

Rapport de l'évaluation conjointe 2017

Pays	Madagascar
Évaluation conjointe complète ou mise à jour de l'évaluation conjointe	Évaluation conjointe complète
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	19 au 22 Juin 2017 , Direction de Lutte contre le Paludisme, Androhibe, Antananarivo
Participants/affiliation	Cf Annexe 1
Période couverte par les rapports de résultats	Septembre 2016 – Mai 2017
Période fiscale	Janvier 2016 à Décembre 2016
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2016 - 2019

1. RESUME DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

1.1. Demande(s) de renouvellement de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien (routine ou campagne)	Vaccin	Année de fin du soutien	Année de demande de soutien	Cible (**) (population devant être vaccinée)	Montant indicatif devant être payé par le pays	Montant indicatif devant être payé par Gavi
Routine	VPI (vaccin antipoliomyélitique inactivé) (*)	2020	2018	817 547	NA	A remplir par GAVI
Routine	Penta (DTC HepB Hib) (**)	2019	2018	835 126	\$US 524 500	\$US 1 633 500

1.2. Demande(s) de prolongation de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien	Vaccin	Année de démarrage	Année de fin
Routine	PCV10 (Anti-Pneumococcique)	2018	2019
Routine	Anti-rotavirus	2018	2019

1.3. Demande de renouvellement du soutien au Renforcement des systèmes de santé (RSS)

Montant total de la subvention RSS	\$US 16 640 000
Durée de la subvention RSS (de... à...)	3 ans de 2017 à 2019
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien au RSS (la prochaine tranche) est demandée	2018
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien au RSS (prochaine tranche)	\$US 5 125 183

1.4. Demande de renouvellement de soutien pour la Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF)

Le tableau ci-dessous résume les principales informations qui concernent les montants demandés pour l'année suivante.

Montant total de la subvention POECF	US \$ 11 499 953	
Durée de la subvention POECF (de... à...)	2017 AU 2018 INCLUS (SOUTIEN INITIAL)	
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien à la POECF (tranche suivante) est demandé	NON APPLICABLE	
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien à la POECF	NON APPLICABLE	
Investissement conjoint du pays (soutien initial)	Ressources du pays	0
	Ressources partenaires	0
	Ressources RSS2 Gavi ¹	2 299 990,6 (20%)

1.5. Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir²

Selon la recommandation de l'OMS, Madagascar figure parmi les pays qui ont souscrit à l'initiative de l'élimination de la rougeole/rubéole d'ici 2020 (Global Vaccine Action Plan 2011- 2020). A cet effet, l'introduction d'une deuxième dose du vaccin anti rougeoleux devrait être envisagée pour accroître l'immunité chez les cibles. Dans le PPAC 2016-2019, Madagascar a prévu une campagne de masse contre la rougeole en 2019. C'est l'occasion idoine pour envisager une campagne contre rougeole/rubéole ou rougeole/oreillon/rubéole chez les sujets de 9 mois à moins de 15 ans et de le maintenir par la suite dans le PEV de routine en deuxième dose chez les enfants de 15 à 18 mois. La rubéole constitue un problème de santé publique. En effet, selon les estimations de l'OMS en 2013, Madagascar est un des 18 pays qui ont une prévalence de la rubéole qui se situe entre 5 à 10 cas pour un million d'habitants (WHO TVT5 Database at 25 June 2014, 194WHO Members) et les données de l'Institut Pasteur de Madagascar confirme cette assertion avec une prévalence globale de 3 (en 2015) à 8 cas de rubéole pour un million d'habitants (en 2016) avec une moyenne de 6 cas de 2011 à 2016. Selon les techniques de l'estimation de l'OMS en 2016, les cas de Syndrome de Rubéole Congénitale, en période endémique à Madagascar seraient compris entre 86 et 173 ; et en période épidémique entre 864 et 3455. Pour l'introduction de la 2^{ème} dose du VAR, l'Etat devra assurer l'achat de la 1^{ère} dose et le cofinancement pour la 2^{ème} dose. Ainsi, l'introduction du vaccin contre la rougeole/rubéole en 2019 devrait figurer dans la révision du PPAC.

Madagascar a introduit le vaccin anti-HPV en 2013 dans deux districts présélectionnés en vue d'une démonstration de faisabilité (Toamasina I et Soavinandriana Itasy). Les cibles sont les fillettes scolarisées en CM2 et les non scolarisées âgées de 10 ans. Le résultat est probant à tel point qu'une extension progressive des districts ciblés a été planifiée. En se référant au PPAC, deux autres districts ciblés ont été réalisés en 2016, 5 régions sont planifiées pour 2018, suivies de 10 régions en 2019. La mise en échelle nationale est planifiée en 2020 (Costing HPV Madagascar). Cependant, la capacité de l'Etat Malagasy à assurer le paiement du co-financement sera une des conditions nécessaires pour cette mise à l'échelle.

Concernant le passage du PCV 10 au PCV 13, Madagascar reste encore sur le PCV 10. Cependant ce switch a ses fondements sur l'épidémiologie des méningites et pneumonie à pneumocoques qui déciment les enfants de cet âge. En clair, les souches additionnelles qui se retrouvent dans le PCV 13 comblent cette lacune et contribuent davantage à la réduction de la morbidité et la mortalité infantile. Le vaccin, homologué par l'OMS est disponible sur le marché.

Le NITAG, une structure en cours de mise en place, appuiera le pays dans la prise de décision pour toute introduction de nouveaux vaccins à Madagascar.

Le passage de VPI en dose fractionnée est envisagé. Ceci nécessite de planifier un achat de SAB de 0,1 ml et la formation de tous les acteurs à tous les niveaux.

¹ Ce montant doit être inclus soit lors d'une validation en amont du RSS, soit dans la demande de renouvellement actuelle du RSS, dans la section 1.4 ci-dessus.

² Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

	Programme	Année d'application prévue	Année d'introduction prévue
Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi	Introduction de la deuxième dose de vaccin rougeole/rubéole ou rougeole/oreillon/rubéole dans le PEV de routine	2018	2019
	Mise en échelle de la vaccination anti-HPV des fillettes scolarisées en CM2 et les non scolarisées âgées de 10 ans	2018	2019
	Passage de VPI en dose fractionnée	En attente de décision d'application	2018

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 vivent 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 :

Un fort engagement du gouvernement et surtout des hauts responsables du Ministère de la Santé Publique motive les différentes parties prenantes dans la collaboration et l'amélioration de tous les programmes de santé y compris le programme de vaccination. En 2016, le Bureau Central de Coordination (BCC), sous la tutelle directe du Ministre de la Santé Publique, est impliqué dans la coordination des Projets/Programmes et des ressources mobilisées selon le cadre du dispositif des bailleurs de fonds et d'encadrer leur utilisation dans le respect de la bonne gouvernance afin d'améliorer efficacement la santé de la population.

L'Unité de Coordination de Projet (UCP) relevant du Secrétaire Général et sous tutelle du BCC, centralise et gère l'ensemble des activités des projets de développement sanitaire en particulier la gestion des fonds des Partenaires notamment le Fonds Mondial, l'AFD et le GAVI. L'agence fiscale a pour mission principale de soutenir l'UCP et les autres acteurs de mise en œuvre pour satisfaire toutes les exigences de gestion financière des PTF et d'assurer l'utilisation appropriée des fonds gérés par le BCC-UCP. La Cellule d'Audit Interne (CAI) a réalisé des Audits internes en 2015 et 2016 sur l'utilisation des fonds GAVI (central/DPEV/DDS et périphériques) et sur le suivi financier et médicaments au niveau des Pharmacies de Gros des Districts (PhaGDis) et le Centre de Santé de Base (CSB). Des problèmes ont été constatés sur la justification des dépenses du financement GAVI. Un Task Force est créé au niveau du secrétariat général pour assurer l'effectivité de suivi des remboursements des écarts notés dans la gestion des fonds et des médicaments.

En Mars 2017, GAVI a mené une mission d'audit sur les exercices 2013 à 2016, cependant, les résultats de cette mission ne sont pas encore diffusés.

Le mécanisme de suivi de l'utilisation des ressources en général fait défaut dans le cadre de suivi et évaluation.

La planification

Le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2015-2019 du Ministère de la Santé Publique est disponible et constitue un document de référence qui détermine les orientations stratégiques et les interventions pour le développement du secteur santé. Des réformes ont été adoptées dans la planification pour la mise en œuvre du PDSS par l'implication des responsables sanitaires à différents niveaux du système de santé.

Au niveau du Ministère de la Santé Publique, la planification en général est animée par des principes directeurs, entre autres, l'intégration des activités et la mutualisation des ressources à tous les niveaux.

Toutefois, devant les contraintes des moyens, le renforcement du système de santé (RSS) ainsi que la santé maternelle et infantile constituent les programmes prioritaires.

La planification des activités du programme de vaccination a appliqué cette réforme afin de garantir une cohérence et une meilleure coordination des interventions, répondant aux orientations des documents de politiques et plans stratégiques des programmes décrite dans les Objectifs du Développement Durable (ODD/3).

Au niveau de la Direction du Programme Elargi de Vaccination (DPEV), le processus de planification se fait par niveau et en complémentarité : au niveau central, la planification est axée principalement sur la conception, les encadrements, le plaidoyer,

l'approvisionnement et les acheminements des vaccins, équipements froids, outils de gestion vers les districts; tandis que le niveau périphérique planifie les activités de mise en œuvre telles que les stratégies avancées, les supervisions, les acheminements des vaccins et intrants vers les formations sanitaires, les formations des agents de santé, la surveillance, etc...

Au cours des campagnes, la Micro planification se fait de façon ascendante, consolidée et validée au niveau central.

En 2016, on a constaté au niveau de la DPEV que 36 % des activités planifiées ne sont pas réalisées, en attente de financement (RSS2 ou autres). Certaines activités à mettre en œuvre au niveau périphérique ne sont pas prises en compte dans leur PTA. Il a été noté aussi que les réalisations du niveau périphérique ne sont pas rapportées au niveau central.

Couverture et équité:

La couverture vaccinale nationale en DTCHepBHib 3 selon les rapports administratifs a baissé de 90% 2013 à 85% en 2015. Au mois d'avril 2017, la couverture rapportée en DTCHepBHib 3 était de 83%.

Selon les estimations de l'OMS/UNICEF, la couverture vaccinale du DTCHepBHib3t a diminué et est passée de 73% en 2014 à 69% en 2015, relevant une différence de 16 points entre les données administratives et l'estimation de l'OMS/UNICEF mais confirmant une baisse de la couverture.

Par ailleurs, une disparité importante de performance existe entre les districts : en 2016, selon les rapports administratifs, 56 districts sur 113 ont plus de 95% en couverture DTCHepBHib 3 ; 15 districts entre 90 et 95%, 35 districts entre 80 et 89%, 6 districts entre 50 et 79% et un seul district inférieur à 50%. Par rapport à 2015, il est constaté une amélioration de plus de 10% en DTCHepBHib 3 pour certains districts.

L'équité en matière de vaccination permettra à tous les enfants y compris les plus vulnérables d'avoir accès au service de vaccination et de soins de santé primaires. Cependant la disparité de la population et l'éloignement entre la formation sanitaire et la communauté représentent les principales causes de l'iniquité en matière de vaccination.

Financement de la vaccination

Depuis 2016, les projections des obligations de cofinancement jusqu'en 2020, comme tous les Etats Francophones, concernent aussi Madagascar. Malgré les restrictions budgétaires que connaît le pays, récemment sorti de crise, il parvient à honorer ses engagements.

Le tableau ci-après montre la situation globale du pays par rapport à ces obligations de cofinancement.

Année	BUDGET Etat (AR)	BUDGET Etat (USD)	Paiements effectués \$	RESTE A PAYER \$
2016	1 000 000 000,00	312 500,00	312 500,00	586 590,00
RELIQUAT NON PAYE 2016				586 590,00
OBLIGATION ETAT 2017		1 113 500,00		1 660 712,50
RELIQUAT 2016		586 590,00	586 590,00	
2017	7 092 615 000,00	1 113 500,00	814 765,00	298 735,00

Il est à noter que les arriérés de 2016 d'un montant de 586 590 USD ont été apurés sur une partie des paiements de 2017.

Il ne reste plus à payer que 298 735 USD sur l'obligation de co-financement de 1 113 500 USD pour 2017 qui sera prévu au début de 2^{ème} semestre 2017. Ainsi, à partir de l'année 2018, Madagascar ne présentera plus d'arriérés.

Chaîne de froid

La mise à jour de l'inventaire de la chaîne du froid du PEV nous a permis d'actualiser les données. Ainsi, le nombre total des équipements CDF (chambres froides, réfrigérateurs à pétrole et électrique, réfrigérateurs à compression électrique), s'élève à 3172 en mai 2017, contre 3104 en 2016 dont 30% sont non fonctionnels (équipement vétuste, problèmes de la JIRAMA : délestage, variation de la tension électrique, non disponibilité de la source électrique). La disponibilité du pétrole demeure un problème à tous les niveaux malgré la recherche des solutions au niveau des responsables du Ministère. Cependant, on note une amélioration de la disponibilité des pièces de rechange grâce à l'appui de l'OMS et de l'UNICEF en 2016 et par les restes des acquisitions de RSS1 et de l'Etat pour le premier semestre 2017.

