

Rapport de l'évaluation conjointe

Pays	Madagascar
Période considérée	Janvier 2014 - Août 2015
Période du PPAC	2009-2012. Le nouveau PPAC (2015-2019) est en cours de validation
Exercice financier	Janvier 2014 à décembre 2014 Une mise à jour programmatique jusqu'à juillet 2015 est également présentée dans cette revue
Date de la graduation	Non applicable pour Madagascar

1. RÉSUMÉ

1.1. Aperçu du portefeuille de subventions de GAVI

Depuis 2001 jusqu'en mai 2015, le soutien de Gavi pour Madagascar s'élève à 147.949.494 USD dont 114.074.324 USD (77%) sont liés aux vaccins et 33.875.170 USD (23%) est un soutien en espèces. En 2014, la contribution de Gavi était de 22.587.875 USD à savoir 82% des dépenses totales de la vaccination.

Le montant cumulé décaissé (2008-2014) pour le Pentavalent s'élève à 36.405.929 USD et 50.726.362 USD pour le vaccin contre le pneumocoque (PCV10) pour la période 2012-2014. Le vaccin contre le rotavirus a été introduit durant la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) en Mai 2014 avec un montant décaissé de 6.439.585 USD.

Soutien spécifique de Gavi Alliance :

- Financement de l'introduction du vaccin injectable contre la poliomyélite (VPI), dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite (664,500 USD)
- Soutien de l'introduction du vaccin contre le cancer du col (HPV) conduite dans 2 districts pilotes (117,500 USD)
- Renforcement du système de santé (11.215.608 USD pour le RSS1 dont la dernière tranche de 3.549.250 USD) avec entre autres réalisations, le renforcement de la chaîne logistique, l'augmentation de la capacité de stockage au niveau central, régional et de districts avec l'acquisition de 15 chambres froides, 41 réfrigérateurs, 170 motos et 13 voitures 4x4 ; et la réhabilitation de 22 CSBs
- Soutien aux organisations de la société civile (OSC), en particulier aux organismes facilitateurs et à la plateforme des organisations non-gouvernementales (ONG) de Madagascar pour atteindre et sensibiliser la population peu ou pas couvertes. Ce soutien d'un montant de 65 125.51 USD n'a démarré effectivement qu'en mai 2015.

Le portefeuille de Gavi pour l'achat du vaccin sous-utilisés est de 1.770.113 USD pour l'année 2013 et 1.714.120 USD pour celle de 2014 nécessitant une contribution de l'Etat de 715 606 USD pour l'année 2013 et de 1 532 500 \$ pour l'année 2014 dont 207.997 USD qui n'est pas encore payé jusqu'à ce jour. Ce reliquat sera payé prochainement avec une partie de co-financement 2015 dont le total s'élève à 1.239.500 USD. Aussi il restera à l'Etat de trouver les 1 031 503 USD, reliquat de 2015 à intégrer au Budget de l'Etat 2016. Le co-financement 2016 a été estimé à 1.470.500 USD. Donc pour le Budget 2016, le gouvernement devra intégrer une partie de l'achat des vaccins traditionnel (870 000 USD) co financée avec l'UNICEF, le reliquat de co financement de 2015 (1 031 503 USD) et le co financement 2016 (1 470 500 USD) soit au total 3 372 003 USD). A long terme, le cofinancement sera majoré de 15% par année.

1.2. Résumé de la performance des subventions, défis et principales recommandations

Performance des subventions (gestion programmatique et financière des subventions allouées au titre du SVN et du soutien au RSS)

Résultats obtenus

Selon les données administratives soumises à l'OMS et l'UNICEF, le taux de couverture vaccinale en pentavalent au niveau national des trois années successives reste stable. Cette performance de la vaccination de routine a pu être maintenue grâce à l'appui de GAVI et des partenaires mais plusieurs facteurs la pénalisent notamment (1) la réduction des séances de vaccination à cause de l'insuffisance de l'approvisionnement en pétrole entraînant la non fonctionnalité des réfrigérateurs ; et (2) la suspension de l'engagement du budget de l'Etat avec des retards dans le déblocages des fonds au régions / districts et le blocage du financement de la 4^e tranche prévue pour la mise en œuvre 2014.

Année	Nourrissons ayant survécus	DTC1/Pentavalent 1		DTC3/Pentavalent 3		VAR	
		Données administratives	Estimés OMS/UNICEF	Données administratives	Estimés OMS/UNICEF	Données administratives	Estimés OMS/UNICEF
2012	769 067	96%	80%	86%	70%	85%	61%
2013	781 645	96%	80%	90%	74%	78%	63%
2014	804 676	99%	83%	89%	73%	87%	64%

Dans le cadre du projet pilote, de 2013 et 2014, en vue du passage à l'échelle, le taux de couverture vaccinale en anti-HPV3 est de 63% pour le district urbain de Toamasina 1 de la région Atsinanana et 70% le district rural à Soavinandriana de la région d'Itasy.

Le vaccin contre le rotavirus a été introduit en mai 2014 et a une couverture qui évolue actuellement comme celui des autres antigènes de la vaccination de routine.

Depuis octobre 2014, Madagascar a enregistré 10 cas de VDPV type 1, dans cinq régions du pays sur les 22 notamment celles de Boeny, Androy, Menabe, Sofia et Anosy, justifiant la conduite d'une riposte nationale guidée par le plan stratégique basé sur les recommandations de l'Initiative Mondiale de l'Éradication de la Poliomyélite.

La découverte de ces VDPV témoigne de la faiblesse de la vaccination de routine, qui est due entre autres à l'insuffisance de la couverture en chaîne de froid fonctionnelle, l'inadéquation de la mise en œuvre du renforcement et intensification de la vaccination de routine par la diminution de séances de la vaccination, agents de santé seuls au poste, et l'inexistence de moyens de locomotion pour les stratégies avancées et surtout l'inexistence de micro planification à la base pouvant aider à l'identification des villages avec enfants non vaccinés et/ou insuffisamment vaccinés.

L'organisation de campagnes nationales en avril et août de l'année en cours ciblant les moins de 5 ans et deux autres prévues en septembre et octobre pour les moins de 15 ans laisse très peu de temps à consacrer aux activités de la vaccination de routine.

La Coalition Malagasy pour le Renforcement du Système de Santé et de la vaccination (COMARESS) a été mise en place en mai 2015 par le biais de CRS et ASOS suite à l'inventaire des ONG. Les membres de cette plateforme contribuent déjà à l'atteinte des enfants vivant dans les localités/villages dans lesquelles vivent les ménages qui ont des accès difficiles sur le plan géographiques ou avec des barrières socio culturelle mais les stratégies restent encore non harmonisées.

L'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) menée en novembre 2014 avec les appuis de l'OMS, l'UNICEF et GAVI a contribué à l'élaboration du Plan d'amélioration de la Chaîne de Froid, qui reste à budgétiser pour une meilleure gestion des vaccins.

La mise en œuvre des recommandations avec l'appui des différents partenaires dont l'Alliance Gavi est en cours.

Défis

- Paiement à temps du cofinancement (participation de l'Etat)
- Accélération du processus de remplacement progressif des réfrigérateurs à pétrole en réfrigérateurs solaires (1 034 équipements vétustes à remplacer urgemment ; total de 2 314 unités en pétrole à remplacer en solaires).
- Le renforcement des capacités des ressources humaines en leadership et management, maintenance, PEV pratique, procédures administratives et financières
- Intégration dans la Fonction Publique des agents de santé contractuels du projet RSS et PASSOBA pour la pérennisation et la performance des activités de vaccination au niveau des formations sanitaires tenues par ces agents (52% des CSB ont un seul agent qualifié au poste)
- Performance du système de collection des données, de l'analyse, de l'utilisation pour action et de la rétro-information et écart des données administratives avec les estimations WUENIC de 16% pour le penta3 et 23% pour la rougeole
- Mise à l'échelle de la stratégie de renforcement de la vaccination de routine destinée à atteindre les enfants vivant dans les localités d'accès difficiles (majorité des séances en stratégies avancées non réalisées (jusqu'à 96% dans une région rapportée – Etudes CSB Vaccination équité Madagascar 2015)
- Coordination des acteurs – complémentarité des interventions des partenaires techniques et financiers (financement, activités, zones d'intervention) et communautaires
- Amélioration et maintien des performances du système de surveillance face à une flambée cVDPV 1 en 2014-2015 et risques d'épidémie de rougeole et des autres maladies évitables par la vaccination
- Amélioration et maintien du système de gestion des données du PEV (collecte, l'analyse, utilisation pour l'action, et de

la rétro-information: écart de rapports administratifs et estimations WUENIC de 16%.

Principales actions recommandées pour améliorer la couverture vaccinale et l'équité

- Régulariser à temps le paiement de la contribution de l'Etat sur le cofinancement et la TVA et
- Accélérer l'adoption de la loi sur le financement durable de la vaccination pour la pérennisation programmatique et financière
- Considérer l'application à la plateforme CCE a Gavi pour accélérer la solarisation d'équipement de la chaîne du froid et
 - Accélérer le remplacement progressif des réfrigérateurs à pétrole en réfrigérateurs solaires
 - Assurer la disponibilité du pétrole et la régularité de la maintenance (préventive tout comme curative), pour le fonctionnement des réfrigérateurs à pétrole.
- Élaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la gestion, de suivi, de surveillance, et de qualité des données
- Mettre en place des stratégies spéciales destinées à atteindre les enfants vivant dans les localités d'accès difficiles (renforcement de micro-planification, recherche active de Perdus de Vue et Enfants non Vaccinés par les agents de santé communautaire, dialogue communautaire, Plaidoyer à tous les niveaux et vers toutes les entités concernées,.
- Coordonner les interventions des partenaires techniques et financiers (financement, activités, zones d'intervention) et communautaires afin d'assurer la synergie et la complémentarité et revoir la composition des membres des CCIA/CCSS, la périodicité des réunions et renforcer la fonction de contrôle du CCIA et de son secrétariat.

