-style-type: none"> Plateforme chaîne de froid et renforcement couverture chaîne de froid Installation, renforcement capacité chaîne d'approvisionnement 	Logisticien International – P4	MCO Tana	1	UNICEF
Mise en œuvre ACE	Durée RSS2 2016 - 2018	<ul style="list-style-type: none"> Planification, coordination mise en œuvre paquet ACE Orientation stratégique Suivi niveau central et région Analamanga 	Santé publique équité International-P3	MCO Tana	1	UNICEF
		<ul style="list-style-type: none"> Planification, coordination C4D Orientation stratégique Lien avec la communauté Renforcement de la demande 	C4D Equité – National - NOB	MCO Tana	1	UNICEF
		<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre opérationnel ACE Suivi, monitoring Renforcement système santé au niveau régional / district 	Equité Médecin – National - NOB	Equité Décentralisé Régions	4	UNICEF
	Durée RSS2 2016-2018	<ul style="list-style-type: none"> Planification, coordination activités PEV et mise en œuvre paquet ACE Contribution à l'adoption des Orientations stratégiques Monitoring et évaluation de la mise en œuvre des activités et recommandations issues des différentes revues 	Santé publique Routine Immunization officer International	WCO Madagascar	1	OMS
	Durée RSS2 2016-2018	<ul style="list-style-type: none"> Encadrement des Coordonnateurs Hub/ Régions et suivi cadre de redevabilité Renforcement de la capacité des ressources humaines en gestion du PEV Suivi et monitoring Performance niveau opérationnel 	Santé publique Routine Immunization & capacity building officer National	WCO Madagascar	1	OMS
	Durée RSS2 2016-2018	<ul style="list-style-type: none"> Appui technique et suivi performance au niveau Région et districts Appui à la mise en œuvre du paquet communautaire (surveillance des MEV, sensibilisation, vaccination de routine...) 	Médecin de Santé Publique/ Epidémiologiste National	Décentralisé Régions / Hub	8	OMS
Durée RSS2 2016-2018	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer aux activités des encadreurs (coach), supervision, revues PEV – pour aider avec la mise à niveau des staffs national, district/régional (priorises) dans le MLM/EPI (Gestion du PEV de niveau intermédiaires) et DQS (y compris comment utiliser les données pour ajuster les micros planifications, assurer la recherche active (et l'utilisation de bac à fiche), et rendre fonctionnel l'ACE) Accompagner le MSanP (avec DPEV, DDS et partenaires) pour la mise en œuvre de l'approche pour la couverture et équité, notamment avec les districts ciblés – Soutenir l'amélioration de l'approche ACE, et participer dans l'harmonisation des stratégies entre partenaires pour l'amélioration de PEV routine 					JSI

Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre	Terme de références / Domaine d'appui	Profil	Position	Nombre d'appui	Agences
Gestion des données		<ul style="list-style-type: none"> Appui à la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données Appui à l'analyse des données et suivi performance PEV du pays et particulièrement dans les districts ACE 	Data Manager National	WCO Madagascar	1	OMS
		<ul style="list-style-type: none"> Appuyer DDS and DPEV avec l'analyse des données PEV de routine et la mise en évidence des prises de décisions liées avec RSS2, vis-à-vis (1) l'appui technique aux régions/districts et AS dans l'utilisation/analyse/DQS des données PEV de routine et (2) les bonnes pratiques et respect des processus pour le rapportage Gavi Accompagner le MSanP ; la PEV et la DDS pour le remplissage et la mise à jour de cadre de performance, des indicateurs et les documents à insérer dans le portail de GAVI l'alliance du vaccin. 				JSI
Renforcement de la capacité des ressources humaines en gestion du programme		<ul style="list-style-type: none"> Participer au soutien de la coordination et gestion pour la mise en œuvre du RSS2 (technique et liaison des activités avec budgétisation) avec DDS, DPEV et DEP ; les aider (avec l'équipe « pool/coach de suivi RSS2 ») avec développement d'un système de suivi & évaluation coordonnée pour le suivi et la mise en œuvre des indicateurs de processus en liaison avec le cadre de performance et l'impact sur la vaccination ; renforcement des capacités managériales (DPEV, DDS) en leadership et en gestion programmatique des responsables centraux, régional, district priorisés ; Accompagner le Min Sante dans la mise en application et l'effectivité de la loi sur la vaccination et la coordination avec le CCIA technique. 				JSI
Paquet communautaire (Surveillance des MEV, sensibilisation, vaccination de routine...)		<ul style="list-style-type: none"> Appuyer COMARESS/les OSC pour les mettre à niveau dans la réussite de Communication (dialogue communautaire, Communication interpersonnelle, communication pour le changement en faveur du PEV), de mobilisation sociale et du plaidoyer en faveur de la vaccination, et leurs rôles avec l'ACE sur l'amélioration de la couverture vaccinale. Appuyer la mise à niveau de la plateforme COMARESS et leur appui pour des Comites Locales de Suivi des OSC en matière de PEV (réduction de l'iniquité, collecte et analyse de données liée avec les données PEV, orientation en DQS et UDDE du PEV) 				JSI
Gestion financière	Durée RSS2 2016-2018	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner le MSanP (avec SG, DGS DDS, DEP, DPEV, PRMP) sur le plaidoyer pour le financement et la priorisation de la vaccination – avec le processus budgétaire pour l'élaboration du PTA DPEV & DDS (liaison RSS2 avec PDSS et PTA), l'engagement et l'exécution du fond de l'État consolidés et alignés avec le soutien de Gavi. 				JSI

Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre	Terme de références / Domaine d'appui	Profil	Position	Nombre d'appui	Agences
		<ul style="list-style-type: none"> Accompagner le MSanP : SG, DGS, DDS, DPEV, DEP PRMP en collaboration avec les autres partenaires (OMS, UNICEF, Cardno) sur la planification l'exécution et la mise en œuvre, la correspondance entre les activités planifiés et la mise en œuvre effective, le suivi/évaluation des activités du RSS cadré du PTAs , PPAC et du PDSS. 				
Audit organisationnel et suivi		<ul style="list-style-type: none"> 				

Liste des régions avec districts prioritaires ACE

REGIONS	NOMBRE DISTRICTS	AGENCE
ATSIMO ANDREFANA	6	
ATSIMO ATSINANANA	5	UNICEF NOB Equité
VATOVAVY FITOVINANY	5	
MELAKY	4	UNICEF NOB Equité
SOFIA	4	UNICEF NOB Equité
ANALANJIROFO	3	
ANDROY	3	UNICEF NOB Equité
IHOROMBE	3	
MENABE	3	
SAVA	3	
AMORON'I MANIA	2	
ANOSY	2	
ATSINANANA	2	
BOENY	2	
HAUTE MATSIATRA	2	
ALAOTRA MANGORO	1	
ANALAMANGA	1	UNICEF P3 Equité
BETSIBOKA	1	
BONGOLAVA	1	
ITASY	1	

ANNEXE 9 : ACRONYMES

AC : Agent Communautaire
ACC : Atteindre Chaque Communauté
ACD : Atteindre Chaque District
ACE : Atteindre Chaque Enfant
AS : Agent de Santé
AVS : Activité de Vaccination Supplémentaire
BCC : Bureau Central de Coordination
CAID : Campagne d'Aspersion Intra Domiciliaire
CE : Consultation Externe
CCIA/CCSS : Comité de Coordination Inter-Agence/ Comité de Coordination du Secteur Santé
COMARESS : Coalition Malagasy pour le Renforcement du Système de Santé
COS : Comité d'Orientation Stratégique
COSAN : Comité de Santé
CPN : Consultation Pré-Natale
CSB : Centre de Santé de Base
DAAF : Direction Affaire Administrative et Financière
DEP : Direction des Etudes et de la Planification
DP : Direction du Partenariat
DPEV : Direction du Programme Elargi de la Vaccination
DQS : Data Quality Assessment
DTC-HépB-Hib : Vaccin anti Diphtérique Tétanos Coqueluche-HépatiteB-Haemophilus Influenzae B
DVD-MT : District Vaccine Data –Management Tool
ENV : Enfant Non Vacciné
GAVI : Global Alliance for Vaccination and Immunization
GESIS : Gestion du Système d'Information Sanitaire
HPV : Vaccin anti Papilloma Virus Human
MEV : Maladie Evitable par la Vaccination
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OSC : Organisation de la Société Civile
PCV-10 : Pneumococcal Conjugate Vaccine
PDSS : Plan de Développement du Secteur Sanitaire
PDV : Perdu De Vue
PEV : Programme Elargi de la Vaccination
PF : Planification Familiale
PFA : Paralysie Flasque Aiguë
PNPEV : Politique Nationale du Programme Elargi de la Vaccination
PPAC : Plan Pluri Annuel Complet
PSRSIS : Plan Stratégique du Renforcement du Système d'Information Sanitaire
PTA : Plan du Travail Annuel
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH : Ressources Humaines
RMA : Rapport Mensuel d'Activité
RSS : Renforcement du Système de Santé
Rota : Vaccin anti Rotavirus
SDSP : Service du District de la Santé Publique
SAV : Semaine Africaine de la Vaccination
SSME : Semaine de la Santé de la Mère et l'Enfant
TDR : Terme De Référence
TVA : Taxe sur les Valeurs Ajoutées
UCP : Unité de Coordination du Programme
UDD : Utilisation des Données pour Décision

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VPI : Vaccin antiPoliomyélitique Inactivé
VPOb : Vaccin antiPoliomyélitique Oral Bivalent
VPOt : Vaccin antiPoliomyélitique Oral Trivalent
cVDPV : Virus Dérivé du Polio Vaccin circulant