Les techniciens du Ministère ont pu installer depuis 2016 jusqu'à 500 réfrigérateurs dans toute l'Ile. Mais les besoins en réfrigérateurs solaires sont encore estimés à 1850 pour la période 2017 à 2021 (y compris ceux qui ne disposent pas encore d'équipements CDF). Le taux de fonctionnalité de ces nouveaux réfrigérateurs est de 99%.

L'installation de la MULTILOG 2 pour contrôler le fonctionnement des chambres froides au niveau central, et l'introduction des

dataloggers à partir de cette année pour les nouveaux équipements solaires faciliteront également le suivi à distance du fonctionnement de chaque appareil (position géographique, historique de la température, historique de la fermeture et d'ouverture de la porte).

En 2016, le reliquat du RSS1 a pu financer la réparation et la mise en marche de 02 chambres froides (Melaky et Toamasina 1), 02 réfrigérateurs solaires dans la région de Boeny et 01 congélateur à Vatmandry ainsi que la formation en maintenance préventive des équipements pour les 113 techniciens des Districts.

La situation actuelle de l'ensemble des équipements de la CDF est stationnaire pour le premier semestre de cette année 2017 par rapport à l'année précédente.

Fiabilité et qualité des données

Dans le cadre du Renforcement du Système de Santé, une réforme du Système d'Information Sanitaire (SIS) a été adoptée depuis l'année 2016. Sous l'égide du Secrétariat Général, un comité SIS a été créé afin d'assurer la fiabilité, la coordination et l'harmonisation de toutes les activités relatives à la disponibilité des données à jour pour tous les programmes et projets dans le secteur.

La réactualisation de la feuille de route relative au renforcement du SIS est actuellement en cours. Ce document souligne, parmi les stratégies évoquées, le développement d'un système d'assurance qualité des données, y compris celles du programme élargi de vaccination.

Pour atteindre les objectifs fixés, un Groupe Technique de Travail (GTT), composé de l'équipe technique de la Direction du Programme Élargi de Vaccination (DPEV) et celle de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP), a été mise en place. Ce groupe définit la méthodologie de vérification et du contrôle de la qualité des données à tous les niveaux, la redynamisation du comité de validation des données au niveau des districts et la mise en œuvre des activités d'assurance qualité proprement dite.

Le Système d'Information Sanitaire du Pays va déployer prochainement le DHIS2 comme plateforme de discussion sur la qualité des données du Ministère de la Santé.

Malgré les dispositifs entrepris, un écart de 16 points du taux de couverture en DTCHepB/Hib3 entre les données administratives et estimation OMS/UNICEF persiste depuis 2014 jusqu'en 2016.

Les estimations OMS-UNICEF ont confirmé l'augmentation de la CV DTCHepB/Hib 3 à 77%, soit 08 points de plus par rapport à 2015. Pour ce même Antigène, l'écart entre la CV administrative (93%) et les estimations OMS-UNICEF (77%) est de plus de 10 points, ce qui confirme la faiblesse de la qualité des données administratives. Des efforts doivent être poursuivis pour mettre en œuvre le Plan d'Amélioration de la Qualité des Données qui est en cours d'élaboration.

Surveillance intégrée :

Madagascar a fait face à une épidémie de cVDPV en 2014 et 2015 (11 cas dont 10 cas de type1 et 1 cas atypique). La 5e évaluation indépendante de l'épidémie (OBRA 5) en décembre 2016 a confirmé l'arrêt probable de la circulation de cVDPV (à noter que le dernier cas date d'Août 2015). Ceci a été possible grâce à une riposte énergique comprenant entre autre la mise en œuvre de 9 campagnes FAV/Polio, le renforcement de la surveillance des PFA et l'amélioration du PEV de routine. En 2016 les performances de la surveillance ont été très appréciables pour ce qui est des 2 indicateurs majeurs (TPNP : 7,13 ; % de selles adéquates : 85%).

Pour ce qui est de 2017, le défi de la surveillance était de maintenir les acquis de la riposte afin de s'acheminer vers l'éradication de la polio. Nous pouvons nous réjouir de l'issue de la Surveillance des PFA dans le SITREP N°21 de 2017 où les indicateurs majeurs restent très appréciables (TPNP : 6,5 ; % selles adéquates : 90%). Toutefois si les indicateurs sont bons au niveau national, ils persistent quelques disparités dans les Districts Sanitaires (DS) dont 11/113 n'ont notifié aucun cas de PFA et 4 /113 n'ont atteint aucun indicateur.

La surveillance environnementale de Poliovirus est effective sur les 3 sites : Antananarivo, Mahajanga et Toliara. Sur les échantillons prélevés avec résultats : en 2015, on a trouvé 132 entérovirus non polio et 20 Sabin positifs ; en 2016, on a identifié 305 entérovirus non polio et 69 Sabin positifs ; et en 2017 (Semaine 21), 65 entérovirus non polio et 11 Sabin positifs. Il faut signaler que depuis Juillet 2016 aucun cas de poliovirus vaccinal de type 2 n'a été retrouvé dans les échantillons environnementaux, le remplacement VPOT-VPOb ayant eu lieu en Avril 2016. Ceci confirme le succès du Switch à Madagascar.

Par ailleurs 16 districts de 11 régions disposent de tablettes pour la surveillance électronique. La formation des prestataires sur l'approche « surveillance électronique intégrée » sera mise à l'échelle.

En outre, la surveillance des maladies au niveau du site sentinelle à savoir : méningites bactériennes pédiatriques (MBP), infections à pneumocoque et gastro-entérite à Rotavirus, prenait sa place au Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant de Tsaralalana (CHUMET) qui a été choisi selon les critères définis par l'OMS. Ce site sentinelle est bien fonctionnel et a montré un impact des nouveaux vaccins sur les maladies ciblées.

Communauté et Mobilisation Sociale :

Le Ministère de la Santé Publique dispose des documents stratégiques suivants :

- une Politique Nationale de la Santé Communautaire (PNSC) qui devra être suivie d'un plan stratégique d'harmonisation de l'approche communautaire ;
- un Plan National Stratégique de Communication sur le Programme Elargi de Vaccination (PEV) 2017-2019, en attente de financement pour la mise en œuvre ;
- un Plan Stratégique de Communication et Mobilisation sociale pour l'éradication de la poliomyélite à Madagascar pour la Phase de stabilisation, qui sera mis en œuvre à partir de juillet 2017.

Ces documents serviront d'outils pour remédier à la faiblesse de la participation de la communauté et des AC/ COSAN qui a été constatée ainsi que l'insuffisance de leur motivation dans la mise en œuvre de leurs activités dans certains districts.

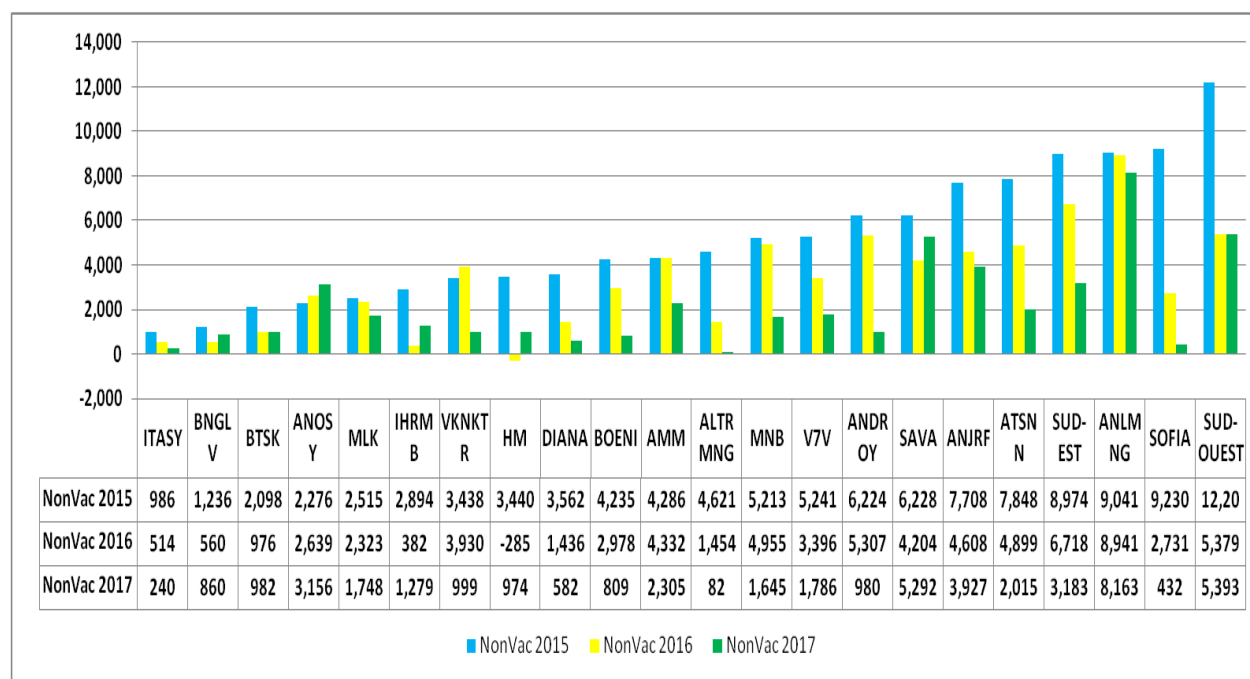
En outre, les outils de gestion communautaire (registres et rapports communautaires) restent encore mal utilisés par les AC malgré leur disponibilité. Ceci est dû au manque de compétence des AC et de supervisions des Chefs CSB.

Les cas d'abandon dans le PEV de routine, les refus et absences pendant les AVS ont augmenté, notamment dans les grandes villes et chefs-lieux de régions.

Toutefois, une nette diminution du nombre d'enfants non vaccinés a été enregistrée dans 16 régions sur 22 de 2015 à 2017

Grahiqe N°1 : Nombre d'enfants non vaccines en DTCHepBHib3, par région janvier - avril 2016 – 2017 (1ère trimestre) :

Source JRF



2015: 113 497
soit 43%

2016: 72 377
soit 27%

2017: 46 833
Soit 17%

Ressources humaines

Au niveau CSB

Sur le plan national, 49% des centres de santé de base 2 ne disposent pas de médecin, en baisse par rapport à 2016 à cause des départs à la retraite, des nominations en tant que médecins inspecteurs, adjoints techniques ou responsables de programmes, des affectations au niveau CHRD, CHRR ou CHU ou des admissions à des formations. La précédente vague de recrutement date de fin 2013 (116 médecins), largement insuffisant d'où cette baisse. Pour y remédier, le Ministère de la Santé Publique a procédé à deux vagues de recrutement de médecins généralistes (230 en tout dans les CSB2 sans médecin ou en remplacement des

départs en retraite ou pour affectation). Certains d'entre eux ont déjà rejoint leurs postes à partir de décembre 2016, les autres viennent de retirer leurs décisions d'affectation, finalisées fin juin 2017. Ces recrutements permettront de doter en médecin les CSB2 tenus actuellement par des paramédicaux ou des médecins à la veille de la retraite, d'où une offre de service de santé nettement plus fournie, moins d'absentéisme car il y a désormais au moins deux agents au niveau de ces CSB2, et la possibilité de faire des stratégies avancées sans que la formation sanitaire ne soit fermée.

51,6% des centres de santé de base sont gérés par des agents seuls au poste responsables des soins curatifs et de la vaccination. Le recrutement dans la Fonction Publique des agents de santé contractualisés par les projets (GAVI, PASSOBA...) a permis la réouverture de CSB fermés et le renforcement des effectifs au niveau des régions bénéficiaires. 340 agents ont été contractualisés avec GAVI depuis 2010, 322 ont été recrutés dans la Fonction Publique. Les 94 derniers contractuels ont tous été recrutés en avril 2016 et ont été maintenus au niveau de leurs CSB respectifs, souvent des CSB enclavés fermés avant leur contractualisation. Les services de santé, y compris la vaccination, sont alors disponibles au niveau de ces zones difficilement accessibles.

Les difficultés pour affecter du personnel dans les CSB des zones enclavées demeurent (difficultés d'accès surtout pour le genre féminin, insécurité...). Des stratégies de fidélisation des agents dans ces zones ont été adoptées comme la dotation de kits de mesures incitatives (AFD, 69 CSB pour PASSOBA) ou de matériels de transport, à généraliser en ciblant les CSB enclavés à faibles performances. Il n'y a pas encore de mécanisme de fidélisation à grande échelle faute de financement clair. Une évaluation de ces mesures est en cours afin d'en analyser l'efficacité en terme de rétention, de performance et contribuera à déterminer les mesures standards et pérennes avec le financement de l'Etat et des PTF.

D'autres mécanismes de fidélisation existent, les indemnités d'éloignement par exemple mais leur montant est dérisoire : une réévaluation devra être entreprise pour les rendre plus incitatives. Une imprégnation des agents nouvellement recrutés avant leur prise de poste est également indispensable afin de les familiariser avec le travail qui les attend sur le terrain.