1.3. Recommandations pour le Panel de haut niveau pour la revue du soutien (Panel) de GAVI

Renouvellement des subventions

Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

- Renouvellement au soutien du vaccin anti-HPV dans sa présentation actuelle
- Renouvellement au soutien du vaccin PCV 10 dans sa présentation actuelle
- Renouvellement au soutien du vaccin anti-rotavirus dans sa présentation actuelle
- Renouvellement au soutien du vaccin Pentavalent dans sa présentation actuelle
- Renouvellement au soutien du vaccin VPI dans sa présentation actuelle

Soutien au renforcement du système de santé (RSS)

- Approbation d'une nouvelle tranche de financement RSS de 16,440 millions USD (18/08/2015)

Prestations de service, performance vaccinale, équité et communication :

1. Renforcer les capacités des agents au niveau district/régional en MLM et DQS/UDD et des nouveaux agents de santé sur le PEV.
2. Renforcer la vaccination de routine, en particulier pour les populations vulnérables et dans les zones difficiles d'accès ou avec insécurité, avec la micro planification à la base et la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre et le suivi.
3. Assurer la disponibilité des trois bacs à fiches dans chaque formation sanitaire, des cartes infantiles, les carnets de santé et du registre de vaccination communautaire
4. Pour la mise en œuvre de l'approche ACV/JIVR, combler un GAP de 1 200 000 USD pour couvrir la totalité du pays à travers la coordination et l'harmonisation des interventions des partenaires (Voir annexe mapping des partenaires, nombre de districts non appuyés).
5. En collaboration avec les autres programmes sanitaires, assurer 2 Agents de santé Communautaire par Fokontany pour aider au dénombrement communautaire, recherche des PDV et ENV, surveillance à base communautaire.
6. Renforcer l'implication et la fonctionnalité des Comités de Santé pour les aider à faire la sensibilisation sur le PEV de routine et assurer le lien communautaire et s'assurer de l'intégration dans les activités du PEV des activités de sensibilisation lors de toutes les réunions de planification ;
7. Mettre en œuvre le plan de communication avec le sous-comité technique/communication PEV et l'implication des OSC.
8. Renforcer le niveau de participation des OSC au niveau national et communautaire ainsi que dans la sous – commission mobilisation sociale.
9. Renforcer le niveau de participation des OSC pour guider et suivre la performance du PEV
10. Mettre en place le processus d'assurance de la qualité des données pour guider le processus décisionnel à tous les niveaux.
11. Dans le RSS 2, prévoir un budget additionnel en plus des 400 000 USD environ prévus par an pour couvrir tous les

éléments nécessaires pour la mise en œuvre de l'approche ACV/JIVR. Il faut combler un GAP de 1 200 000 USD pour couvrir la totalité du pays à travers la coordination et l'harmonisation des interventions des partenaires. La nécessité des outils de gestion comme les carnets, cartes infantiles et maternelles, les bacs à fiche, les fiches de pointage, les canevas de rapports mensuels est une priorité mais le budget prévu dans le RSS2 paraît insuffisant en sus de toutes les participations des autres partenaires.

1.4. Description succincte du processus de l'évaluation conjointe

- L'évaluation conjointe s'est déroulée du 24 au 28 août 2015,
- La coordination de ce processus de l'évaluation/revue conjointe a été assurée sous le leadership de la Direction des Districts sanitaires du Ministère de la Santé Publique,
- Travail de groupe autour des différents thèmes: (1) financement, budget, viabilité financière ; (2) Chaîne de froid, vaccins, logistique ; (3) Prestations de service, performance vaccinale et équité; (4) qualité des données et suivi et évaluation ; (5) Renforcement du Système de Santé (RSS) et Organisation de la Société Civile (OSC) et ONG; (6) Coordination, planning, gouvernance,
- Organisation de séances plénières journalières pour clarification, discussions et harmonisation,
- Le programme RSS, étant un programme de financement transversal, est intégré à tous les groupes
- Participants : Ministère de la Santé Publique, la COMARES et autres OSCs, CCIA technique élargi, équipe internationale de la revue conjointe
- Elaboration du rapport d'évaluation, discussions et préparation des présentations pour le CCIA
- présentation des résultats au CCIA et collecte des commentaires du CCIA
- Intégration des commentaires du CCIA et finalisation du document de rapport.

2. CONTEXTE NATIONAL

2.1. Veuillez décrire les principaux facteurs contextuels qui affectent directement la performance des subventions de Gavi.

L'île de Madagascar a une superficie de 592 000 km² avec des zones rurales inaccessibles voire même enclavées durant la saison des pluies. La population est estimée à 24.235.390 habitants en 2015, selon la projection RGPH de 1993, soit 22 ans d'ancienneté. Quarante-vingt pourcent vit en milieu rural et un quart dans des zones à risque aux catastrophes naturelles en l'occurrence des cyclones.

Sur le plan politique, la transition a causé d'importantes interruptions des activités à tous les niveaux du système de santé, celles-ci ont débuté en janvier 2009 et se sont poursuivies jusqu'aux élections qui se sont tenues en décembre 2013. Après un an et demi de pouvoir, le gouvernement a déjà connu deux premiers ministres, et récemment une discussion moins productive entre le pouvoir législatif et la présidence.

Madagascar figure parmi les pays les plus pauvres du monde :(i) 155 sur 187 par rapport à l'indice de développement humain ; (ii) 75,3% des malgaches vivent en dessous du seuil de pauvreté ; et (iii) le revenu par habitant est de 440 USD en 2014.

Financement de la vaccination

L'Etat alloue 12% de son budget à la santé avec un taux de décaissement moyen de 78,98 % (source DAAF). Les dépenses totales de la vaccination pour 2014 étaient de 27.515.446 USD. L'Etat a pris en charge 8% des frais et les contributions de GAVI (82% de la totalité), l'OMS, l'UNICEF et GSK ont appuyés le Pays dans le financement de la vaccination. En 2014, le parlement a voté une somme de 1.883.490USD pour la vaccination¹. A ce jour, 25% de ce budget a été exécuté dû à l'acquisition reportée des réfrigérateurs solaires.

L'achat des vaccins traditionnels en 2014 a été assuré par l'Etat (337.615 USD ; 38% de la totalité) et l'UNICEF (535.889 USD soit 60,31%).

Le **cofinancement** que l'Etat doit payer pour l'achat des nouveaux vaccins en 2014 est de 1.532.500 USD dont 207.997 USD n'ont pas encore été versés. Ce reliquat sera payé prochainement avec une partie de co-financement 2015 dont le

¹ Cette somme est répartie comme suit : (1) 1.416.667 USD pour des réfrigérateurs solaires ; (2) 183.313 USD pour l'achat du carburant (pétrole) ; (3) 150.177 USD pour la supervision dialogue communautaire et stratégie « atteindre chaque enfant/intensification de la vaccination de routine » ; (4) 133.333 USD pour l'acquisition des pièces de rechange.

total s'élève à 1.239.500 USD. Aussi il restera à l'Etat de trouver les 1 031 503 USD, reliquat de 2015 à intégrer au Budget de l'Etat 2016.

Le co-financement 2016 a été estimé à 1.470.500 USD. Donc pour le Budget 2016, le gouvernement devra intégrer une partie de l'achat des vaccins traditionnel (870 000 USD) co financée avec l'UNICEF, le reliquat de co financement de 2015 (1 031 503 USD) et le co financement 2016 (1 470 500 USD) soit au total 3 372 003 USD).

A long terme, le cofinancement est l'objet d'une augmentation environ de 15% par année. Le budget voté par le parlement est suffisant pour satisfaire les obligations de cofinancement. Cependant, la réallocation du budget en cours de l'année à d'autres activités explique les arriérés actuels. En effet, le Service de Vaccination n'étant pas une direction, il ne jouit pas d'une autonomie dans l'exécution de son budget.

En septembre/ Octobre, la nouvelle loi sur le financement durable de la vaccination sera adoptée. Elle permettra de sécuriser les fonds en établissant le Service de Vaccination comme une direction.

Paiement des frais de dédouanement

Des consommables (notamment des seringues), acquis par les fonds de GAVI à travers l'UNICEF ont été bloqués depuis avril 2014 dans les zones de transit, en attendant le règlement de la situation. Ce retard entraîne des pénalités significatives d'un montant de 250.000 USD au lieu de 2.000 USD. A ce problème se rajoute le passage des vaccins dans les chambres froides d'Air France à l'aéroport qui engendre des coûts supplémentaires.

Résultats de l'audit financier

L'audit de l'exercice 2014 a été présenté au mois de juillet au CCIA mais doit être finalisé d'ici la mi-septembre et soumis à Gavi. Des dépenses non justifiées et non-éligibles ont été identifiées dans certains districts et au niveau central. Les dépenses inéligibles devraient être remboursées.

Les audits précédents et ceux de 2014 ont évoqué la faiblesse significative de contrôles internes lors de la mise en œuvre des activités en tenant compte de la procédure de la passation de marché, la qualité des pièces justificatives de dépenses et l'absence de contrôles internes indépendants mettent en doute la crédibilité et la véracité de certaines dépenses ainsi que l'exécution effective de certaines activités au niveau régional et district.

Faible exécution budgétaire pour les coûts opérationnels au niveau des DRSP et SDSP

Seuls 35% et 42% du budget alloué aux régions et districts respectivement ont été décaissés. Le Lead des activités purement techniques n'était pas attribué au Service de la vaccination, d'où l'insuffisance notable du suivi des déblocages des fonds ; D'une part, les DRSP et les SDSP ne sont pas informés sur la disponibilité des fonds. Ainsi, les requêtes nécessaires au décaissement ne sont pas formulées. D'une autre part, les procédures de justification des dépenses ne sont pas respectées entraînant ainsi un blocage de comptes à différents niveaux. Il faut compter 6 mois pour réactiver ces comptes. Face à ce problème, l'évaluation externe du RSS1 a recommandé la mise en œuvre d'un manuel de procédure. Ce manuel, déjà créé en 2013, a besoin d'être actualisé, appliqué de façon effective et ensuite accompagné d'un meilleur suivi technique (exécution des activités) et financier (paiement des activités et restitution des pièces justificative) par le niveau central.

Suspension du financement de Gavi

Le financement de Gavi a été suspendu à cause des défaillances au niveau des procédures d'acquisition liées aux appels d'offre suite à l'insuffisance d'implication des partenaires lors des processus de planification, de mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

Chaîne du froid

En août 2015, l'inventaire a recensé 3 901 formations sanitaires dont 3.251 (96%) sont équipées en réfrigérateur. 627 formations sanitaires ne sont pas dotés en réfrigérateurs et parmi les 3 251 existants 1034 sont à remplacer en urgence (mauvais état, en panne, Le tableau 1 suivant illustre la situation actuelle (août 2015) de ces réfrigérateurs.

Fonctionnalité	Pétrole	Électrique	Solaire
Fonctionnel	1.815	623	171
Non fonctionnel mais réparable	485	95	18 ²

² Les 18 réfrigérateurs solaires qui ne sont pas fonctionnels sont des réfrigérateurs ont été achetés installés depuis plus de dix ans. Ils ne représentent pas les derniers réfrigérateurs achetés grâce à la contribution de GAVI.

Non fonctionnel et irréparable	19	17	8
Total	2.319	735	197

En 2014, 70 réfrigérateurs solaires ont été fournis dont 62 par UNICEF, 8 par OMS. Le besoin actuel s'élève à 1034 unités en très court terme, mais pour faire fonctionner le PEV correctement, toutes les unités de pétrole devraient être remplacées par l'équipement solaire. Des démarches sont en cours pour 70 unités financées par la 4^{ème} tranche du RSS1/GAVI, 249 par la Banque Mondiale, 80 par l'Etat (processus en cours) pour un total de 399 réfrigérateurs mobilisés sur 731 soit 54.58% du besoin estimé pour 2015. Le besoin pour 2016 et 2017 est estimé à 934 et 650 unités respectivement. A noter que les fonds nécessaires pour l'installation, la maintenance, la formation des agents et des pièces de rechange ne sont pas budgétisés.

L'extension des magasins de stockage sec **288 m³**, l'augmentation de capacité de stockage froid de 65 m³ brut au niveau central ont permis de faciliter l'introduction de nouveaux vaccins en l'occurrence le VPI, le vaccin anti-rotavirus et le VPH. Cependant, les insuffisances en capacité négative ont été mises à jour avec l'organisation des campagnes contre la poliomyélite. En termes de fonctionnement au niveau opérationnel, l'approvisionnement irrégulier en pétrole aux centres de santé de base, les fréquents délestages, l'absence de stabilisateurs et le manque de gasoil pour le fonctionnement des générateurs des chambres froides ont un impact négatif sur la disponibilité des vaccins au niveau opérationnel. Le besoin en pétrole s'élève à **834 840 litres** représentant une dépense de 882 104 USD pour 2014³ qui a été pris en charge par l'Etat et ces partenaires.

Le transport national des vaccins est présentement assuré par les fonds pour l'introduction de nouveaux vaccins constituant ainsi une solution palliative. Au niveau des centres de santé de base, l'acheminement du pétrole et des pièces de rechange est à la charge des communautés aggravant ainsi la situation pour les zones difficilement accessibles.

La gouvernance

Le CCIA/CCSS, présidé par le Ministre de la Santé Publique, est composé des différentes entités de ce Ministère, des représentants d'autres Ministères, des partenaires techniques et financiers, des organisations de la société civile et du secteur privé. Le Service de Vaccination n'a qu'un siège d'observateur durant le CCIA et donc ne participe aux au processus décisionnel qu'à titre consultatif.

Les membres du CCIA se réunissent périodiquement tous les trois mois avec possibilité de réunions extraordinaires. Il est à noter que la représentation ministérielle et des chefs d'agence aux réunions n'est pas systématique. Cet absentéisme entrave la prise de décision sur la mise en œuvre du programme. De plus, les termes de référence de cette structure ne sont pas clairs. Enfin, certains problèmes logistiques ont été relevés tels que le retard dans la soumission des documents à valider, le partage des rapports et des comptes rendus.

Au niveau central, un groupe technique pour le Service de Vaccination doit se réunir mensuellement ; cependant, ce rythme n'est pas toujours respecté. De surcroît, les termes de référence ne sont pas bien définis. La coordination au niveau périphérique (région et district) est caractérisée par le non-respect de la tenue des revues qui varie en fonction de la convenance et la disponibilité des fonds. De plus, les composantes du PEV ne sont pas toutes discutées pendant les revues. Concernant la planification, elle est censée être ascendante, élaborée à partir des centres de santé de base mais en réalité, elle est élaborée au niveau district et ne prend pas en compte les besoins émanant des centres de santé de base qui ne sont pas impliqués dans le processus et/ou qui sont trop distants.

Ressources humaines

En 2014, 42,7% des centres de santé de base 2 ne disposent pas de médecin et 52,4% des centres de santé de base sont gérés par des agents seuls au poste, dont 61 par des aides sanitaires proche de la retraite. Ces agents seuls au poste laissent les centres de santé de base fermés chaque fois qu'ils s'absentent. Ainsi, des recrutements ont été effectués sous contrat financés par les partenaires techniques et financiers:

(a) 156 paramédicaux et 15 médecins en début 2014 grâce à la contribution de GAVI ; et

³Le taux de change utilisé est 1 USD = 2460.69 MGA en juillet 2014.

(b) 297 paramédicaux grâce au financement de l'Union Européenne⁴ permettant de rouvrir 63 centres de santé de base fermés.

L'insécurité croissante et le manque de motivation font que les agents de santé refusent l'affectation en zone enclavée. Par conséquent, les centres de santé de base peuvent se refermer après la fin de la contractualisation si des mesures d'accompagnement ne sont pas mises en place à temps utile.

Problème de fiabilité et de qualité des données

Un système d'information (GESIS) existe au sein du ministère, il intègre les données des rapports mensuel d'activités (RMA), rédigés au format papier ils sont saisis au niveau du district. Ce système d'information est confronté à de nombreuses difficultés : il co-existe avec des systèmes programmes parallèles, parfois contradictoires, les données sont peu fiables (problème de représentativité, absence de contrôle qualité, faible promptitude et complétude, problème d'intégrité, double saisie, absence de retro-information à tous les niveaux). Au niveau local, les responsables de CSB étant surchargés, isolés, peu formé aux outils de gestions, voire sans outils de gestions. A cela s'ajoute des problèmes organisationnels. Une culture de l'information et d'analyse pour action doit être développée pour impliquer les acteurs de la chaîne. Le Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire 2013-2017 (PSRSIS), servant de document de référence à toutes les interventions relatives au système d'information doit être complété par des évaluations régulières de la qualité des données (DQS).

La discordance des informations sanitaires du pays, l'existence de système de traitement des informations multiple et non coordonné, l'incomplétude et la non promptitude des rapports d'activités et la faible utilisation des données existantes pour la prise de décision à chaque niveau constituent les principaux problèmes en matière de SIS. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique a introduit le Rapport Mensuel d'Activités unique (RMA) intégré au niveau des centres de santé de base en vue de permettre une meilleure utilisation et qualité des données. Ce RMA unique est envoyé au niveau district et régional.

Au niveau du District le PEV puise les informations de ce RMA et le transcrit sur le SMT, et DVDMT qui est envoyé directement au niveau central pour analyse mensuel et envoi à l'OMS AFRO, avant le 07 du mois suivant.

3. PERFORMANCE DES SUBVENTIONS, DEFIS ET DEMANDES DE RENOUELEMENT DU SOUTIEN

3.1. Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

3.1.1. Performance des subventions et défis

Les données du Tableau 2 montrent l'évolution des taux de couverture vaccinal en DTC 3 entre 2008 et 2014 :

Année	Nourrissons ayant survécu	DTC1/Pentavalent 1		DTC3/Pentavalent 3	
		Données administratives	Estimés OMS/UNICEF	Données administratives	Estimés OMS/UNICEF
2009	701 795	96%	80%	89%	77%
2010	727 548	94%	78%	86%	70%
2011	747 055	96%	80%	89%	73%
2012	769 067	96%	80%	86%	70%
2013	781 645	96%	80%	90%	74%
2014	804 676	99%	83%	89%	73%

On note que la performance de la vaccination de routine est statique avec une couverture vaccinale du pentavalent 3 à 73% pour 2014 selon les estimés de l'OMS/UNICEF. On ne note pas de différence important entre le pentavalent 3 et le PCV3 (72% selon les estimés de l'OMS/UNICEF). La couverture vaccinale du vaccin anti-rougeoleux est cependant plus faible (64%). Il existe un gros problème de cohérence des données, l'épidémiologie contredit les résultats de CV.

Parmi les 22 régions, 12 sont plus défavorisées (voir graphique en annexe)⁵. Cette situation est due à plusieurs facteurs entre autre la réduction des séances de vaccination par :

⁴Ce financement a été octroyé à travers le projet Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base/ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (PASSOBA/UNICEF)

- Non engagement du budget de l'État entraînant la diminution du taux de fonctionnalité de la chaîne du froid (pétrole et pièces de rechanges)
- Insuffisance de moyens financiers et difficulté pour planifier le transport et les per diem pour les stratégies avancées
- Insuffisance de financement et de suivi du plan de réduction de l'iniquité pour les stratégies JIVR dans les zones appuyées (Atsimo Andrefana, Analanjirofo, Anosy, Androy, Menabe) non pérennisation des appuis des PTF et dans les non appuyées
- Faible qualité des micro-plans
- Faible lien entre les agents de santé, les AC et les COSAN
- Faible recherche des perdus de vue et des enfants non vaccinés
- Irrégularité et faible mise en œuvre des stratégies avancées
- Insuffisance de supervision formative
- Inexistence du plan d'amélioration de gestion de données du PEV
- Lenteur de la collecte des données, de leur qualité, de l'analyse, de l'utilisation pour ces mesures correctives et de la rétro-infirmité à tous les niveaux ;

Introduction de nouveaux vaccins

Le vaccin anti-rotavirus a été introduit en une seule fois dans tout le territoire national au mois de mai 2014. En fin 2014, 40% (30 sur 74) des districts appuyés n'ont pas pu atteindre l'objectif escompté de 80% alors que 35% (26 sur 74) ont dépassé la barre de 100%. La couverture vaccinale est de 50% selon les estimés OMS/UNICEF pour 2014.

L'introduction du vaccin anti polio inactivé (VPI) a été effectuée au mois de mai 2015 sans problème notable. La présentation du VPI utilisé à Madagascar est maintenue à 5 doses.

Surveillance et identification des VDPV

Depuis octobre 2014, Madagascar a enregistré 10 cas de VDPV type 1, dont certains montrent une circulation non détectée durant 3 ans ! Ceci montre la faiblesse dans le programme de vaccination de routine.

Ces VDPV ont été détectés surtout dans les régions appuyés par les partenaires (Passoba, Pausens ..) où la surveillance a été renforcée et permis de notifier ces cas;

Aussi la Mise en œuvre de ces activités nécessite une étude sur la réorganisation et le Lead.

Il en est résulté une riposte nationale guidée par le plan stratégique basé sur les recommandations de l'Initiative Mondiale de l'Éradication de la Poliomyélite. Du fait de la réponse à cette épidémie qui nécessite l'engagement de tous, la cellule d'urgence a été mise en place.

Les activités de routine connaissent une stagnation depuis Avril 2015. En effet, l'organisation de campagnes nationales en avril, août 2015 ciblant les moins de 5 ans et septembre et octobre 2015 pour les moins de 15 ans laisse peu de temps à consacrer aux activités de vaccination de routine durant cette période

Mise en œuvre en 2013-2014 du programme pilote VPH

Le programme de démonstration de la vaccination contre le Virus de Papillome Humain (VPH) a été réalisé dans deux districts : Soavinandriana (rural) et Toamasina I (urbain). L'objectif de 50% est largement atteint (65%) grâce à la collaboration étroite entre les différents Ministères, services et divisions concernés, les institutions religieuses et privées ainsi que les OSC. En vue d'une introduction progressive à l'échelle nationale conditionnée par la capacité contributive du pays et les problèmes de capacité de la chaîne de froid et du pétrole, la démonstration sera prolongée pour une 3^{ème} année scolaire 2015-2016. Dans le district urbain de Toamasina I, 61% des jeunes filles cibles ont reçu 3 doses de vaccin. A Soavinandriana (rural), 69% ont reçu 3 doses dont 38% avec carte ou carnet et 31% selon l'histoire. L'enquête de couverture vaccinale pour la deuxième année sera réalisée avant la fin de l'année 2015.

Communauté et mobilisation sociale

Il existe une Politique Nationale de la Santé Communautaire (PNSC), mais la mise en œuvre de ce guide n'est que partiellement appliquée et vulgarisée. L'implication des OSC dans la promotion et le suivi du PEV n'est pas effective, il y a une insuffisance de coopération et de coordination avec le Ministère de la Santé Publique. On constate une faible implication de la communauté et des AC et les COSAN dans les activités de communication/mobilisation sociale, dans la recherche des PDV par manque de registres communautaires et de formation des AC. Il y a également un manque d'harmonisation des programmes en direction des agents communautaires dont la motivation peut varier selon les prestations et les programmes. La non-disponibilité des plans de communication harmonisés pour déterminer les rôles de chaque acteur dans chaque programme en est la cause.