Pour améliorer le cadre de vie de ces agents, une collaboration avec la communauté s'impose et il est important de développer au niveau CSB la santé au travail (bien-être au travail). Dans les zones à insécurité, il est indispensable de coopérer avec les forces de l'ordre. Notons que ces agents ont parfois une double peine : non seulement ils travaillent dans les zones enclavées, mais en plus on les y « oublie », l'insuffisance en effectif ne permettant pas de mettre en œuvre un mécanisme de plan de carrière effectif, leur remplacement n'est pas évident et ils y travaillent jusqu'à leur retraite.

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), validé en 2016 et en cours de mise en œuvre, propose des améliorations en matière de GRH à travers 4 axes stratégiques : (i) le renforcement de la gouvernance et du leadership institutionnel de la gestion des RH, (ii) le renforcement de la gestion des RH disponibles (déconcentration de la GRH, GPEEC, plan de carrière, mesures incitatives...), (iii) l'amélioration de la production des RH et (iv) le renforcement du système d'information, de la planification et du suivi/évaluation. A travers une meilleure gestion de leur carrière, l'objectif est de motiver les agents pour permettre d'accroître leur rendement et la qualité de leur travail avec une attention particulière accordée à la rétention incitative des personnels qui acceptent de travailler dans les zones éloignées et enclavées et ce, dans des conditions souvent difficiles.

Au niveau régional

Il y a une insuffisance d'effectif au niveau des EMAR et EMAD, il arrive qu'il n'y a que deux ou trois médecins au niveau d'un chef-lieu de District, et les agents cumulent les fonctions (responsable de plusieurs programmes...).

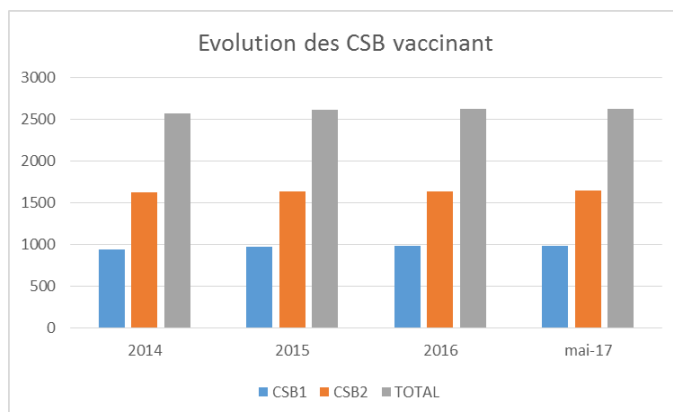
Au niveau communautaire

La Politique Nationale en Santé Communautaire est disponible, une mise à jour est en cours. Des nombreuses activités ont déjà été entreprises au niveau communautaire pour redynamiser les CCDS (taux de fonctionnalité : 29% en 2016 à 46% en 2017), les COSAN (taux de fonctionnalité : de 78% en 2016 à 80% en 2017) et renforcer les capacités des AC.

Les ONG et les OSC sont également très impliquées.

En termes de motivation, les AC ont reçu des indemnités lors des campagnes.

Graphique N°2 : Evolution du nombre de CSB publics vaccinant de 2014 à Mai 2017 (Source : DDS)



EVOLUTION DES CSB VACCINANT					
	ANNEES	2014	2015	2016	mai-17
NOMBRE CSB	CSB1	946	975	982	982
	CSB2	1622	1631	1638	1641
	TOTAL	2568	2606	2620	2623
REHABILITATION/NOUVELLE CONSTRUCTION	GAVI	11	3	16	
	TOTAL	33	50	112	

Le nombre de CSB publics vaccinant est passé de 2568 en 2014 à 2623 en mai 2017.

Prestations de service :

Lors de la vaccination de routine, on a constaté que le nombre des enfants non vaccinés reste encore considérable dans les zones urbaines que dans les zones enclavées.

L'absence de transfert de compétence par les agents formés aux nouveaux recrues et/ou aux deuxièmes agents affecte la performance vaccinale.

Parmi les vaccinés, la contribution des Formations Sanitaires privés est estimée à 4,2%.

Réalisation de la plateforme :

Les interventions de la plateforme COMARESS ont été axées sur les 3 objectifs prioritaires de GAVI qui contribuent au Renforcement du Système de Santé, à l'amélioration de la couverture vaccinale et à l'équité en étroite collaboration avec CRS/MG et le Ministère de la Santé Publique.

Des ateliers d'orientation des Promoteurs issus des OSC des Districts (POD), membres des réseaux régionaux ont été effectués. Des orientations sur l'approche ACE, axées sur l'amélioration de la technique de facilitation des dialogues communautaires et la mise en œuvre de la Communication pour le Développement (C4D) modèle UNICEF, ont été organisées au niveau de chaque chef-lieu de région.

- Régions concernées : 20
- Districts touchés: 38
- Communes appuyées : 76
- Fokontany /hameaux ayant bénéficiés du DialCom : 231
- Nombre de POD orientés : 218

Les Défis majeurs à relever pour augmenter la couverture incluent :

Logistique :

- a. Disponibilité des vaccins et intrants de bonne qualité et en quantité suffisante dans toutes les Formations Sanitaires ;
- b. Renforcement de capacité de stockage ;
- c. Renforcement de compétence des responsables PEV en matière de gestion de vaccins et maintenance de la CdF ;
- d. Solarisation des réfrigérateurs

Mobilisation sociale :

- a. Mise en œuvre du Plan National Stratégique de Communication sur le PEV 2017-2019 et du Plan Stratégique de Communication et Mobilisation Sociale pour l'éradication de la poliomyélite à Madagascar pour la Phase de stabilisation ;
- b. Réactualisation des Termes De Référence (TDR) des AS et des acteurs communautaires dans le PEV pratique et ACE sur les liens et actions à mener avec la communauté ;
- c. Redynamisation des structures communautaires (COSAN, CCDS...).

Prestations :

- a. Mise en œuvre de l'approche atteindre chaque enfant (ACE) à commencer par les 54 districts cibles du RSS2 et mise à l'échelle nationale ;
- b. Recherche active des perdus de vue entre les campagnes ;
- c. Renforcement des compétences des agents de santé en matière de PEV à travers les supervisions formatives ;
- d. Organisation des séances de transfert de compétence avant chaque affectation si possible ;
- e. Accélération de la mise en place de réfrigérateurs solaires.

Qualité des données :

- a. Elaboration et mise en œuvre du Plan d'Amélioration de la Qualité des données (à intégrer dans le PPAC 2017 - 2020);
- b. Recensement général de la population de l'habitat ;
- c. Conduite d'une Enquête de Couverture Vaccinale en 2017 ;
- d. Réalisation d'une revue externe du Programme Elargi de Vaccination.

Surveillance intégrée :

- a. Renforcement de l'implication des Agents Communautaires incluant les Tradipraticiens pour la recherche active des cas de MEV ;
- b. Renforcement de la supervision formative à tous les niveaux en particulier les supervisions formatives conjointes ;
- c. Formation de tous les chefs CSB dans chaque district pour mieux les évaluer ;
- d. Développement d'un mécanisme de redevabilité incluant la recherche active et la notification des cas détectés à temps ;
- e. Mise à l'échelle de la surveillance électronique intégrée dans tous les CSB ;
- f. Maintien du statut du pays ayant interrompu la circulation de cVDPV ;
- g. Maintien du statut de pays ayant éliminé le TNN ;
- h. Mise en place de la surveillance du syndrome congénital de la rubéole ;
- i. Maintien de la surveillance sentinelle des maladies évitables par les nouveaux vaccins.

Coordination :

- a. Renforcement de la coordination par le Ministère de la Santé Publique avec les différents PTF (financement, activités, zones d'intervention) ;
- b. Renforcement de la coordination entre les différents PTF (financement, activités, zones d'intervention)
- c. Intégration du PEV avec les autres programmes prioritaires de santé ;
- d. Mise à jour du Mapping des interventions des partenaires et cartographies des Formations Sanitaires ;
- e. Prise en compte des recommandations issues des réunions et campagnes pour une bonne coordination ;
- f. Mise en place d'un CCIA régional.

2. CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS DEPUIS LA DERNIÈRE ÉVALUATION CONJOINTE

La situation actuelle du pays relative aux différents thèmes a déjà été développée dans la partie contexte figurée ci-dessus.

Néanmoins, depuis la dernière évaluation conjointe, quelques événements ont pu affecter la performance du système de vaccination et les subventions de GAVI :

- un cataclysme naturel, (le Cyclone ENAWO) a sévi récemment le pays au mois de Février 2017 et a causé beaucoup de dégâts sur les infrastructures sanitaires, routières, populations sinistrées. (Cf Annexe N°1 les informations sur les impacts du cyclone tropical ENAWO) ;
- Insécurité rurale par la recrudescence du phénomène de grand banditisme (troubles sociaux, dahalo et vols de bovidés) causant des déplacements de populations et abandon des postes sanitaires ;
- Impacts liés aux problèmes socio- politiques : recrudescence des cas de refus de vaccination lors de la campagne Polio (Cf Annexe N°2 Rapport de campagne) ;
- Mauvaise gestion des fonds du RSS1 et SSV identifiée lors de l'Audit de GAVI ;
- Problèmes liés à la défaillance de l'organisation pour certains Districts (financement, logistique, Ressources Humaines...) au cours des campagnes de vaccination au détriment du niveau opérationnel (CSB et Communautés).

Toutefois, la TVA qui a été parmi les facteurs contextuels affectant la performance de la vaccination est actuellement prise en charge par le Gouvernement. (Cf Annexe N°3 Note verbale du MFB).

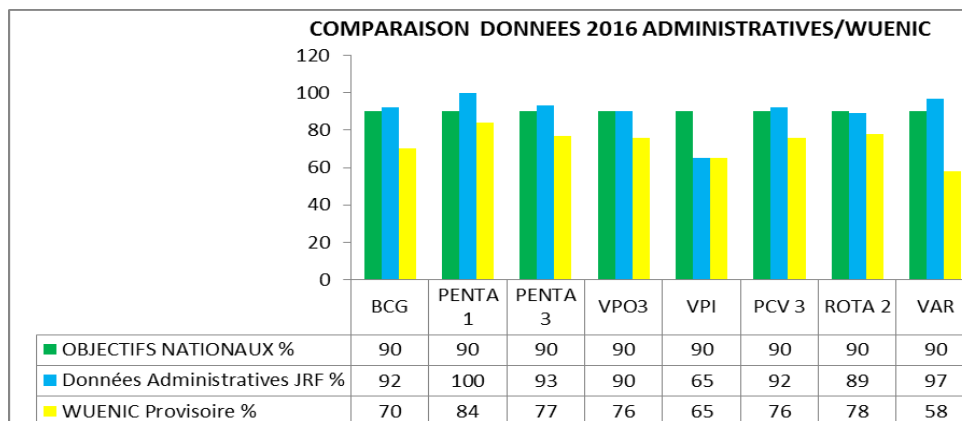
3. PERFORMANCES DU SYSTEME DE VACCINATION PENDANT LA PERIODE DE RAPPORTS

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

- **Données 2016 :**

Les résultats de la couverture vaccinale de 2016 pour les antigènes principaux sont présentés ci-dessous :

Graphique N°3 : Comparaison des données 2016 des antigènes principaux Administratives/WUENIC

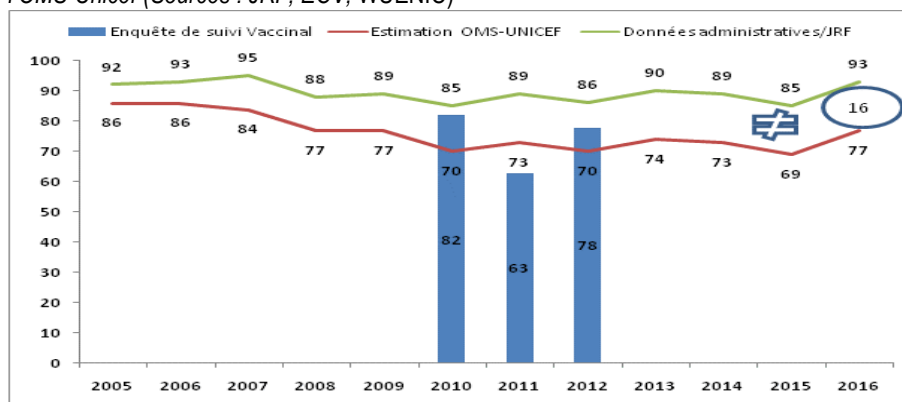


Selon les données administratives en 2016, tous les objectifs nationaux ont été atteints sauf pour le VPI dont l'approvisionnement a été irrégulier à tous les niveaux. Les chiffres du WUENIC restent encore significativement inférieurs aux données administratives.