⁵Ces 12 régions sont Melaky, Androy, VatovavyFitovinany, AtsimoAtsinanana, AtsimoAndrefana, Anosy, Betsiboka, Ihorombe, Sofia et Menabe.

Mise en place COMARESS en 2015

La plateforme des sociétés civiles appelée COMARESS a été mise en place au mois de mai 2015. Elle regroupe des ONG déjà opérationnelles au niveau local et couvre 21 sur 22 régions du pays. L'activité principale réalisée est la sensibilisation communautaire, à l'aide d'un clip vidéo sur la vaccination à l'échelle nationale, participation à des activités et des événements de santé de la mère et de l'enfant, en mars 2015, COMARESS a couvert 21 régions, 104 districts et regroupe 276 entités. Il est important de songer à la formalisation de collaboration entre COMARESS et le Ministère de la Santé Publique et cela, à travers la signature d'une feuille de route.

Les Défis :

1. Financement et administration: Paiement du cofinancement (participation de l'Etat), Procédures de passation de marchés, Procédures douanières pour le matériel de vaccination
2. Logistique :
 - a. Fonctionnalité chaîne de froid existant (disponibilité pétrole, pièces de rechange, outillage, formation des agents, installation et maintenance). Le manque de coordination des sources de financement (insuffisance ou chevauchement),
 - b. Problème de paiement des honoraires du transitaire
 - c. Problème de transport des vaccins
 - d. Dotation en équipement des CSB sans chaîne du froid
 - e. Remplacement progressif des réfrigérateurs à pétrole par des réfrigérateurs solaires (acquisition et installation) ; insuffisance de fonds pour le remplacement total de la chaîne du froid électrique/pétrole par du solaire
 - f. La disponibilité des portes vaccins pour les agents communautaires (pour les vaccins oraux : Campagne Polio)
3. Ressources Humaines :
 - a. Amélioration des compétences en RH (agents de maintenance, PEV pratique, procédures)
 - b. Recrutement dans la fonction publique des agents de santé contractuels du projet RSS
4. Qualité des données:
 - a. Fiabilité des informations utilisées : dénominateur et même numérateur
 - b. Système de transmission (complétude, promptitude, utilisation des NTIC)
 - c. Culture d'analyse et d'utilisation des données pour la prise des décisions n'est pas très répandue.
5. Amélioration de la performance de couverture vaccinale et absence des stratégies spéciales pour atteindre les enfants difficiles d'accès.
 - a. faible qualité des microplans (pas tous les FKT ont des séances régulières à moins de 5 km),
 - b. problème de transport, de logistique et de chaîne de froid,
 - c. insuffisance de mise en œuvre des stratégies de vaccination,
 - d. faible implication de la communauté et AC dans la communication/mobilisation sociale, recherche de PDV
 - e. leadership pour la conduite des activités de renforcement de la vaccination de routine
6. Coordination :
 - a. Coordination des interventions des PTF (financement, activités, zones d'intervention)
 - b. Coordination des acteurs communautaires
 - c. Coordination des activités financées par RSS Gavi (Leadership)

3.1.2. Demande de renouvellement du SVN/ Plans et priorités futurs

Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

- Soutien à l'achat des vaccins anti-HPV dans sa présentation actuelle pour une troisième année de démonstration. La mise à l'échelle régionale ou nationale est envisageable selon la capacité de Madagascar à assurer sa contribution pour l'achat du vaccin
- Soutien à l'achat des vaccins PCV 10 dans sa présentation actuelle
- Soutien à l'achat des vaccins vaccin anti-rotavirus dans sa présentation actuelle
- Soutien à l'achat des vaccins vaccin DTCHepBHiB dans sa présentation actuelle
- Soutien à l'achat des vaccins vaccin IPV dans sa présentation actuelle

3.2. Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

3.2.1. Performance des subventions et défis

La demande de soutien obtenue par Madagascar pour le renforcement du système de santé avec l'appui de GAVI a été prévue de 2008 à 2011 avec un montant total de 10.936.128,90 USD. L'appui de GAVI se concentre sur 74 des 112 districts du pays (66%). Parmi ces districts appuyés, 42 (57%) sont soutenus par PASSOBA (Union Européenne), UNICEF et PAUSENS.

Les recommandations de l'Evaluation de la Gestion Financière (EGF) conduite en 2011 ont conduit à deux reprogrammations (3^e et 4^e tranches). De nouvelles activités jugées prioritaires relatives à l'extension des districts d'intervention, au renforcement et à la fonctionnalité de la chaîne de froid et à la disponibilité de manuels de procédures administratives, comptables, financières et de passation de marché ont été planifiées.

Le retard du déblocage des fonds de la 4^e tranche pour l'année 2014 (reçue en avril 2015) a conduit au réaménagement du reliquat des fonds de la 3^e tranche d'un montant de 922.378 USD pour assurer la fonctionnalité des centres de santé de base. Ces fonds ont permis en 2014 de payer totalement les salaires de 105 agents de santé contractuels en utilisant une partie des fonds alloués à d'autres activités qui n'ont pu être réalisées que partiellement.

Les activités conduites en 2014 ont été les suivantes :

- La dotation de pétrole pour les 18 sur 74 des districts (24%) ayant des centres de santé de base à réfrigérateurs à pétrole
- La mise en œuvre de l'approche « atteindre chaque districts » pour 10 des 74 districts (14%)
- La supervision pour 5 des 18 régions (28%)

Bien que insuffisantes, les activités réalisées en 2014 ont cependant contribué à maintenir la performance du PEV à un niveau acceptable :

- Selon les données soumises dans le cadre de rapport conjoint OMS/UNICEF, la couverture vaccinale nationale de 2012 à 2014 n'a pas connu une variation notable (voir Tableau 2). Au niveau des districts appuyés, le nombre des ceux ayant une couverture inférieure à 80% passe de 27 en 2012 à 11 en 2014. Cependant, les districts ayant des couvertures supérieures à 100% passent de 14 en 2012 à 23 en 2014, ce qui ne va pas en faveur d'une bonne qualité de la micro planification.
- Entre 2013 et 2014, 65% des districts (48 sur 74) ont pu améliorer leurs performances contre 50% (37 sur 74) entre 2012 et 2013.
- Vu les résultats constatés, le problème de fiabilité des données reste toujours d'actualité. Ceci est principalement dû à l'inexactitude du dénominateur ainsi qu'à la qualité du remplissage et du traitement de données. Une analyse complémentaire du système d'information sanitaire serait utile en tant que composant supplémentaire de la DQS particulièrement lors de la revue du pev programmée en 2016 et de l'enquête de couverture.

En ce qui concerne la chaîne du froid :

- L'acquisition et l'installation de 2 chambre-froides positives, d'une chambre de froid négative additionnelle en cours et 19 réfrigérateurs solaires pour les régions ont permis d'augmenter les capacités de stockage aux niveaux central et périphérique et de faciliter l'introduction des nouveaux vaccins.
- Le remplacement des réfrigérateurs à pétrole en solaire, vu le problème d'environnement et du pétrole n'a pas encore été effective à échelle.
- La dotation de pétrole reste un problème majeur. En plus de l'insuffisance et/ou du chevauchement des sources de financement, le prix est très variable rendant la planification difficile surtout lors des campagnes de vaccination ou des semaines de santé mère enfant.
- L'évaluation de la gestion efficace des vaccins menée en octobre 2014 a permis de détecter les goulots d'étranglement et de mettre à jour le plan d'acquisition des équipements de froid dans le cadre du RSS 2
- L'extension du bureau du PEV central a rendu effective l'installation des nouvelles chambres froides et a permis d'augmenter la capacité de stockage à sec et une meilleure conservation des intrants notamment les seringues, les boîtes de sécurités, les outils de gestion ainsi que les supports IEC.
- La disponibilité des portes vaccins pour les agents communautaires est encore un grand défi.

- La localisation de la CdF centrale et stockage des matériaux pour la vaccination reste problématique en termes d'accès (petite rue encastrée ne permettant qu'à de petits camions d'emprunter la rue menant au SV).

Le pays a reçu la 4^e tranche initialement prévue pour 2014 soit 3.549.250 USD dont 3.269.770 USD décaissé en avril 2015 par GAVI et 279.480 USD remboursé par l'Etat dû à la surfacturation de l'acquisition de 120 motos. Le Tableau 3 suivant décrit le degré de mise en œuvre jusqu'en août 2015.

Le pays est confiant que toutes les activités seront réalisées d'ici décembre 2015 et s'engage à fournir un rapport final sur le RSS1.

3.2.2. Orientation stratégique des subventions de RSS

La subvention RSS de la 2^e proposition (2015-2017) a identifiée 5 objectifs:

- Objectif 1 : Renforcer la couverture des services de soins de santé primaires de qualité et de la vaccination dans les formations sanitaires
- Objectif 2 : Renforcer la capacité de la chaîne du froid et de stockage des intrants PEV aux niveaux national, régional, district et centres de santé de base
- Objectif 3 : Renforcer le système d'information sanitaire pour la production de données de qualité et leur utilisation à tous les niveaux en vue de faciliter le suivi-évaluation
- Objectif 4 : Renforcer l'utilisation de service de soins à travers la stimulation de la demande
- Objectif 5 : Renforcer la viabilité du financement de la vaccination

Afin de bien prendre en compte les facteurs d'iniquité géographique et socio-économique dans l'utilisation des services de soins et particulièrement de la vaccination, les interventions de la subvention GAVI RSS liées aux objectifs 1 et 4 ont été centrés principalement sur 72 districts prioritaires sélectionnés. Les activités relatives à l'objectif 5 seront réalisées à l'échelle nationale.

Compte tenu du retard du décaissement de la 4^e tranche RSS 1, les activités ne commenceront qu'en 2016. Le pays envisage de réallouer mais non reprogrammer les activités déjà planifiées en 2015 en tenant compte des recommandations de l'évaluation du RSS 1 et l'audit 2014.

A noter que le retard du décaissement de la 4^e tranche est expliqué par :

- un retard du paiement de l'Etat sur la surfacturation de l'acquisition de 120 motos constatée par l'APS en mai 2013
- des défaillances au niveau des procédures d'acquisition liées aux appels d'offre suite à l'insuffisance d'accompagnement des partenaires dès l'élaboration du plan d'acquisition, de la mise en œuvre, des acquisitions, du suivi et de l'évaluation.

En outre, les membres de la revue conjointe ont noté que la proposition de RSS2 doit viser à renforcer certains aspects tels que : (i) la clarification du rôle des plateformes des organisation de la société civile (COMARESS) et le budget afférent à leurs activités, (ii) une meilleure gestion et coordination entre la DDS et SV tout en tenant compte de la réorganisation du MSP, (iii) un renforcement du suivi évaluation du RSS2 reflétant la réorganisation de cette fonction à tous les niveaux hiérarchiques et (iv) un recrutement par le MSP de 93 agents de santé contractualisés travaillant dans le projet RSS depuis 2010 et non encore intégrés au sein de la fonction publique, y compris la reprogrammation RSS2 et la révision du PTA 2016.

Il est aussi important que les recommandations programmatiques relatives à la chaîne du froid, l'équité et le financement discutées pendant l'évaluation conjointe soient prises en considération par l'Etat. Par conséquent, une révision du plan de travail 2016 ainsi que du budget est prévue pour les mois de septembre et octobre 2015. A cela se rajoutera la finalisation du cadre de performance des subventions GAVI.

3.2.3. Demande d'une nouvelle tranche, d'une prolongation sans financement, d'une réaffectation ou d'une reprogrammation des fonds alloués au RSS / Demandes futures

Nous recommandons le déboursement de la première tranche des fonds du RSS2 expliqué par :

- Un mémo stipulant le degré d'avancement dans l'utilisation des fonds et l'exécution des activités de RSS1

- Un rapport succinct de fin du support RSS1
 - Un rapport du CCIA détaillant éventuellement la révision stratégique de RSS2 avec une meilleure définition des critères de choix des districts, des communes prioritaires, tenant compte sur le nombre d'enfants non ou incomplètement vaccinés, du taux de couverture vaccinal, le taux d'abandon et de l'efficacité des activités conduites/subventionnées par les autres partenaires
 - Une note du MSP détaillant :
 - La reprogrammation des activités pour la première année du nouveau support (2016) et le budget conséquent
 - Le choix des indicateurs sélectionnés pour le suivi-évaluation qui seront intégrés au cadre de performance des financements GAVI
 - La formalisation du rôle et de l'intégration des Plateformes des OSC (COMARESS) dans le soutien à l'exécution des activités
 - Les changements dans la gestion du RSS
 - Le degré de mise en œuvre de la structure de suivi et d'évaluation impliquant les partenaires
 - Un plan de recrutement pour les 93 Agents de Santé contractualisés.
- Les membres de la revue conjointe suggèrent aussi aux membres du panel de GAVI Alliance de :
- Avoir une approche flexible avec le pays acceptant des délais d'exécution pouvant entraîner de fréquentes demandes de reprogrammation. Ceci afin de tenir compte des difficultés systémiques observés dans le pays et qui ne peuvent être résolues à court terme dans le climat politique et social actuel.
 - Considérer que le RSS2 va couvrir de 2016-2018.

3.3. Mise en œuvre du plan de sortie de l'éligibilité(le cas échéant)

Non-applicable

3.4. Gestion financière des subventions en espèces

La gestion des fonds de RSS a été efficace en termes d'appui et de mise à disposition des ressources pour la réalisation des activités programmées.

Néanmoins, des anomalies ont été constatées dans la gestion des fonds suite à l'observation de l'APS en Mai 2013 et l'Audit Externe 2014 sur l'exécution du budget, la Passation de marchés et le Contrôle interne.

Des obstacles sur le décaissement interne des fonds ont été aussi constatés suite au retard de déblocage des fonds de la 4ème tranche dû au problème de gestion financière.

Pour améliorer la gestion de l'utilisation des fonds du Projet RSS, un manuel de procédures administratives, comptables, financière et de passation de marchés basé sur l'application de l'Aide-Mémoire est mis à la disposition des responsables à tous les niveaux et les recommandations de l'APS 2013 sont mises en œuvre en particulier le suivi rigoureux de la procédure de marchés publics.

3.5. Actions recommandées

Actions recommandées	Responsabilités (Gouvernement de Madagascar, OMS, UNICEF, OSC, JSI/GAVI, et autres partenaires, Secrétariat de GAVI)	Calendrier	Ressources financières potentiellement nécessaires et source(s) de financement
Rendre pérenne le programme de vaccination et son financement			
Soumettre le projet de loi sur le financement durable de la vaccination au parlement	MinSanP, Gouvernement de Madagascar	Sept 2015	Ministère Santé
Finaliser et mettre à jour des documents de politique et de stratégie sur le financement durable de la vaccination (PPAC, PN PEV, PDSS)	Partenaires Techniques et Financiers du PEV et MinSanP, MFB	Sept 2015	Ministère Santé
Régulariser à temps le paiement de la contribution de l'Etat sur le cofinancement et la TVA	DEP, DAAF, SG, MFB, Gouvernement de Madagascar, PTF	Annuel (Loi des Finances initiale)	Ministère Santé
Bien utiliser les fonds RSS/SSV			
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 ainsi que (IV) la revue conjointe Gavi	DDS, DSFa, DAAF, DRH, DEP, DGS, SG, CAI, OMS, UNICEF, JSI/GAVI, OSC	Début 4 ^e trimestre	Ministère Santé
Assurer le fonctionnement de la chaîne de froid à tous les niveaux			
Assurer la disponibilité de la chaîne du froid fonctionnel (l'acquisition, l'installation et la maintenance des équipements ; disposer de pétrole/cash power et des pièces de rechange ; harmoniser la dotation en pétrole ; kits d'outillages ;	Gouvernement de Madagascar, Gavi et UNICEF	continue	RSS1 et RSS2 Plateforme Chaîne de Froid
Assurer l'approvisionnement en vaccins et consommables y compris les frais de dédouanement et transitaires	Gouvernement de Madagascar & PTF		
Soumettre une demande de soutien pour la plateforme de la dotation en réfrigérateurs solaires (CCE platform) en vue d'un remplacement accélérée de la chaîne du froid selon le PPAC (<i>assurer l'acquisition par l'Etat des 140 réfrigérateurs en attente de validation</i>)	Gouvernement de Madagascar avec appui UNICEF et OMS	T1 2016	GAVI et Gouvernement de Madagascar
Assurer le renforcement de la gestion des vaccins			
Prévoir une livraison avancée de pentavalent et anti-rotavirus de l'allocation 2016 en décembre 2015	Gouvernement de Madagascar & GAVI	Octobre 2015	Débloquer le co-financement
Ajuster l'allocation 2016 avec un stock de sécurité de 25% pour Penta et Rota	Gouvernement de Madagascar & GAVI	Maintenant	GAVI et Gouvernement de Madagascar
Tenir une réunion du CCIA pour décider de la suite du programme VPH	Gouvernement de Madagascar & PTF	2016	Dépendant de la décision le co-
Renforcer les stratégies pour améliorer la couverture vaccinale équitable			
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)			

Actions recommandées	Responsabilités (Gouvernement de Madagascar, OMS, UNICEF, OSC, JSI/GAVI, et autres partenaires, Secrétariat de GAVI)	Calendrier	Ressources financières potentiellement nécessaires et source(s) de financement
Renforcer la micro-planification, sa mise en œuvre les intervenants communautaires, et la mobilisation sociale dans tous les CSB avec l'implication des OSC, Comité Santé et AC	Gouvernement de Madagascar et PTF, UNICEF, OMS, JSI, OSC	Continue	Gap financier USD1.200.000 pour couvrir tous le pays.
Assurer la mise à jour et mettre en œuvre de plan de communication PEV avec le sous-comité technique/communication PEV et l'implication des OSC	Gouvernement de Madagascar et OSC, UNICEF, JSI	Continue	RSS2
Suivre les recommandations de la récente évaluation indépendante de la réponse à l'épidémie de polio	MSP, OMS, UNICEF et partenaires	continu	IMEP
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	MSP, OMS et partenaires	continu	
Procéder à une sélection objective des régions/district sanitaires prioritaires pour améliorer et harmoniser les performances vaccinales	MSP, OMS et partenaires	continu	
Élaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la gestion, de suivi et de qualité des données			
Réaliser le recensement 2016 et le DQS tous les 02 ans pour assurer l'amélioration de la qualité des données	MinSanP et PTF	Décembre 2016	Gavi RSS
Assurer la disponibilité des outils de gestion (bacs à fiches, cartes infantiles, les carnets de santé et le registre	Gouvernement de Madagascar et PTF	Continue	Gap financier (à peine 250 000 USD par année dans RSS2)
Réaliser une enquête de couverture vaccinale de qualité	MSP, OMS, UNICEF et partenaires	2016	OMS, UNICEF, Gavi et autres partenaires
Soutenir le renforcement du système de santé			
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	MinSanP - CCIA/CCSS	Novembre 2015	
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	MinSanP, autres ministères (MFB, Ministère de la Décentralisation, Ministère population) Partenaires Techniques et Financiers et OSC	trimestriel	
Harmoniser et formaliser les structures de coordination des différentes directions :			
Revoir la position du PEV dans l'organigramme et le faire passer au niveau de direction ;	MinSanP	Septembre	Implication financière absorbée par ministère santé
Revoir avec les autorités compétentes la question des procédures et taxes douanières ;	MinSanP avec MFB/ service des douanes et conférence budgétaire au sein du parlement	Octobre	Non

Actions recommandées	Responsabilités (Gouvernement de Madagascar, OMS, UNICEF, OSC, JSI/GAVI, et autres partenaires, Secrétariat de GAVI)	Calendrier	Ressources financières potentiellement nécessaires et source(s) de financement
Réviser et clarifier les TDR du CCIA-CCSS			
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 ;	MinSanP (SG, DGS, etc.) et partenaires	Octobre	Non
Assurer la liaison avec le groupe parlementaire- santé	Ministre, SG, représentants agences	Octobre	Non
Revoir le fonctionnement du Comité Technique / Groupe de travail technique (GTT) (NITAG)			
Discuter, valider et documenter les mesures correctrices au niveau central lors de la remontée des données périphériques et mettre en place un système de rétro-information systématique	SV/DDS/Partenaires /GAVI	Octobre	GAVI
Revoir la coordination au niveau périphérique			
Renforcer la capacité en leadership et promouvoir la bonne gouvernance			
Former les acteurs à tous les niveaux en leadership et management (Centraux, DRS, Médecins Inspecteurs), PEV pratique, procédures Administrative et financière	Gouvernement de Madagascar et PTF	Ponctuelle	MINSANP RSS GAVI 2
Renforcer l'effectif et les compétences des ressources humaines			
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 RH, supervision formative, et contractualisation	Gouvernement de Madagascar et PTF	Continue	

4. ASSISTANCE TECHNIQUE

4.1. Domaines d'activités actuels et responsabilités des différents organismes

Projet de démonstration HPV:

- **OMS:** Soutien au développement de la proposition, analyse des coûts, Stratégie du cancer du col de l'utérus, intégration avec santé adolescente, micro planification, formation, communication et mobilisation sociale
- **UNICEF:** Management du vaccin HPV
- **PATH:** Enquête de couverture

Financement de l'immunisation:

- **OMS:** Revue du financement national pour l'immunisation; Soutien à l'implémentation du plan d'action
- **UNICEF:** Analyse des problèmes de flux financiers sous-nationaux: Soutien à l'implémentation du plan d'action

Introduction nouveaux vaccins (rotavirus, PCV et IPV)

UNICEF, OMS, JSI: Soutien technique à l'introduction des nouveaux vaccins : planification, mise en œuvre y compris l'ajustement de stratégie de la communication et suivi-évaluation (PIE et ECV) de l'anti-HPV, du vaccin anti-rotavirus,

OMS: Soutien aux capacités des laboratoires pour la surveillance rota et Maladie Invasive Bactériologique ; étude sur l'invagination liée au vaccin Rota à Madagascar
Mapping des besoins d'assistance technique et des rôles des différents partenaires; UNICEF/ JSI contribuent à la mise en œuvre

Catholic Relief Services: Création de la plateforme de société civile (COMARESS)

Mise en œuvre RSS: OMS/ UNICEF/ JSI soutiennent la mise en œuvre du RSS; Partenaires se mettent d'accord sur les besoins d'assistance technique et le rôle de chaque partenaire

Qualité des données OMS bureau régional et WCO soutiennent le pays pour l'amélioration de la qualité des données

4.2. Besoins futurs

Remarque générale:

De façon accrue, l'assistance technique doit se faire via des nationaux basés à Madagascar de façon à long terme voire même permanente. Le recours aux consultants à courts termes doit se faire que dans certains cas précis et être couplé avec un appui long terme et local.