- **Tendance de la couverture vaccinale dans le temps :**

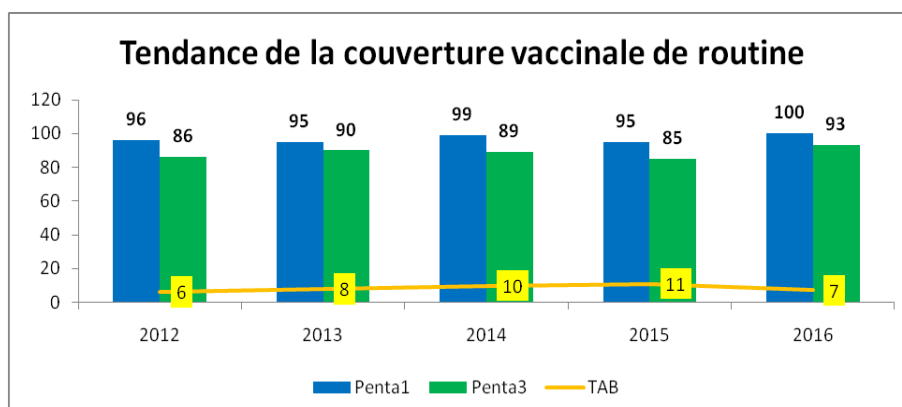
Selon les données administratives et les estimations OMS – UNICEF, la couverture vaccinale en DTCHepBHib3 était stationnaire de 2012 à 2014, puis a connu une baisse en 2015 et une remontée en 2016.

Graphique N°4 : Comparaison des taux de couverture administrative en DTCHepBHib3 de 2005 à 2016 avec l'estimation de l'OMS-Unicef (Sources : JRF, ECV, WUENIC)



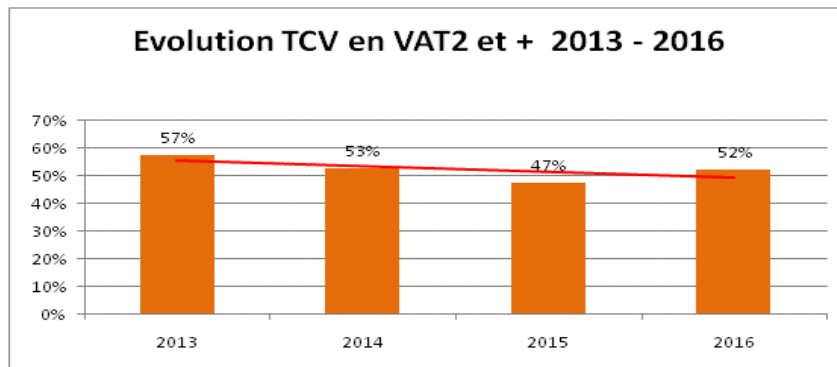
En 2016, on note une différence de 16 points entre les données administratives et l'estimation de l'OMS – Unicef. Cette différence significative constatée également pour les années antérieures pose un problème de la qualité des données.

Graphique N°5 : Tendance de la couverture vaccinale en DTCHepBHib1 - DTCHepBHib3 et taux d'abandon de 2012 à 2016 au niveau national. (Source : JRF)



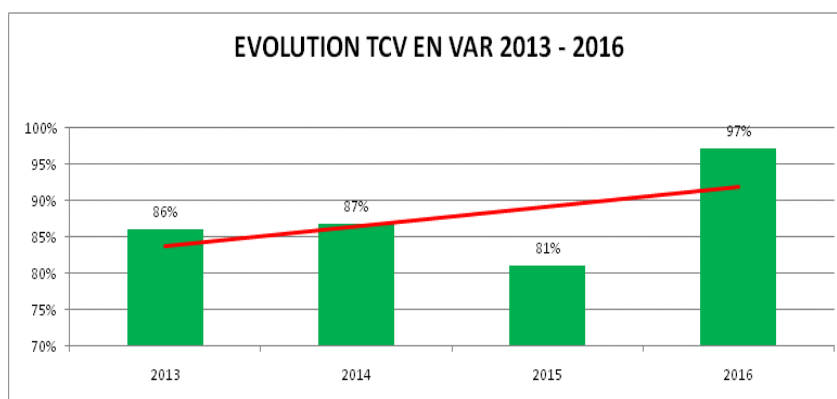
La performance sur la vaccination est marquée par le taux de couverture de 93% en DTCHepBHib 3 en 2016 (contre 85% en 2015), le taux d'Abandon est de 7% en 2016 (contre 11% en 2015).

Graphique N°6 : Evolution des taux de couvertures en VAT2 (Source JRF)



La couverture en VAT 2+ demeure faible sur toutes les années, autour de 50% pour un objectif de 80%. Cette situation est due au mauvais comptage des doses de VAT2+ car toute femme enceinte qui se fait vacciner est considérée comme VAT1. Cela s'explique par la mauvaise conservation de la carte de vaccination.

Graphique N°7 : Evolution des taux de couvertures en VAR au niveau national (Source : JRF)

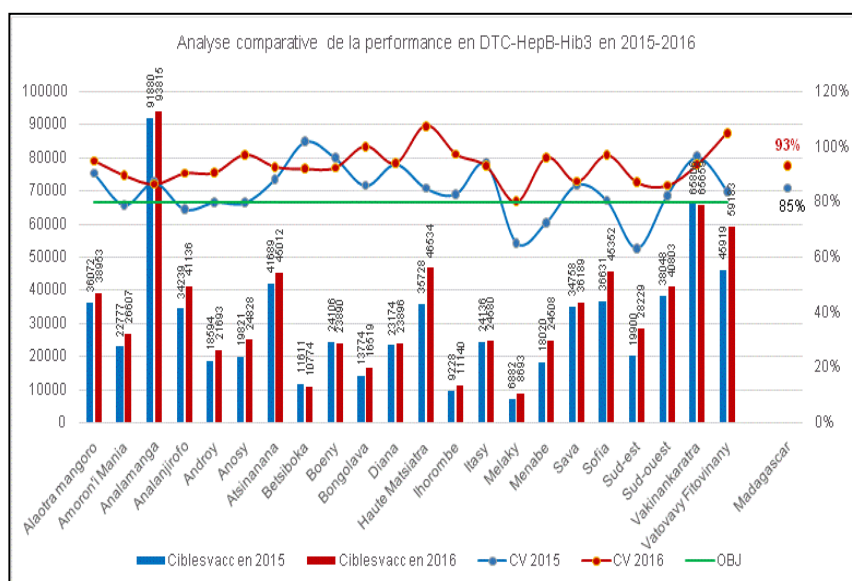


En 2015, il y a eu la mobilisation de l'équipe pour les campagnes de riposte à l'épidémie de polio qui pourrait expliquer en partie la chute du taux de couverture en routine par rapport à 2014.

On note une augmentation de la couverture en VAR en 2016 (97%) par rapport aux années antérieures, qui résulte de l'inclusion des données de la campagne rougeole dans les données de routine dans certains districts.

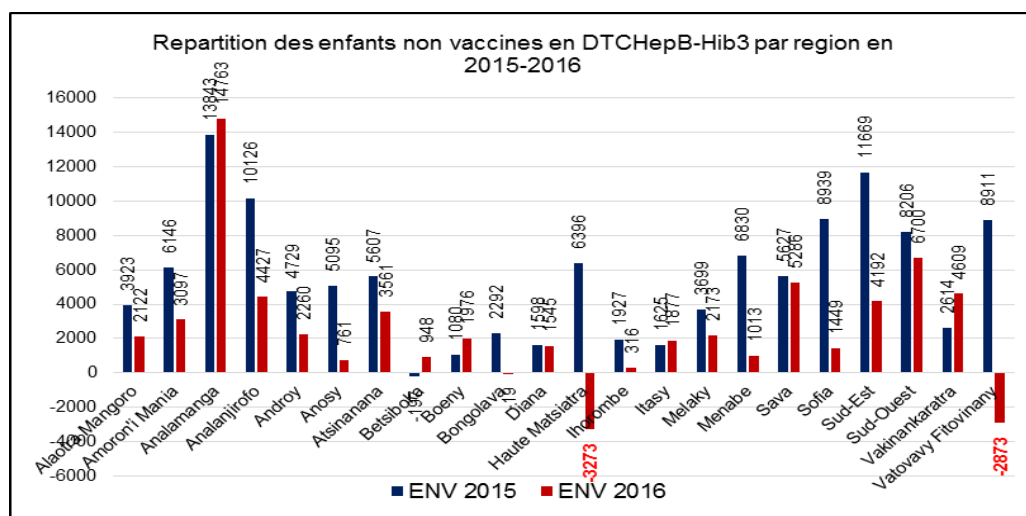
- Evolution de la couverture vaccinale en fonction des régions

Graphique N°8 : Analyse comparative de la performance en DTC HepB Hib3 en 2015 et 2016 au niveau régional. (Source : JRF)



Nous notons un progrès de la performance en DTC HepB Hib3 en 2016 (93%) par rapport à 2015 (85%) ; ceci est observé dans la grande majorité des régions (91%).

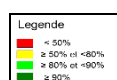
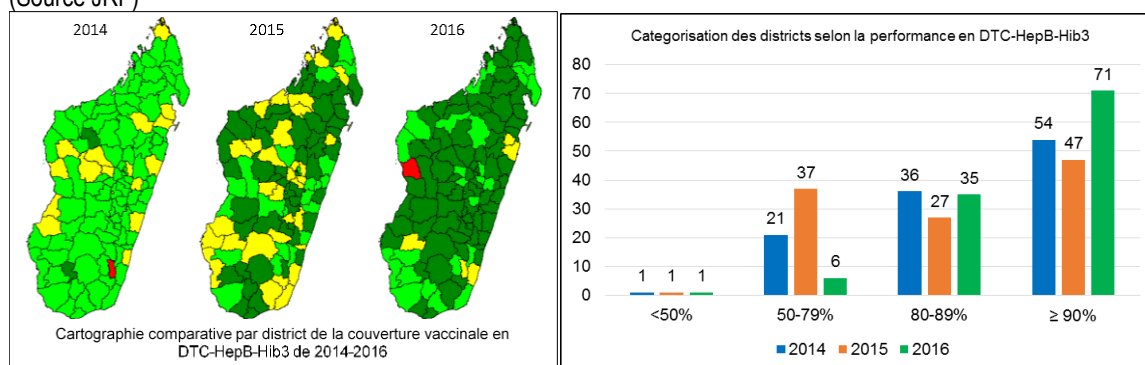
Graphique N°9 : Répartition des enfants non vaccinés en DTC HepB-Hib3 en 2015-2016 au niveau régional. (Source : JRF)



En 2016, on constate une diminution du nombre des enfants non vaccinés dans la majorité des régions sauf à Analamanga et Vakinankaratra. Haute Matsiatra ET Vatovavy Fitovinany qui affichent une couverture de plus de 100% n'ont théoriquement pas d'enfants non vaccinés mais la situation mérite une analyse approfondie sur la qualité des données

• Evolution dans le temps de la couverture vaccinale en fonction des districts

Graphique N°10 : Cartographie comparative de la couverture vaccinale en DTC HepB-Hib3 de 2014 à 2016 au niveau des districts (Source JRF)

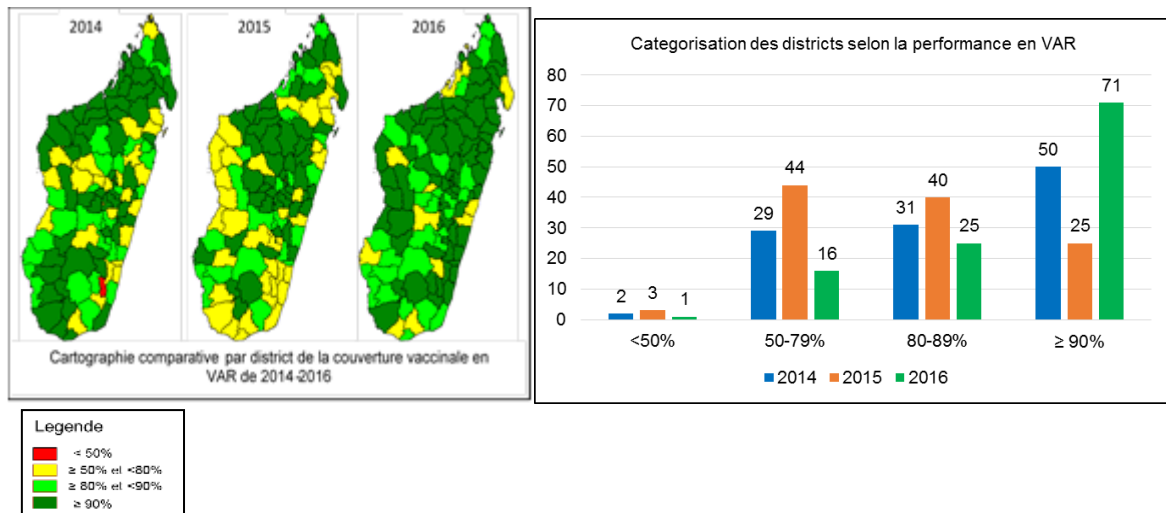


On peut observer une amélioration de la couverture dans plusieurs districts de 2014 à 2016. Pourtant la disparité entre les Districts persiste avec une couverture allant de moins de 80% à plus de 90% voire plus de 100%.

On observe une augmentation du nombre de districts ayant une couverture vaccinale <80% en DTC HepB-Hib3 : 21 /112 en 2014 à 37/112 en 2015. Une amélioration nette a été constatée en 2016, le nombre est passé à 6 Districts sur les 113 (Ankazoabo Atsimo, Antananarivo Renivohitra, Vavatenina, Midongy Atsimo, Toamasina II, Antsalova).

On note que la couverture vaccinale ne s'est pas améliorée dans la zone Sud. Cela pourrait avoir un lien avec la sécheresse, la pauvreté, l'insécurité qui limitent l'accès aux sites de vaccination. Les zones à l'ouest (Melaky) sont très étendues mais par contre très enclavées ; très peu de services y sont offerts. A ces facteurs qui pénalisent les activités de vaccination s'ajoute l'insécurité.

Graphique N°11 : Cartographie comparative de la couverture vaccinale en VAR de 2014 à 2016 au niveau des districts (Source JRF)

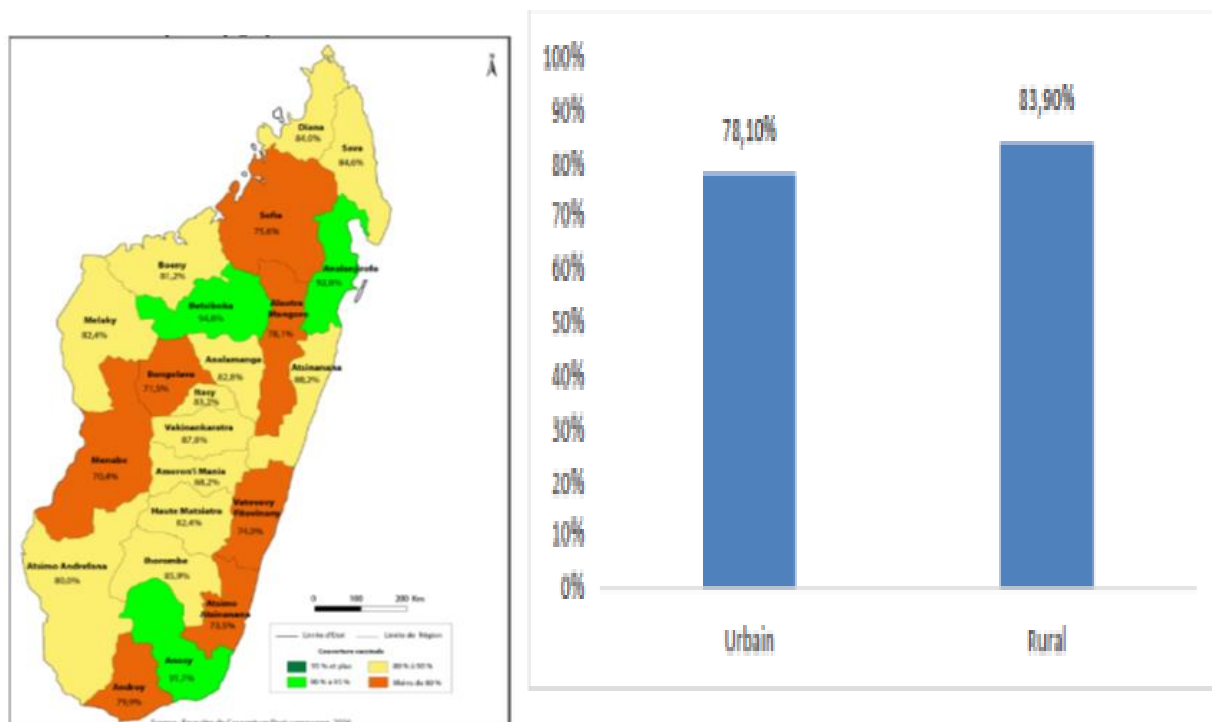


On peut observer une amélioration de la couverture dans plusieurs districts de 2014 à 2016.

Les principaux facteurs qui continuent à pénaliser les activités de vaccination sont l'enclavement, l'insécurité persistante, le manque de service, l'inaccessibilité de la population au service, la pauvreté et le climat (sécheresse récurrente...).

- Comparaison de la couverture vaccinale de la campagne VAR : Zone rurale / urbaine

Graphique N°12 : Résultats de l'enquête de couverture de la campagne rougeole (campagne - Oct 2016, enquête - Dec 2016)

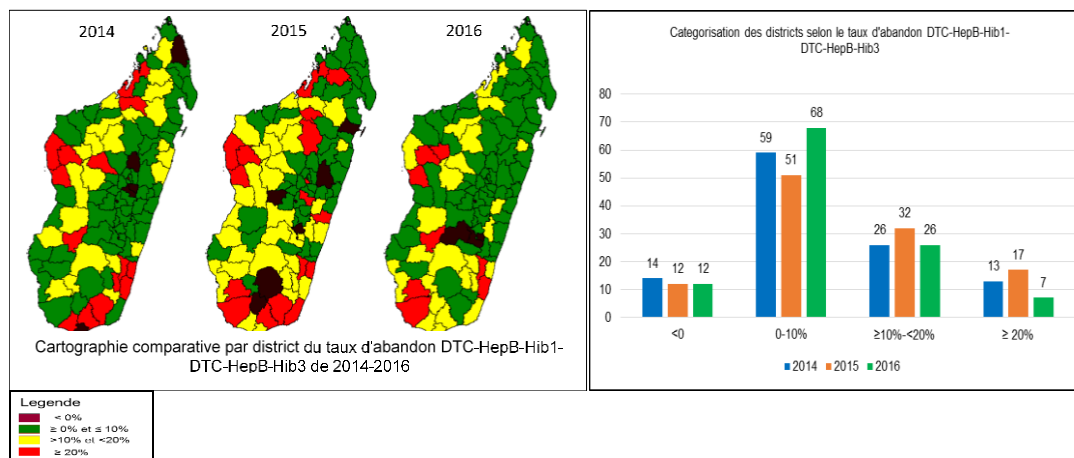


La couverture vaccinale post-campagne est significativement plus élevée en milieu rural.

La couverture post-campagne au niveau rural est de 83,9% (83,3%-84,6%) contre 78,1%(76,8%-79,5%) pour le milieu urbain, soit un écart de près de 6 points statistiquement significatif avec un seuil d'erreur de 5%.

- Evolution dans le temps des taux d'abandon par district

Graphique N°13 : Cartographie comparative par District du taux d'abandon



On note une nette amélioration du taux abandon < à 10% allant de 59 Districts en 2014 à 68 Districts en 2016.

- Triangulation couverture / Nombre d'enfants non vaccinés / Taux d'abandon

Tableau N°1 : Tableau de triangulation

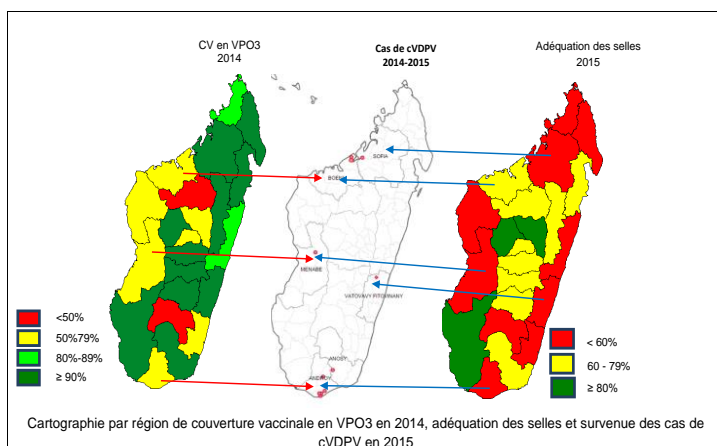
DISTRICTS	Nombre d'enfants vaccinés DTCHePBHib3	Couverture administrative DTCHePBHib3 %	Nombre d'enfants non vaccinés DTCHePBHib3	Taux d'abandon
ANTANANARIVO-RENOVOHITRA	34451	73%	12460	0%
VANGAINDRANO	9160	77%	2730	19%
SAMBAVA	10990	83%	2280	5%
AMPANIHY	9007	80%	2183	29%
TOAMASINA II	7512	78%	2153	7%
VAVATENINA	5454	74%	1966	18%
AMBOVOMBE-ANDROY	8306	82%	1784	17%
FANDRIANA	7468	82%	1590	0%
ANTALAHA	8938	85%	1528	7%
TOLIARY II	8013	84%	1522	13%
TAOLAGNARO	9746	87%	1450	14%
FARATSIHO	6981	83%	1403	3%
ANDAPA	7799	85%	1381	5%
ANTSIRABE I	6682	84%	1240	-3%
ANTSIRABE II	13439	92%	1220	3%
MIARINARIVO	7508	86%	1183	7%
ANTSALOVA	961	46%	1144	46%
ARIVONIMAMO	9868	89,6%	1143	1%
ANDRAMASINA	5001	81%	1136	4%

On peut constater qu'il y a des districts avec de bonne performance (taux de couverture vaccinale ≥ 80% et taux d'abandon entre DTCHePBHib1 et DTCHePBHib3 < 10%), mais des districts ayant un nombre élevé d'enfants non vaccinés devraient être priorités : Antananarivo Renivohitra, Sambava, Fandriana, Antalaha, Faratsiho, Andapa, Antsirabe II, Miarinarivo, Arivonimamo, Andramasina et Antsalova

- Surveillance des MEV :

Madagascar a connu une épidémie de cVDPV en 2014-2015. Au total 11 cas de cVDPV ont été notifiés dans le pays dont 10 cas de type 1 et 1 cas atypique).

Graphique N°14 : Cartographie relative à la survenue de cas de cVDPV selon l'adéquation de selles et la couverture vaccinale en VPO 3 en 2014 par région



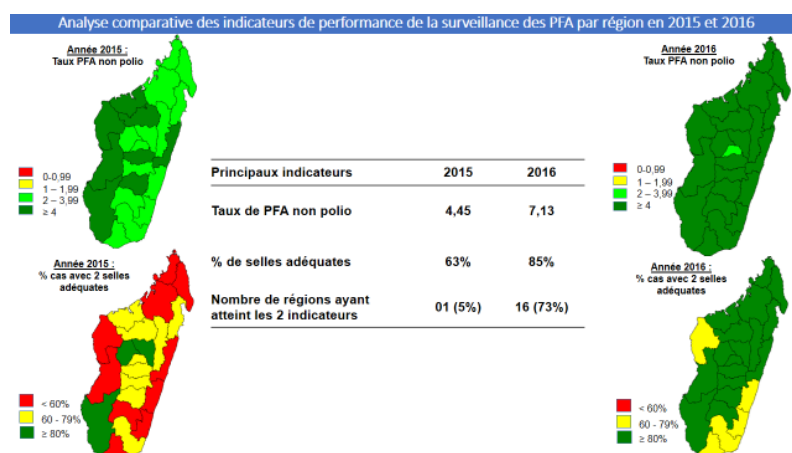
L'analyse des données de surveillance des PFA montre que l'épidémie de cVDPV est survenue dans les régions avec une mauvaise qualité des selles (proportion élevée de selles prélevées au-delà de 14 jours après le début de la paralysie) en 2015. Ce qui traduit la faiblesse de la qualité de la surveillance.

De même, l'analyse de la Couverture Vaccinale en VPO3 montre que les régions à faible niveau de performance en 2014 sont pour la plupart celles qui ont enregistré des cas de cVDPV en 2015. Cette faible performance de la surveillance et de l'immunisation présentée sur les cartes ci-après pourraient expliquer la survenue de l'épidémie de cVDPV en 2015.

a. Surveillance des PFA

Le graphique et les cartes ci-après présentent la distribution des cas de PFA et les indicateurs de performance par région au cours des années 2015-2016.

Graphique N°15 : Cartographie comparative des indicateurs de performance de la surveillance des PFA



L'analyse comparative des résultats de la surveillance des PFA de 2015-2016 montre des progrès considérables avec l'atteinte des 2 indicateurs de performance. Le taux de PFA non polio a atteint 7,13 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en 2016. Le résultat le plus significatif est la proportion des selles adéquates qui est passée de 63% en 2015 à 85%, ce qui traduit la qualité de la surveillance. Ces performances ont été approuvées par les conclusions de la 5eme évaluation indépendante qui a confirmé l'arrêt probable de la circulation du cVDPV à Madagascar en Décembre 2016.

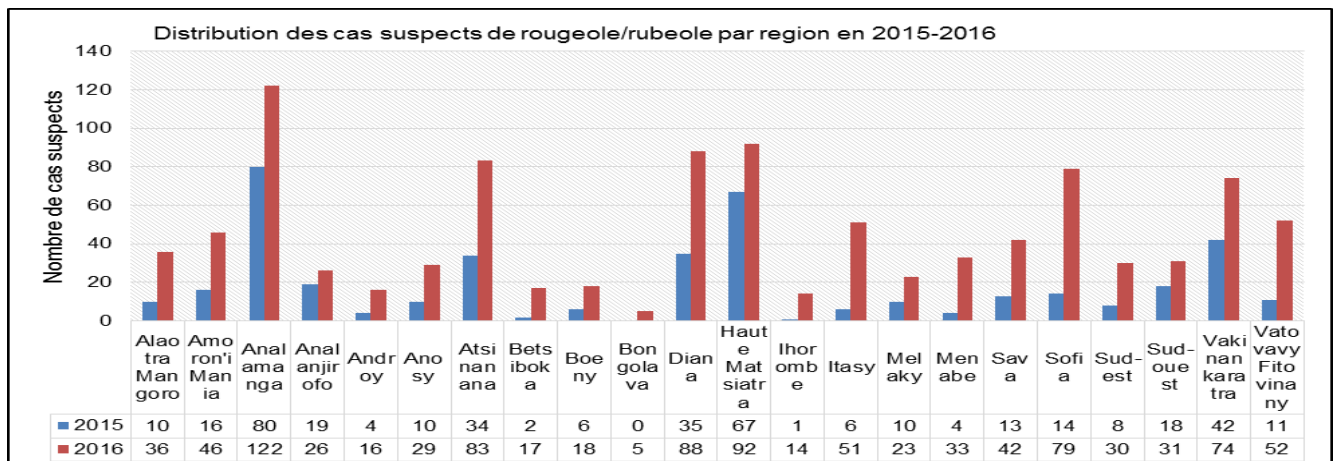
b. Surveillance de la rougeole et rubéole

Le renforcement de la surveillance à Madagascar est reflété par les performances de la surveillance de la rougeole/rubéole en 2016 avec l'atteinte du taux d'investigation non rougeoleux (4 pour 100 000 habitants) et la proportion des districts ayant notifié au moins 1 cas suspect de rougeole (96%).