Les besoins d'assistance technique du pays sont les suivants :

- **Assistance technique par une institution experte en management financier** pour supporter la mise à jour et l'application du manuel de procédures pour l'utilisation des fonds RSS et SSV, et l'implémentation des recommandations des différentes revues financières (dont (1) la revue du financement pour la vaccination par OMS (2) la revue des flux financiers au niveau sous national par UNICEF (3) L'évaluation du RSS1 et (4) Revue conjointe lors du grand staff de Juillet 2015

OMS

- **Appui à la coordination** : redynamisation, renforcement CCIA
- **Appui à la mise à jour des documents stratégiques et des rapports** : Politique nationale du PEV,....
- **Appui au renforcement de la capacité technique des Acteurs du PEV** : MLM, formation pré service
- **Appui au renforcement de la vaccination de routine** : mise en œuvre stratégies spéciales destinées à atteindre les enfants difficilement accessibles, renforcement micro plans, ...
- **Appui à la mise en œuvre des activités supplémentaires de vaccination** : AVS polio, campagne rougeole tétanos néonatal et autres maladies ;
- **Appui au renforcement du système de surveillance** pour la détection à temps des risques d'épidémie de polio, rougeole et des autres maladies évitables par la vaccination ;
- **Appuyer à l'amélioration de la gestion des données** : analyse des données, analyse de risque d'épidémies, monitoring des activités et les résultats de mise en œuvre de DQS.

UNICEF :

- **Appui logistique** : au renforcement de la chaîne de froid, l'approvisionnement en vaccin et consommable, comme la revue du système d'approvisionnement, et la mise en œuvre de la campagne rougeole
- **Appui à la coordination et gestion** : appui à la mise en œuvre des recommandations de la revue des flux financiers au niveau sous national ; et appui à la mise en œuvre, du RSS2
- **Appui au renforcement de la vaccination de routine** dans les zones d'intervention: mise en œuvre stratégies spéciales destinées à atteindre les enfants difficilement accessibles, renforcement Micro planification, ...
- **Soutenir l'amélioration de l'approche équité à Madagascar.** : la documentation de l'approche équité pour le passage à l'échelle, l'harmonisation des stratégies pour réduire l'iniquité et augmenter la couverture vaccinale et appui à la mise en œuvre de l'approche dans les zones ciblées par l'appui décentralisé par l'UNICEF et le

développement du système de monitoring des activités de prestation de service Vaccination de routine

- **Appui aux activités de mobilisation sociale** : Appuyer la planification, la conceptualisation des activités de mise en œuvre des OSC de la plate-forme- COMARESS en matière de PEV (réduction de l'iniquité), la mise en place et la coordination de la structure communautaire impliquant le Plateforme des OSC (COMARESS)

JSI :

- **Participer au soutien de la coordination, management** pour la mise en œuvre du RSS2 (technique et financière) avec DDS et SV, développer un système de suivi & évaluation coordonné revue de mis en œuvre des indicateurs du RSS2 ; renforcement des capacités managériales, leadership et gestion programmatique des responsables centraux et périphériques et appuyer la mise en application et l'effectivité de la loi s sur la vaccination
- **Appui logistique** : Participer au soutien pour la bonne gestion logistique des vaccins via un staff intégré au ministère – appuyer la gestion efficace des logistiques – disponibilité de pétrole et intrants, distribution des vaccins, qualité de Chaîne de froid ; Formation des formateurs sur la gestion et maintenance des équipements CF en dehors des zones de PASSOBA,
- **Appuyer pour le plaidoyer** en faveur de la vaccination, tout au long du processus budgétaire dès l'élaboration du PTA, la conférence budgétaire, l'engagement et l'exécution du fond de l'Etat, suivi au niveau des différentes institutions de l'Etat ;
- **Appui mise en œuvre équité** : Soutenir l'amélioration de l'approche équité à Madagascar, appuyer l'harmonisation des stratégies pour réduire l'iniquité et augmenter la couverture vaccinale – aider a la priorisation des districts appuyés par Gavi (en concertation avec les autres partenaires
- **Mobilisation sociale et communication** : appuyer les OSC dans la mise en œuvre du dialogue communautaire sur l'amélioration de la couverture vaccinale et mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé Communautaire. Appuyer la mise en œuvre de l'approche dans les zones cibles par l'appui décentralisé par JSI
- ⊖ **Appui au renforcement de la vaccination de routine** : mise en œuvre stratégies spéciales destinées à atteindre les enfants difficilement accessibles, renforcement micro plans, en dehors des zones d'intervention de l'UNICEF-
- ⊖ **Appuyer le développement du système de monitoring des activités** : Appui des prestations de service vaccination de routine, gestion des données PEV

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

Le CCIA ne s'était pas réuni au moment de la soumission de ce document. Un CCIA est prévu d'ici le 15 octobre 2015.

Décrivez brièvement la manière dont l'évaluation conjointe a été approuvée par l'instance de coordination nationale concernée :
Questions soulevées lors de la réunion de synthèse de présentation des conclusions de l'évaluation aux membres de l'instance de coordination nationale concernée :
Commentaires additionnels <ul style="list-style-type: none">○ du ministère de la Santé :○ des différents partenaires :○ du Gestionnaire Programmes Pays de GAVI :

6. ANNEXES

ANNEXE A

a) Eclaircissements : Cf document Rapport d'audit 2014 VF

✓ **ISS/Rota/PCV10/HPV:(SV)** - The country shall clarify:

- The differences between 2013 closing balances reported in the 2013 financial statements and 2014 opening balance as per 2014 financial statements:

In MGA	ISS	HPV	PCV 10	ISS
2013 closing balance – financial statements	1,105,346,194	258,190,959	101,395	1,000,405,957
2014 opening balance – financial statements	1,135,575,225	249,771,661	2,785,628	1,001,087,932

- The difference of 7,263,940 MGA between 2014 expenditure reported in the 2014 APR (2,473,309,630 MGA) and 2014 expenditures reported in the financial statements (sum of ISS/Rota/HPV/PCV10/IPV = 2,480,573,570 MGA).
 - la différence de 7 263 940 MGA consiste à des dépenses comptabilisés en activités en 2013 et qui n'ont pas été justifiées à la fin de 2013 mais l'audit 2014 a justifié l'utilisation de ces fonds
 - The difference of 28,304,040 MGA between 2014 APR closing balance 1,593,364,411MGA and 2014 Financial statements closing balances (1,621,668,451MGA)
 - la différence de 028 304 040 MGA consiste à des dépenses comptabilisés en activités en 2013 et qui n'ont pas été justifiées à la fin de 2013 mais l'audit 2014 a justifié l'utilisation de ces fonds
- ✓ **HSS:** Country to clarify:
- The difference between 2014 APR opening balance (1,843,021,915 MGA) and 2014 financial statements opening balance (941,077,121.39MGA).

Le Projet RSS dispose de deux comptes en banque : un compte en devise pour recevoir le virement des fonds alloués par GAVI et un autre compte en MGA pour l'utilisation des fonds pour la mise en œuvre du Projet.

Le montant 941 077 121,39 MGA dans l'état financier 2014 représente le solde en banque dans le compte MGA au 31/12/2013.

Le montant 1 843 021 915 MGA dans le tableau 8.1.3b (Monnaie locale) dans le RSA 2014 représente le total du solde en banque dans le compte en devise (891 920,15 USD) et le solde en banque en MGA (941 077 12,39 MGA) au 31/12/2013 dans l'état financier 2014.

- The difference between 2014 APR closing balance (44,448,343 MGA) and 2014 FS closing balance (484,711,285 MGA).

Le montant 484 711 285 MGA dans l'état financier 2014 représente le solde en banque dans le compte MGA au 31/12/2014. Ce montant correspond à la différence entre les ressources (solde au 31/12/2013 d'un montant de 941 077 121,39 MGA dans l'état financier « Ressources – Emplois » 2014 et les recettes durant l'année 2014 intégrant le montant du remboursement effectué par le Gouvernement de Madagascar relatif à la surfacturation de motos d'un montant de 662 101 555,6 MGA équivalent à 279 480 USD) et les emplois (dépenses durant l'année 2014).

Le montant 44 448 343 MGA dans le tableau 8.1.3b (Monnaie locale) dans le RSA 2014 représente le solde budgétaire qui n'intègre pas le montant du remboursement effectué par le Gouvernement de Madagascar relatif à la surfacturation de motos sus mentionné.

b) Tableau de données de couverture par district

Nom du district (Appuyé par GAVI)	2012-DTC3	2013-DTC3	2014-DTC3	2014- PCV10-3	2014-Rota 2	MCV1 2014	Tx Abd
	%	%	%	%	%	%	%
Andilamena	73%	68%	68%	68%	47%	70%	4%
Ambatofinandrahana	88%	98%	97%	92%	56%	88%	9%
Ambohidratrimo	86%	101%	114%	113%	60%	105%	0%
Anjozorobe	79%	89%	85%	85%	49%	80%	-2%
Ankazobe	79%	80%	85%	85%	64%	81%	3%
Manjakandriana	75%	86%	69%	69%	43%	63%	0%
Mananara Avaratra	74%	123%	79%	66%	38%	69%	-1%
Nosy Boraha (Sainte Marie)	72%	64%	70%	70%	44%	64%	0%
Soanierana Ivongo	57%	78%	69%	70%	27%	64%	7%
Vavatenina	82%	82%	88%	87%	41%	83%	13%
Ambovombe Androy	77%	71%	86%	85%	0%	70%	22%
Bekily	104%	65%	87%	79%	56%	96%	9%
Beloha	122%	116%	103%	101%	35%	109%	23%
Tsihombe	98%	86%	95%	96%	29%	104%	-4%
Amboasary Atsimo	100%	101%	91%	89%	42%	87%	21%
Betroka	83%	82%	90%	89%	43%	81%	5%
Taolagnaro	77%	94%	102%	101%	53%	94%	9%
Antanambao Manampotsy	76%	96%	97%	101%	61%	96%	1%
Vohibinany (Brickaville)	104%	80%	69%	69%	42%	67%	11%
Mahanoro	94%	101%	83%	83%	37%	78%	7%
Marolambo	86%	98%	82%	77%	37%	94%	4%
Vatomandry	72%	87%	90%	89%	49%	79%	4%
Kandreho	120%	121%	154%	144%	82%	130%	13%
Tsaratanana	86%	86%	103%	104%	71%	96%	6%
Mahajanga II	82%	77%	119%	117%	79%	113%	11%
Ambato Boina	94%	72%	112%	109%	81%	101%	14%
Mitsinjo	94%	62%	87%	81%	66%	91%	9%
Soalala	80%	65%	104%	104%	105%	95%	1%
Antsiranana I	95%	60%	84%	85%	47%	85%	-1%
Antsiranana II	77%	90%	79%	79%	46%	77%	7%
Ambilobe	91%	85%	91%	83%	53%	89%	12%
Nosy Be	84%	78%	97%	96%	65%	100%	12%
Ambatomainty	109%	90%	111%	112%	28%	103%	14%
Antsalova	70%	51%	54%	53%	44%	64%	27%
Besalampy	108%	111%	112%	109%	44%	102%	7%
Maintirano	80%	79%	83%	83%	52%	90%	27%
Morafenobe	80%	85%	65%	72%	70%	50%	20%
Belo Tsiribihina	88%	118%	87%	86%	47%	83%	7%

Nom du district (Appuyé par GAVI)	2012-DTC3	2013-DTC3	2014-DTC3	2014- PCV10-3	2014-Rota 2	MCV1 2014	Tx Abd
	%	%	%	%	%	%	%
Miandrivazo	93%	93%	102%	99%	53%	94%	17%
Antalaha	79%	89%	90%	90%	49%	109%	6%
Andapa	101%	91%	92%	92%	52%	90%	5%
Sambava	60%	82%	89%	82%	46%	86%	3%
Vohimarina (Vohémar)	98%	93%	93%	90%	9%	90%	-1%
Boriziny (Port Berger)	70%	81%	92%	80%	69%	102%	20%
Analalava	96%	102%	89%	92%	10%	100%	31%
Antsohihy	86%	77%	90%	90%	63%	91%	5%
Bealanana	83%	94%	95%	94%	47%	103%	17%
Befandriana Avaratra	103%	89%	93%	91%	64%	95%	11%
Mampikony	98%	96%	115%	114%	61%	124%	13%
Mandritsara	91%	73%	91%	94%	51%	105%	13%
Befotaka	101%	91%	85%	86%	45%	54%	17%
Midongy Atsimo	74%	103%	21%	22%	15%	20%	27%
Vangaindrano	102%	92%	83%	79%	41%	80%	21%
Vondrozo	107%	99%	80%	74%	36%	73%	32%
Toliary I	79%	86%	88%	88%	49%	88%	4%
Toliary II	56%	93%	100%	101%	40%	85%	8%
Ampanihy	73%	92%	105%	99%	29%	94%	8%
Ankazoabo Atsimo	79%	72%	92%	89%	34%	90%	1%
Benenitra	87%	90%	129%	128%	93%	128%	13%
Beroroaha	70%	97%	113%	115%	59%	98%	19%
Betioky Atsimo	89%	66%	103%	94%	54%	97%	12%
Morombe	81%	79%	92%	130%	62%	85%	7%
Sakaraha	82%	115%	112%	112%	77%	106%	3%
Antanifotsy	96%	96%	100%	100%	89%	100%	0%
Antsirabe II	92%	97%	93%	93%	84%	92%	2%
Betafo	66%	120%	119%	119%	84%	118%	2%
Faratsiho	98%	103%	109%	109%	94%	105%	1%
Mandoto	106%	123%	120%	120%	101%	109%	4%
Ikongo	77%	86%	85%	77%	56%	86%	4%
Ifanadiana	95%	94%	101%	93%	64%	90%	10%
Manakara Atsimo	84%	91%	87%	87%	28%	84%	13%
Mananjary	71%	79%	73%	73%	42%	69%	7%
Nosy Varika	101%	90%	107%	100%	40%	111%	8%
Vohipeno	78%	74%	80%	80%	60%	72%	2%

c) Taux d'absorption de la 4ème tranche du RSS 1

Activités		USD	%
Activités engagées		1 784 904,75	50%
Act 1.1	Contractualiser des agents de santé dans les formations sanitaires fermées à population marginalisée	344 154,75	
Act 1.4	Contribuer à la mise aux normes des CSB pour la sécurisation des formations sanitaires et des chaînes de froid	129 000,00	
Act 1.6	Mettre à disposition des districts des véhicules 4X4 et des motos pour les CSBs/SSD pour faciliter la supervision, l'approvisionnement en vaccin et l'atteinte des zones difficiles d'accès	389 500,00	
Act 1.7	Assurer la reconstruction et la fonctionnalité de la chaîne de froid	604 250,00	
Act 4.1	Former des agents de santé sur l'utilité et l'utilisation de données et mener le contrôle de qualité des données au niveau des Districts/CSB	318 000,00	
Activités en cours		71 800,00	2%
Act 2.3	Remettre à niveau les membres de l'EMAR/EMAD sur l'utilisation du manuel de procédure du Projet RSS/GAVI	54 120,00	
Act 2.4	Vérifier l'effectivité des activités menées au niveau des Districts (Audit interne)	17 680,00	
Activités à réaliser		1 154 198,83	33%
Act 1.7	Assurer la reconstruction et la fonctionnalité des Chaînes de froid	171 110,00	
Act 1.6	Mettre à disposition des Districts des véhicules 4X4 et des motos pour les CSBs/SSD pour faciliter la supervision, l'approvisionnement en vaccin et l'atteinte des zones difficiles d'accès	100 302,00	
Act 2.4	Vérifier l'effectivité des activités menées au niveau des Districts (Audit interne)	20 000,00	
Act 2.5	Mener une étude de financement basé sur la performance des Districts Sanitaires (SARA)	20 000,00	
Act 3.1	Mettre en œuvre l'approche ACD au niveau des Districts pour la réduction des enfants non vaccinés	343 150,00	
Act 3.2	Etablir des contrats de service des activités du projet RSS/GAVI avec les OSC (CCDS, Commune, ONG.....)		
Act 3.2	Etablir des contrats de service des activités du projet RSS/GAVI avec les OSC (CCDS, Commune, ONG.....)	206 603,50	
Act 4.1	Former des agents de santé sur l'utilité et l'utilisation de données et mener le contrôle de qualité des données au niveau des Districts/CSB	157 639,44	
Act 4.3	Produire des plans d'action des Districts / CSB à travers les revues périodiques et réunions semestrielles	135 393,89	
Coût de gestion (management)		111 932,42	3%

Annexe B. État d'avancement de la mise en œuvre des principales mesures formulées lors la dernière évaluation conjointe et des recommandations additionnelles du Panel

Thème	Mesure	Responsable	État d'avancement	Situation actuelle
Égalité entre hommes et femmes et équité	<ul style="list-style-type: none"> 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.) 	MS avec le soutien des partenaires de l'Alliance	Annuellement	Non réalisé Enquête à mener
Planification stratégique	<ul style="list-style-type: none"> Implication de GAVI Alliance dans le plan de développement de la stratégie du secteur de la santé pour 2015-2019 et PPAC final à communiquer à GAVI lorsqu'il sera disponible en août 2014. 	MS	Septembre 2014	- Non réalisé - PPAC à finaliser avant 15/09/2015
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> Un renforcement de la supervision par le comité décisionnel de haut niveau du CCIA est préconisé (comités techniques rendant compte au CCIA décisionnel) 	MS	Continuellement	Réalisation dans 2 Districts Sanitaires (Marovoay, Mahajanga II)
Chaîne du froid	<ul style="list-style-type: none"> Analyse de la chaîne du froid à réaliser en 2014 ainsi que la GEV programmée pour fin 2014. 	MINSANP avec les partenaires de GAVI Alliance	Avant la fin décembre 2014	Réalisation au mois de Novembre 2014 Rapport présenté au CCIA/CCSS à envoyer à GAVI
	<ul style="list-style-type: none"> Le pays est encouragé à demander un soutien supplémentaire au Fonds de réponse rapide Polio pour la chaîne du froid. 	MINSANP	Continuellement	Requête envoyée à l'OMS Août 2015
	<ul style="list-style-type: none"> Plan de livraisons des vaccins, données de livraison et prévision des vaccins à suivre mensuellement/trimestriellement. Informations à communiquer à GAVI Alliance. 	MINSANP	Avant septembre 2014	Outils de suivi (SMT) à jour mais rapport non communiqué à GAVI
Qualité des données	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation indépendante de la qualité des données et planification des enquêtes au cours des 3 prochaines années. 	MINSANP	Avant la fin 2014	Évaluation indépendante

Thème	Mesure	Responsable	État d'avancement	Situation actuelle
	<ul style="list-style-type: none"> Le PEV doit confirmer à GAVI la date de la prochaine évaluation indépendante des données prévue et si un soutien supplémentaire est nécessaire. 	MINSANP	Trimestriellement	Janvier 2016
	<ul style="list-style-type: none"> Le PEV doit confirmer à GAVI la date prévue des prochaines enquêtes. 		Avant août 2014	1 ^{ère} partie : Septembre 2015 2 ^{ème} partie : Janvier 2015
RSS	<ul style="list-style-type: none"> 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. 		Avant août 2014	Déblocage des fonds réalisé mois de Mars 2015
Gestion financière	<ul style="list-style-type: none"> 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. 		Continuellement Avant août 2014	Evaluation RSS1 réalisée Draft du rapport présenté au CCIA/CCSS et envoyé à GAVI Août 2015
	<ul style="list-style-type: none"> 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. 		2014-2015	Mise en œuvre recommandations effectuée mais non respect de la périodicité du suivi des recommandations Présentation des situations à chaque réunion du CCIA/CCSS

Thème	Mesure	Responsable	État d'avancement	Situation actuelle
	<ul style="list-style-type: none"> Afin de clarifier les chiffres de fin d'année (comme indiqué dans la section 9) pour le SSV et l'AIV : SSV : 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. AIV : 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. 			<p>il n'y a pas de différences entre la solde de clôture du RSA 2013 et Etat financier avec le solde de clôture du RSA et Etat financier car il y eut double transcription de la valeur du Prime 1 790 435 035 MGA approuvé pour l'année 2012. mais qui a été reporté par erreur en 2013.</p> <p>la différence de 20 028 237 MGA consiste à des dépenses de 2013 comptabilisé en activités et qui ne sont justifiées qu'en 2014, confirmés par les auditeurs</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 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. 			
	<ul style="list-style-type: none"> Le pays est tenu de communiquer à GAVI le manuel de procédures définitif. 			Document envoyé à GAVI en 2014
	<ul style="list-style-type: none"> Comme convenu dans l'aide-mémoire, implication des partenaires du MINSANP (UNICEF/WHO) dans la pré-approbation technique des activités du RSS et des fonds en espèces à renforcer. 			pré-approbation technique des activités du RSS par le Comité Technique incluant l'OMS et l'UNICEF réalisée
	<ul style="list-style-type: none"> Le pays est tenu de fournir les rapports d'audit 2013 pour le RSS, le SSV et les sommes forfaitaires 			Rapports d'Audit 2013 pour le RSS et SSV envoyés à GAVI en 2014
	<ul style="list-style-type: none"> Le contentieux financier correspondant à 279 480 USD des fonds RSS () identifié au 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. 			Remboursement des fonds effectué par le pays en Juillet 2014