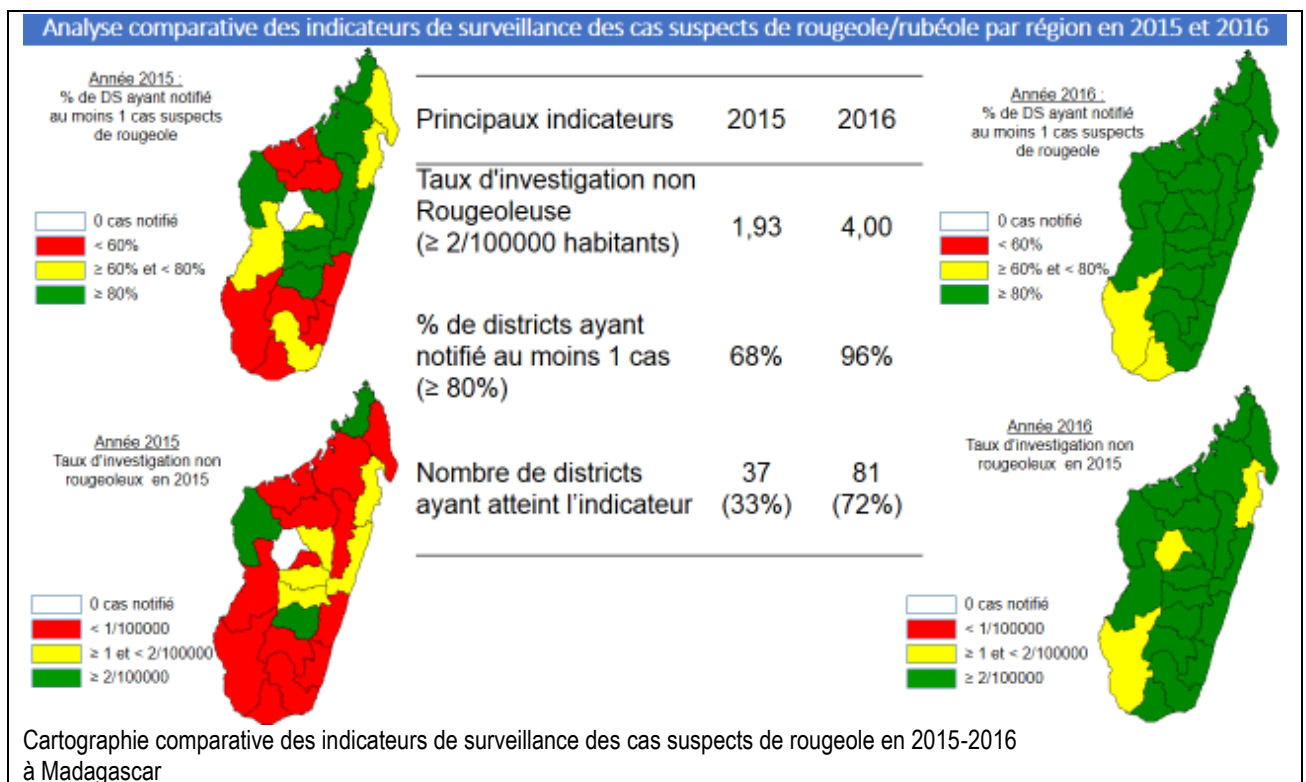
Aussi, convient-il de souligner que Madagascar a enregistré 5 cas d'IgM positifs à la rougeole sans flambée épidémique et 204 cas d'IgM positifs à la rubéole en 2016 contre respectivement 3 cas de rougeole et 86 cas de rubéole confirmés en 2015.

Les efforts sont fournis cette année pour maintenir cette performance en vue d'atteindre l'objectif mondial d'élimination de la rougeole/rubéole en 2020.

Graphique N°16 : Distribution des cas suspects de rougeole/rubéole en 2015 - 2016

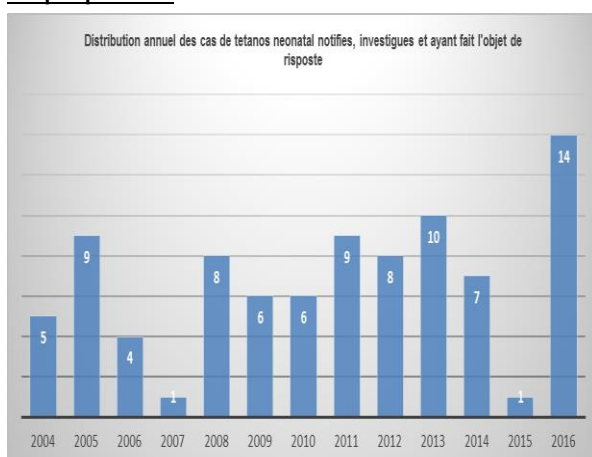


Graphique N°17 : Cartographie comparative des indicateurs de surveillance des cas suspects de rougeole/rubéole en 2015 - 2016



c. Surveillance du tétanos néonatal

Graphique N°18 : Nombre des cas de tétanos néonatal notifiés, investigués et ayant fait l'objet de riposte



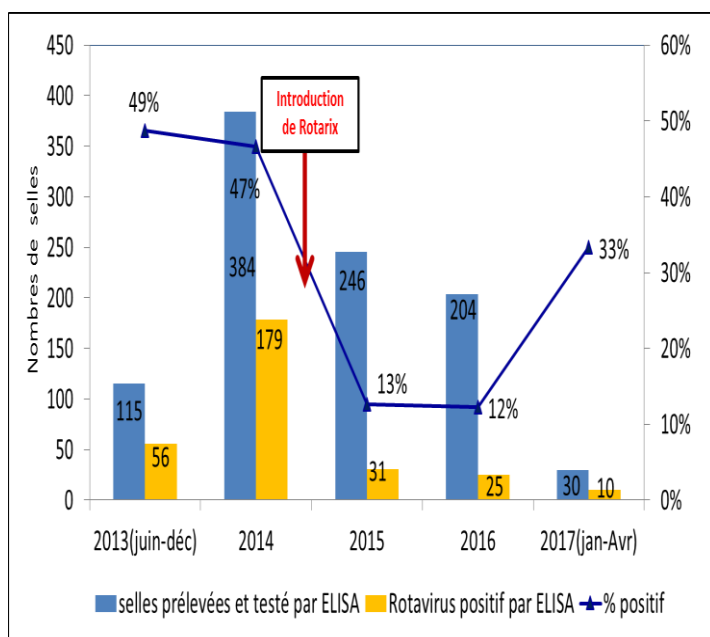
Madagascar fait partie des pays qui ont déclaré avoir éliminé le tétanos néonatal (TNN) en 2014. Toutefois la surveillance est très faible au regard du nombre de cas annuels notifiés, investigués et qui ont fait l'objet de riposte depuis plusieurs années. Ce qui requiert des actions de renforcement pour maintenir le statut de pays ayant éliminé le TNN vu que le risque persiste.

• **Surveillance des sites sentinelles du ROTA et du PBM**

Historique de la SMBP

- 2008: introduction du vaccin anti-Hib dans le PEV
- 2011: début de la surveillance des MBP/Hib
- 2012: introduction du vaccin anti-pneumocoque dans le PEV

Graphique N°19 : Nombre de cas de diarrhées à rotavirus au CHUMET de 2013 -2017



Historique de la surveillance des GE à Rotavirus et des diarrhées pédiatriques à entéropathogènes

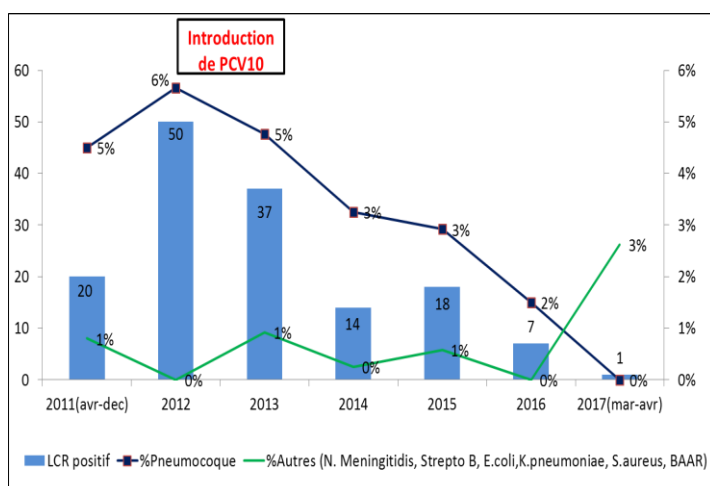
2013- 2017 : (fév) Surveillance des GE à Rotavirus
 2014: Introduction du vaccin anti-Rotavirus dans le PEV
 2017(mars): Surveillance élargie des Rotavirus aux autres entéropathogènes (Surveillance des diarrhées pédiatriques à entéropathogènes)

Les données sont fournis par:

- Site sentinelle
 - service pédiatrique
 - Laboratoire

• **Surveillance des sites sentinelles des méningites à pneumocoques**

Graphique N°20 : Evolution de cas de méningites à pneumocoques au CHUMET de 2012 -2017



- . Diminution du nombre des méningites bactériennes : 36 cas en 2012 => 7 cas en 2016
- . Diminution du taux des méningites à pneumocoques
- . Aucun cas de Hib détecté

• **Données d'utilisation des vaccins :**

Les données d'utilisation des vaccins transmises par les Districts sont disponibles au niveau du Service de Statistique Sanitaire et Démographique de la DEP (compilation RMA) et de la DPEV (DVDMT). Toutefois, ces données ne sont pas encore exploitées. La mise en œuvre du Plan de la Gestion Efficace des Vaccins s'avère une des priorités.

3.2. Facteurs de faible performance/équité

- **Personnels sanitaires :**

Les besoins actuels du Ministère de la Santé Publique s'élèvent à 7500 nouveaux postes (2500 pour 2018 : 800 médecins, 1200 paramédicaux et 500 administratifs et appuis) pour normaliser en ressources humaines les différentes formations sanitaires, du CSB au CHU.

Jusqu'à présent, le nombre d'agents recrutés par année ne dépassait que de très peu le nombre de départs à la retraite d'où l'impossibilité de répondre à la plupart des demandes en personnel avec une priorité accordée aux CSB éloignés, enclavés ou sur le point de fermer (départ à la retraite, agents malades à remplacer, rapprochement prévus...) pour les affectations. Un plaidoyer de haut niveau doit être effectué pour avoir les postes budgétaires requis.

Les recrutements actuels (230 médecins, environ 400 paramédicaux IFIRP et 120 paramédicaux « privés ») permettent de résoudre les besoins les plus urgents (nouvelles formations sanitaires, transformation d'hôpitaux avec bloc opératoire, départs à la retraite...).

La problématique d'insuffisance de personnel est toutefois loin d'être résolue. Actuellement, la production des Instituts de Formation Interrégionale des Paramédicaux (un IFIRP pour chacun des 6 ex-chefs-lieux de Province, production annuelle d'environ 400 paramédicaux toutes filières confondues) est insuffisante. De plus, suite au passage au système LMD, il n'y a pas eu de sortie de promotion en 2015 (seulement une trentaine de redoublants diplômés) et fin 2016, les ex provinces d'Antsiranana et de Mahajanga n'ont pas encore sorti de promotion et pour Toliara, seuls 13 paramédicaux ont été formés. Un retour à la normale est prévu avec la promotion 2017 des IFIRP.

Pour satisfaire les besoins en personnel, il est impératif de recruter les paramédicaux diplômés des instituts de formation privés habilités par le Gouvernement. Une réforme en cours prévoit un examen national pour ces paramédicaux en 2018 avec des curricula de formation standardisés. Le nombre d'instituts privés habilités, environ 80 actuellement, est amené à diminuer et parallèlement, à terme, il est prévu d'avoir un IFIRP par région, garantissant ainsi un contingentement facteur de fidélisation.

Deux tests de niveau national ont été organisés pour le recrutement des paramédicaux « privés » dans la Fonction Publique : 341 déjà recrutés, en cours pour la deuxième vague avec 101 paramédicaux généralistes (plus 19 laborantins pour les centres hospitaliers). La quasi-totalité de ces agents de santé sont affectés au niveau des CSB, en ciblant les CSB éloignées ou enclavées dans les régions où ils ont été sélectionnés (remplacement de départs, deuxièmes agents...). Notons que les résultats à ces tests de niveau ne sont pas du tout satisfaisants, révélateurs d'un faible niveau de ces paramédicaux dû notamment à la qualité de la formation d'où la nécessité absolue d'une réforme.

La répartition inéquitable du personnel de santé est un problème de longue date, avec une concentration en milieu urbain, au détriment des zones rurales éloignées et surtout enclavées. Plus de 26% des médecins et paramédicaux fonctionnaires travaillent dans la région d'Analamanga contre 1,32% pour Melaky et 1,35% pour Androy.

Tableau N°2 : Tableau comparatif de la situation du personnel à Analamanga, Androy, Melaky

Région	Personnel technique (médecins paramédicaux)	Part de la population de la région	Pourcentage de CSB tenus par des agents seuls au poste	Pourcentage de CSB2 sans médecin
Analamanga	26%	13,22%	40,55%	21,38%
Androy	1,35%	2,87%	83,33%	81,25%
Melaky	1,32%	1,48% mais région très vaste	58,62%	77,78%

Une stratégie d'affectation des agents nouvellement recrutés au niveau des CSB des zones éloignées, dans les régions faiblement pourvues en personnel, est déjà mise en œuvre. Un mécanisme de contingentement, appliqué pour les paramédicaux IFIRP, sera de rigueur pour le recrutement des médecins (ceux qui sont diplômés de la Faculté de Toliara par exemple serviront en priorité les régions de l'ex Province de Toliara). La contractualisation d'agents de santé avec les projets permet également de renforcer les effectifs au niveau des régions ciblées.

Paradoxalement, en dépit de la concentration des agents en milieu urbain, les performances en matière de vaccination sont faibles dans les grandes villes.

Les causes sont multiples :

- Concentration de communautés notamment indopakistanaise au niveau de certains quartiers, qui n'emènent pas leurs enfants à se faire vacciner ;

- Pour certaines familles aisées, refus des parents de faire vacciner leurs enfants ;
- En milieu urbain les gens vont surtout dans les formations sanitaires privées (FSP) : les données ne sont pas disponibles car certaines de ces FSP ne suivent pas le circuit du rapportage des informations ;
- Problème de densité pour les fokontany très peuplés, insuffisance d'AC ;
- Problèmes des familles démunies et des enfants marginalisés des bas quartiers, mais également insuffisance d'éducation des mères...

D'où la nécessité d'une « approche ville » pour les grandes villes : dans la mise en œuvre de l'ACE, il faut identifier les zones où se trouvent les enfants à cibler (cartographie), prendre en considération les déplacements « nuit et jour », faire des microplanifications sectorielles (bas quartiers...)

En outre il faut exiger une sorte de redevabilité du secteur privé, en l'impliquant davantage en matière de vaccination, tout en allégeant les procédures pour leur permettre de faire un rapportage correct.

- **Chaîne d'approvisionnement :**

Le rythme d'approvisionnement des vaccins et intrants du Copenhague au niveau central (selon forecast) n'est pas toujours respecté selon la prévision quelques fois entraînant soit une rupture soit un sur stockage des produits. Ceci est aggravé par le retard du paiement du co-financement de l'Etat.

Comme moyen d'approvisionnement des vaccins et intrants du niveau central vers les périphériques, le pays ne dispose que de 2 camions frigorifiques (14 m3) non adaptés à tout terrain et de 3 camions vétustes. C'est pourquoi le Ministère de la Santé Publique a demandé de l'appui auprès de l'UNICEF qui a financé l'approvisionnement en vaccin et intrant de routine pendant trois trimestres en 2016.

Pour le kit d'envoi, tous les niveaux ne disposent ni de caisses isothermes PQS, ni d'outils de suivi de températures au cours du trajet.

Les kits de protection du personnel travaillant dans les chambres froides ne sont pas disponibles.

En matière de sécurité contre l'incendie, les extincteurs manquent à tous les niveaux.

La rupture de pétrole et le délestage entravent le bon fonctionnement des CdF.

- **Génération de la demande/demande de vaccination :**

Les principales barrières à la génération de la demande sont :

- La propagation des rumeurs, en particulier sur les réseaux sociaux, par le documentaire Nouvel Ordre Mondial, suite à des réactions post-vaccinales ;
- Certains leaders (religieux, traditionnels...), tradipraticiens, agents de santé publics et privés sont contre la vaccination ;
- L'insuffisance de compétences en Communication Inter Personnelle (CIP) en PEV de routine des agents de santé publics et privés et des acteurs communautaires pour les activités de sensibilisation PEV ;
- La non implication des Associations Politico-Administratives Religieuses et Traditionnelles (APART) dans la communication sur le PEV de routine ;
- L'insuffisance d'activités de communication et de supports de communication sur le PEV de routine ;
- Le faible taux d'alphabétisme de la population rurale de 15 ans et plus (33,8%) ;
- La mobilité des populations dans certains districts due à l'insécurité et/ou aux activités saisonnières (sites miniers, récoltes...).

- **Barrières liées à l'inégalité des sexes³ :**

Les principales barrières liées à l'inégalité des sexes :

- La prise de décision sur la vaccination des enfants revient généralement aux pères de famille ;
- Le faible niveau d'instruction des femmes par rapport aux hommes parmi la population malgache de 15 ans et plus : 65,1% des femmes n'ont aucun diplôme contre 59% des hommes ; 21,4% des femmes ont le CEPE comme diplôme le plus élevé contre 23,5% des hommes ; 8,4% des femmes ont le BEPC comme diplôme le plus élevé contre 10,5% des hommes ; 4,7% des femmes ont le BAC comme diplôme le plus élevé contre 6,3% des hommes. (Sources :

³ Les obstacles liés à l'inégalité des sexes sont les barrières (vis-à-vis de l'accès et de l'utilisation des services de santé) qui sont issues des normes sociales et culturelles concernant les rôles des hommes et des femmes. Les femmes ont tendance à être les premières à prendre soin des enfants mais elles manquent parfois de pouvoir quant à la prise de décision et de ressources pour avoir accès ou utiliser les services de santé disponibles.

INSTAT/ENSOMD 2012-2013) ;

- La majorité des leaders traditionnels et religieux sont des hommes ;
- Dans les zones avec un niveau élevé d'insécurité, les femmes ne peuvent pas emmener seules les enfants à vacciner.

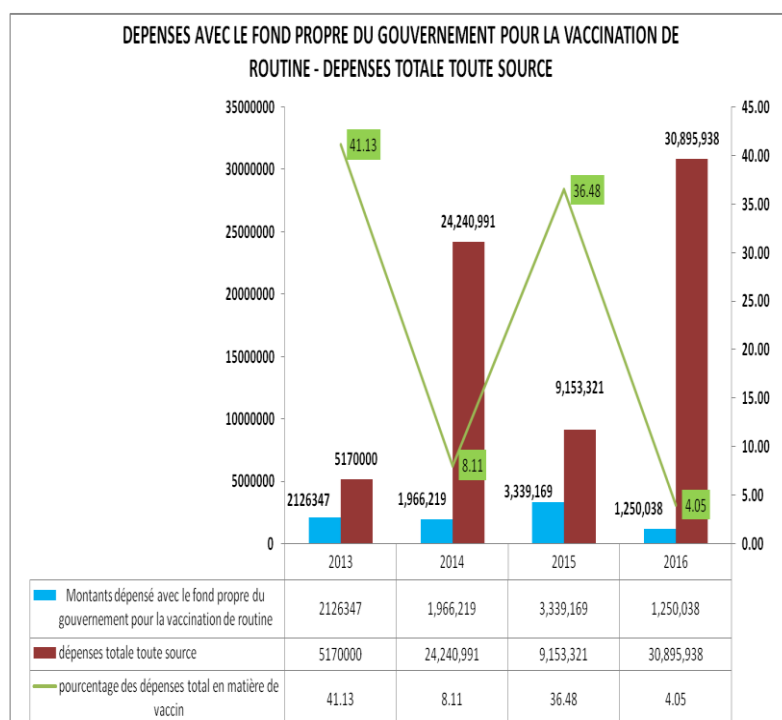
- **Leadership, gestion et coordination :**

Malgré la performance du programme PEV en 2016 par rapport aux années précédentes, des goulots d'étranglement sont identifiés :

- Insuffisance d'encadrement des personnels surtout formation des nouveaux responsables en gestion PEV et de suivi de la mise en œuvre de la DQS suite à la formation dispensée aux chefs CSB ;
 - Insuffisance de source de financement surtout pour les supervisions, obligeant de les coupler avec les activités de Campagne ;
 - Au niveau du CCIA/CCSS: limitation des responsabilités/rôles à la validation de documents ;
 - Insuffisance d'analyse en profondeur sur les documents à valider par le CCIA/CCSS ;
 - Attente des décrets d'application de loi sur la vaccination ;
 - Absence de discussions entre gouvernement et secteur privé pour que ce dernier appuie l'acquisition de vaccins et intrants de façon régulière ;
 - Fin de plusieurs projets en 2017 ;
 - Existence de certaines formations sanitaires qui ne participent pas aux séances de vaccination de routine ;
 - Réticence de certaines institutions confessionnelles en matière de vaccination ;
 - Insuffisance de collaboration avec Ministère de la Défense Nationale pour la sécurisation des acteurs ;
- Toutefois, des formations introductives en Coach au niveau central ont été réalisées en mars 2017. Il a été décidé de créer un comité restreint pour valider le TDR du Coach. Une autre formation proprement dite relative aux rôles et attributions des Coaches sera en vue.

- **Gestion des finances publiques :**

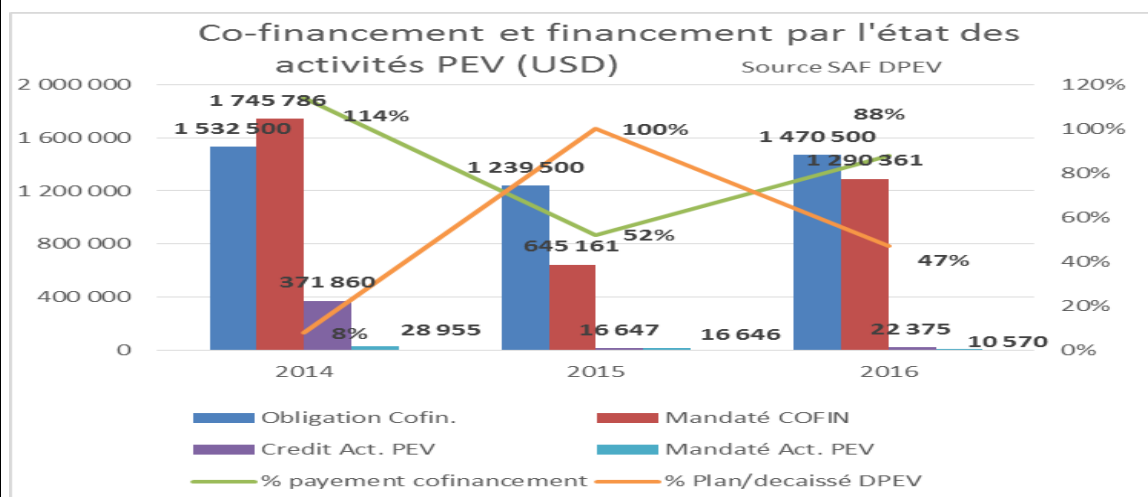
Graphique N°21 : Evolution dépenses avec le fonds propre du Gouvernement pour la vaccination de routine – Dépenses totales toute source (Source JRF)



Selon les données sur le financement du " Joint Reporting Form" (JRF) de 2014 à 2016, le fonds propre du gouvernement a baissé de plus de 60% (3,3 millions USD versus 1,2 millions USD) de 2015 à 2016. En même temps le financement total des autres sources pour la vaccination a plus que triplé (30%) de 9,1 à 30,8 millions USD. Les raisons de la diminution du budget gouvernemental de la vaccination résident certainement à deux niveaux.

- soit au niveau de l'allocation de l'enveloppe budgétaire du gouvernement pour le Ministère de la Santé. Il s'agirait d'un arbitrage défavorable ou insuffisant pour l'ensemble du Ministère de la Santé.

- soit au sein même du Ministère de la Santé pour la Direction du PEV. Cela concernerait plutôt une allocation défavorable à la DPEV lors des conférences budgétaires intra-ministérielles.

Graphique N°22 : Co-financement et financement des activités PEV par l'Etat de 2014-2016

Le fonds alloué par l'Etat aux activités du PEV a diminué de 28 955 USD en 2014 à 10 570 USD en 2016.

En terme de flux financier, aussi bien pour le financement de l'Etat que celui des PTF, une étude conduite par l'IPM-UNICEF sur l'évaluation des goulots d'étranglement relatifs au flux de financement des activités de vaccination a montré trois goulots : (i) retard du délai entre les dates de l'information et de réception des fonds qui varie de 11 à 61 jours pour les 11/17 SDSP enquêtés au niveau décentralisé, (ii) les 67% des AS ne connaissent pas la provenance des fonds qu'ils ont reçus et (iii) incohérence entre les montants déclarés par les SDSP et les Chefs CSB concernant une même activité.