Annexe C. Description du processus de l'évaluation conjointe (par ex : composition de l'équipe, méthode de collecte des informations, tenue des discussions)

Annexe D. Aperçu des subventions allouées au RSS

Informations générales sur les subventions RSS								
1.1	Date d'approbation de la subvention RSS		Décembre 2007					
1.2	Date de reprogrammation approuvée par le CEI, le cas échéant		1 ^{ère} reprogrammation (3 ^{ème} tranche) : Avril 2012 2 ^{ème} reprogrammation (4 ^{ème} tranche et dernière tranche) : Avril 2015					
1.3	Montant total de la subvention (US\$)		\$US 11 215 608,9					
1.4	Durée de la subvention		4 ans					
1.5	Année de mise en œuvre		Octobre 2008 jusqu'à ce jour (2015)					
	(en millions US\$)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1.6	Subvention approuvée, conformément à la lettre de décision	810 516	3 408 945	3 446 898	3 549 250			
1.7	Décaissement des tranches	811 000		1 704 500	5 151 500			
1.8	Dépenses annuelles	120 941	615 581	318 966	802 157	2 504 557	2 384 301	792 779
1.9	Retards de mise en œuvre (oui/non); Veuillez justifier :		<p>Un retard de mise en œuvre a été constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - retard de la validation du plan d'utilisation des fonds de la 1^{ère} tranche en 2008 - contexte socio politique à Madagascar depuis 2009 - suspension des activités suite aux recommandations de l'EGF Sept 2011 en vue de la reprogrammation de l'utilisation des fonds de la 2^{ème} et la 3^{ème} tranche - retard du déblocage des fonds de la 4^{ème} tranche suite au litige entre le Gouvernement Malagasy et GAVI concernant le remboursement de la surfacturation de 279 000 USD constatée par l'APS (Mai 2013) 					
1.10.	Subventions RSS précédentes (durée et montants approuvés)		Néant					
1.11.	<u>Liste des objectifs d'une subvention RSS après reprogrammation 2012</u>							
	Objectif 1 : Augmenter la fréquentation de la Population aux Formations Sanitaires (en particulier les services suivants : CE, PF, Vaccination, Accouchement au centre, CPN)							
	Objectif 2 : Améliorer la gestion financière et promouvoir la bonne gouvernance							
	Objectif 3 : Augmenter l'utilisation des services de santé par la population							
	Objectif 4 : Améliorer la gestion des données pour une prise de décision							

1.12. Montant et objet de la reprogrammation (selon la pertinence)

- **1^{ère} reprogrammation des fonds :**

Montant : 5 151 500 USD dont 1 704 500 USD reliquat de la 2^{ème} Tranche et 3 447 000 USD totalité de la 3^{ème} tranche

Objet : Recommandations de l'EGF prenant en compte essentiellement la reconstruction et la fonctionnalité de la chaîne de froid en vue de l'introduction des nouveaux vaccins

- **2^{ème} reprogrammation des fonds :**

Montant : 4^{ème} tranche =initialement de 3 549 250 USD et dont a été déduit le montant du remboursement sur la surfacturation de 279 000 USD

Objet : sur la base des recommandations de la Revue Externe du PEV 2013 prenant en compte essentiellement la reconstruction et la fonctionnalité de la chaîne de froid et l'approche ACD

Annexe E. Meilleures pratiques (OPTIONNEL)

Annexe F. Mapping par partenaire

Régions	Districts	ONG
Analamanga	Ambohidratrimo	Mikolo
Analamanga	Andramasina	NA
Analamanga	Anjozorobe	Mikolo
Analamanga	Ankazobe	Mikolo
Analamanga	Antananarivo Atsimondrano	NA
Analamanga	Antananarivo Avaradrano	Mikolo
Analamanga	ANTANANARIVO I	UNICEF
Analamanga	ANTANANARIVO II	UNICEF
Analamanga	ANTANANARIVO III	UNICEF
Analamanga	ANTANANARIVO IV	UNICEF
Analamanga	ANTANANARIVO V	UNICEF
Analamanga	ANTANANARIVO VI	UNICEF
Analamanga	Manjakandriana	Mikolo
Bongolava	Fenoarivobe	NA
Bongolava	Tsiroanomandidy	NA
Itasy	Arivonimamo	NA
Itasy	Miarinarivo	NA
Itasy	Soavinandriana	NA
Vakinankaratra	Ambatolampy	Mikolo
Vakinankaratra	Antanifotsy	Mikolo
Vakinankaratra	Antsirabe I	Passoba-UE_Unicef
Vakinankaratra	Antsirabe II	Mikolo, GAVI
Vakinankaratra	Betafo	Mikolo, Passoba-UE_Unicef, GAVI
Vakinankaratra	Mandoto	Mikolo, GAVI
Vakinankaratra	Faratsiho	Mikolo
Diana	Ambanja	Mahefa

Régions	Districts	ONG
Diana	Ambilobe	Mahefa, GAVI
Diana	Antsiranana I	Mahefa
Diana	Antsiranana II	Mahefa
Diana	Nosy be	Mahefa
SAVA	Andapa	Passoba-UE_Unicef
SAVA	Antalaha	Passoba-UE_Unicef
SAVA	Sambava	Passoba-UE_Unicef
SAVA	Vohimarina (Vohémar)	Mahefa
Amoron'i Mania	Ambatofinandrahana	Mikolo, GAVI, PAUSENS
Amoron'i Mania	Ambositra	Mikolo, PAUSENS
Amoron'i Mania	Fandriana	Mikolo, PAUSENS
Amoron'i Mania	Manandriana	Mikolo, PAUSENS
Sud Est	Befotaka	NA
Sud Est	Farafangana	PAUSENS
Sud Est	Midongy Atsimo	GAVI
Sud Est	Vangaindrano	PAUSENS
Sud Est	Vondrozo	NA
Haute_Matsiatra	Ambalavao	Mikolo, PAUSENS
Haute_Matsiatra	Ambohimahasoa	Mikolo, PAUSENS
Haute_Matsiatra	Fianarantsoa I	PAUSENS
Haute_Matsiatra	Isandra	Mikolo, PAUSENS
Haute_Matsiatra	Lalangina	Mikolo, PAUSENS
Haute_Matsiatra	Vohibato	Mikolo, PAUSENS
Haute_Matsiatra	Ikalamavony	Mikolo
Ihorombe	Iakora	NA
Ihorombe	Ihosy	NA
Ihorombe	Ivohibe	NA
Vatovavy Fitovinany	Ifanadiana	Mikolo, GAVI, PAUSENS
Vatovavy Fitovinany	Ikongo	Mikolo, GAVI, PAUSENS
Vatovavy Fitovinany	Manakara Atsimo	Mikolo, PAUSENS
Vatovavy Fitovinany	Mananjary	Mikolo, GAVI
Vatovavy Fitovinany	Nosy Varika	NA
Vatovavy Fitovinany	Vohipeno	Mikolo, PAUSENS
Betsiboka	Kandreho	Passoba-UE_Unicef
Betsiboka	Maevatanana	Passoba-UE_Unicef
Betsiboka	Tsaratana	Passoba-UE_Unicef, GAVI
Boeni	Ambato Boeni	Passoba-UE_Unicef
Boeni	Mahajanga I	Passoba-UE_Unicef
Boeni	Mahajanga II	Passoba-UE_Unicef
Boeni	Marovoay	Passoba-UE_Unicef
Boeni	Mitsinjo	Mahefa, Passoba-UE_Unicef, GAVI
Boeni	Soalala	Mahefa, Passoba-UE_Unicef, GAVI

Régions	Districts	ONG
Melaky	Ambatomainity	Mahefa, GAVI
Melaky	Antsalova	Mahefa
Melaky	Besalampy	Mahefa
Melaky	Maintirano	Mahefa, GAVI
Melaky	Morafenobe	Mahefa, GAVI
Sofia	Analalava	Mahefa, GAVI
Sofia	Antsohihy	Mahefa
Sofia	Bealanana	Mahefa
Sofia	Befandriana Avaratra	Mahefa
Sofia	Mampikony	NA
Sofia	Mandritsara	Mahefa
Sofia	Boriziny (Port-Berger)	Mahefa
Alaotra Mangoro	Ambatondrazaka	Mikolo
Alaotra Mangoro	Amparafaravola	Mikolo
Alaotra Mangoro	Andilamena	NA
Alaotra Mangoro	Anosibe an'Ala	NA
Alaotra Mangoro	Moramanga	Mikolo
Analanjirifo	Fenoarivo Atsinanana	Passoba-UE_Unicef
Analanjirifo	Mananara Avaratra	Passoba-UE_Unicef
Analanjirifo	Maroantsetra	Passoba-UE_Unicef
Analanjirifo	Nosy Boraha (Sainte Marie)	Passoba-UE_Unicef, GAVI
Analanjirifo	Soanierana Ivongo	Passoba-UE_Unicef
Analanjirifo	Vavatenina	Passoba-UE_Unicef, GAVI
Atsinanana	Antanambao Manampotsy	Mikolo
Atsinanana	Vohibinany (Brickaville)	Mikolo, GAVI
Atsinanana	Mahanoro	Mikolo, Passoba-UE_Unicef, GAVI
Atsinanana	Marolambo	Mikolo, GAVI
Atsinanana	Toamasina I	Passoba-UE_Unicef
Atsinanana	Toamasina II	Mikolo, GAVI
Atsinanana	Vatomandry	Mikolo, Passoba-UE_Unicef
Androy	Ambovombe Androy	PAUSENS
Androy	Bekily	PAUSENS
Androy	Beloha	PAUSENS
Androy	Tsihombe	PAUSENS
Anosy	Amboasary Atsimo	Passoba-UE_Unicef
Anosy	Betroka	Passoba-UE_Unicef
Anosy	Taolagnaro	Passoba-UE_Unicef
Sud Ouest	Ampanihy	Mikolo, Passoba-UE_Unicef
Sud Ouest	Ankazoabo Atsimo	Mikolo
Sud Ouest	Benenitra	Mikolo

Régions	Districts	ONG
Sud Ouest	Beroroaha	Mikolo
Sud Ouest	Betioky Atsimo	Mikolo
Sud Ouest	Morombe	Mikolo
Sud Ouest	Sakaraha	Mikolo
Sud Ouest	Toliara I	Passoba-UE_Unicef
Sud Ouest	Toliara II	Mikolo
Menabe	Belo sur Tsiribihina	Mahefa, GAVI
Menabe	Mahabo	Mahefa
Menabe	Manja	Mahefa
Menabe	Miandrivazo	Mahefa
Menabe	Morondava	Mahefa

Type d'appui :

OMS : Surveillance MEV

UNICEF : PEV (logistique)

PASSOBA/UE : Système de santé

PAUSSENS : Appui à l'infrastructure, logistique

USAID/Mikolo et **USAID/Mahefa** : PCIMEC, Approche communautaire

Note : l'appui de ces partenaires n'inclus pas la mise en œuvre systématique ACV/JIVR