Les causes des retards sont : (i) la lourdeur des procédures (circuit dossier et durée analyse) et (ii) l'insuffisance de partage d'informations.

La revue du mécanisme de flux de fonds et de protocole de reporting du programme de vaccination de Madagascar réalisée par CARDNO a fait ressortir le même constat et a émis les recommandations d'alléger les procédures (circuit et durée d'analyse) et de partager les informations aux parties prenantes en tenant compte de l'amélioration du manuel de procédure.

- **Autres aspects critiques :**

Des aspects critiques suivants ont favorisé la faible performance de la vaccination durant les trois dernières années :

1. **Problèmes d'accessibilité**

- Accessibilité géographique :
 - Environ 60% de la population seulement vivent dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire (sources: PDSS 2015-2019) ;
 - 51,6% CSB sont tenus par un agent de santé seul au poste (sources : DRH Mars 2017) ;
 - 1,7%.CSB non fonctionnels : 7 fermés pour absence de personnel (recrutement d'agents en cours), 33 pour cause de bâtiments détruits, 6 pour insécurité, (sources : DRH Mars 2017)
- Insécurité dans les régions Sud-Ouest, Sud Est, Melaky...

2. **Insuffisance de supervision à tous les niveaux** : la supervision s'effectue seulement pendant les campagnes de vaccination.

3. **Insuffisance ou manque d'analyses des données** à tous les niveaux pour des actions correctrices.

4. Non utilisation de certains outils de gestion PEV par certains CSB (constatée pendant les supervisions formatives) : fiche de pointage, bacs à fiches, carte infantile, registre de vaccination communautaire.

3.3. Données

A. Cadre general

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 100% des rapports des districts vers le niveau central pour le PEV en 2016 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.

Le problème de fiabilité des données compilées pourrait être dû à une insuffisance en outils de gestion et les données recueillies souffrent d'une faiblesse d'analyse à tous les niveaux pour des raisons de compétence des responsables PEV et de manque de motivation des acteurs.

En 2016, la Data Quality Assessment (DQS) n'a pas été mise en œuvre.

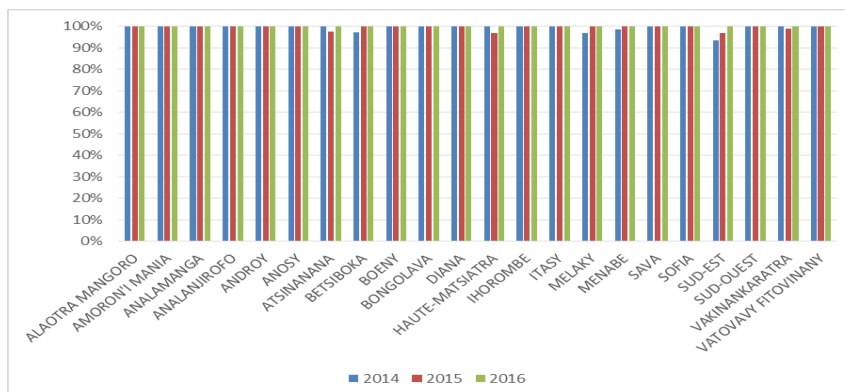
B. Analyse de la qualité des données

1. Complétude et promptitude des rapports

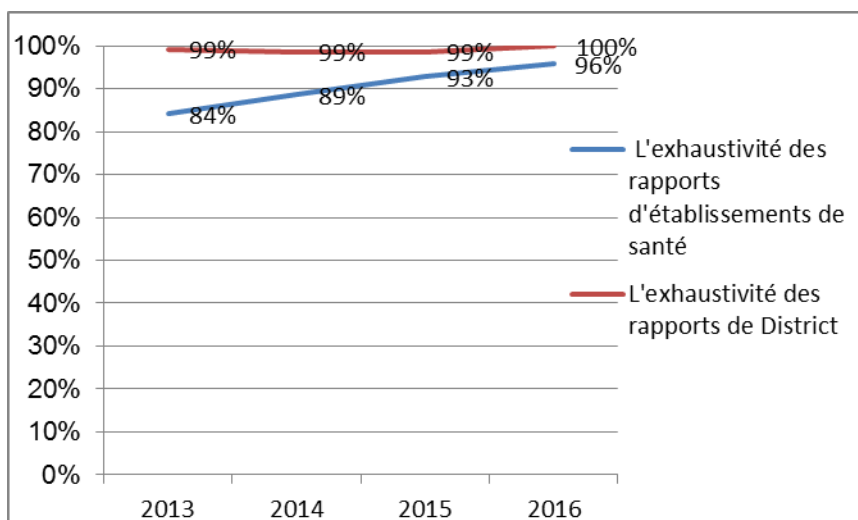
En 2016, la complétude nationale des rapports de districts est de 100%. De même, on note une bonne complétude des rapports des formations sanitaires (98,5%). Cependant, 13 districts soit 11,5% n'ont pas atteint les 90% de taux de complétude des rapports des CSB.

Un faible taux de promptitude des rapports des SDSP vers le niveau National a été constaté (57,2%). En effet, 70 Districts soit 61.9% n'ont pas atteint le taux de promptitude de 80%. De même, le taux de promptitude des rapports des CSB reste faible avec 53,1% des districts qui ont moins de 80%.

Graphique N°23 : Complétude par districts de 2014 à 2016, Madagascar



Graphique N°24 : Evolution des rapports districts et CSB au niveau central, de 2013 à 2016



2. Cohérence interne des données

a. Taux d'abandon

Le taux d'abandon au niveau national est de 7% en 2016. Cependant, l'analyse au niveau périphérique montre que 13 districts ont des taux d'abandon négatifs. Cette situation pourrait être le reflet de la comptabilisation des enfants de plus d'un an et hors secteur vaccinés dans le numérateur. En plus, cette aberration pourrait aussi résulter d'une insuffisance dans la collecte, notamment le pointage au cours des séances de vaccination voire de la non disponibilité des fiches de pointage. En plus, les taux d'abandon de plus de 10% pourraient s'expliquer par la qualité de prestation, le manque d'informations et de sensibilisation des parents, ainsi que le mouvement de la population.

Quant aux districts avec des cibles non vaccinées négatifs qui ressortent dans 2 régions du pays (Vatovavy Fitovinany et Haute-Matsiatra), il pourrait s'agir d'un problème de fluctuation des populations lié à un afflux pendant la période de récolte du girofle.

Au total, il faut noter que 19% des 113 districts ont enregistré des taux d'abandon qui divergent de façon significative par rapport à la moyenne nationale.

Tableau N°3 : Résultats de l'analyse du taux d'abandon par district (Source : JRF)

Année	2016
Relation attendue	Taux d'abandon
Comparer les districts au résultat national :	
Seuil : % de différence maximum entre le ratio réel et le ratio attendu	20%
Ratio de la valeur nationale de DTC-HepB-Hib 3 par la valeur nationale de DTC-HepB-Hib 1	5%
Nombre de districts avec les scores divergents	21
% des districts avec les scores divergents	19%

Graphique N°25 : Distribution des taux d'abandon par district à la moyenne attendue



21 Districts soit 19% ont un score divergeant entre les deux indicateurs. Un bon taux d'abandon de 5% au niveau national.

b. Couvertures vaccinales supérieures à 100%

L'analyse des données de vaccination de 2016, montre des districts qui présentent des CV pour un antigène au-delà de 100%. Ces données extrêmes par rapport à la CV attendue de 100% pourraient être la résultante des constats de terrain mise en évidence au cours des DQS intégrés à la supervision de routine. En effet, les principaux problèmes relevés sont en faveur d'un sur rapportage des données au niveau des CSB. Des données de vaccination rapportées dans les RMA ne sont pas retrouvées dans les fiches de pointage des CSB. Autres facteurs en faveur de ces CV seraient la non maîtrise des

populations cibles. En effet, 30 Districts ont un taux de couverture vaccinale supérieur à 100% malgré l'harmonisation de la population faite en 2015. L'estimation de la population cible ne reflète pas la réalité du terrain.

Tableau N°4 : Districts ayant enregistré une couverture vaccinale supérieure à 100%

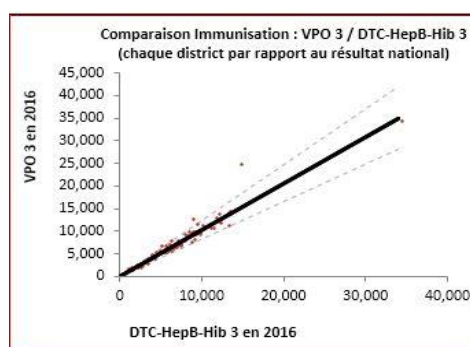
Nom de Districts	Nombre de naissances vivantes en 2016	Nombre d'enfants survivants en 2016	BCG %	VPO3 %	HepB1 %	HepB3 %	DTC1 %	DTC3 %	MCV1* %
AMBATONDRAZAKA	12,426	11,722	88%	93%	95%	93%	95%	93%	92%
AMPARAFARA VOLA	10,235	9,655	97%	98%	97%	98%	97%	98%	99%
ANDILAMENA	3,804	3,588	96%	99%	95%	95%	95%	95%	110%
ANOSIBE AN-ALA	6,556	6,184	76%	83%	89%	85%	89%	85%	77%
MORAMANGA	10,522	9,926	106%	86%	107%	100%	107%	100%	120%
AMBATOFINANDRAHANA	6,229	5,876	92%	98%	110%	105%	110%	105%	104%
AMBOSITRA	10,639	10,037	90%	91%	97%	91%	97%	91%	109%
FANDRIANA	9,602	9,058	77%	76%	82%	82%	82%	82%	85%
MANANDRIANA	5,017	4,733	65%	85%	88%	87%	88%	87%	80%
ANTANANARIVO-RENOV'OHITRA	49,729	46,911	84%	73%	73%	73%	73%	73%	70%
ANTANANARIVO-ATSIMONDRAHO	15,267	14,402	117%	103%	105%	103%	105%	103%	110%
ANTANANARIVO-AVARADRANO	10,899	10,281	102%	100%	102%	99%	102%	99%	103%
AMBOHIDRATRIMO	12,322	11,624	95%	90%	98%	96%	98%	96%	116%
ANDRAMASINA	6,506	6,137	76%	81%	85%	81%	85%	81%	82%
ANJOZOROBE	6,774	6,390	89%	93%	106%	104%	106%	104%	124%
ANKAZOBE	5,795	5,467	100%	96%	103%	94%	103%	94%	77%
MANJAKANDRIANA	7,807	7,365	78%	85%	85%	85%	85%	85%	104%
FENOARIVO-ATSINANANA	15,367	14,496	83%	94%	99%	94%	99%	94%	91%
MANANARA-AVARATRA	8,172	7,709	94%	101%	100%	97%	100%	97%	102%
MAROANTSETRA	10,414	9,824	76%	80%	81%	79%	81%	79%	74%
Nosy-Boraha (Sainte Marie)	874	824	81%	88%	90%	88%	90%	88%	79%
SOANIERANA-IVONGO	5,608	5,290	78%	92%	97%	92%	97%	92%	89%
VAVATENINA	7,866	7,420	83%	73%	89%	74%	89%	74%	88%
AMBOVOMBE-ANDROY	10,696	10,090	75%	81%	99%	82%	99%	82%	71%
BEKILY	6,300	5,943	79%	89%	105%	85%	105%	85%	199%
BELOHA	4,182	3,945	102%	112%	132%	112%	132%	112%	115%

c. Comparaison de deux antigènes administrés au même moment (DTCHePBHib3 et VPO3)

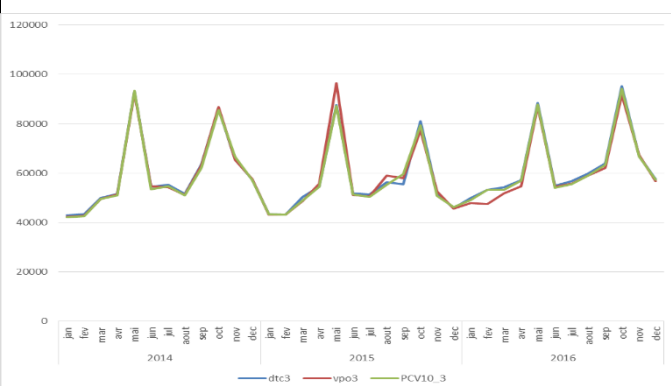
Selon le calendrier de vaccination le DTCHePBHib3 et le VPO3 se donnent à la même séance. Aussi en 2016, le pays au niveau central, n'a pas enregistré de ruptures liées à ces deux antigènes. Cependant les données de vaccination montrent des divergences au niveau de certains districts (8%) qui résultent soit d'une insuffisance dans la collecte et le rapportage par les centres de santé de base soit d'une rupture de stock en vaccin au niveau périphérique.

Tableau N°5 : Résultats de l'analyse de la cohérence entre DTCHePB Hib3 et VPO3 **Graphique N°26** : Comparaison immunisation VPO3- DTCHePB Hib3

Année	2016
Relation attendue	Égal
Comparer les districts au :	Résultat national
Seuil : % de différence maximum entre le ratio réel et le ratio attendu	20%
Ratio de la valeur national de VPO 3 par la valeur nationale de DTC-HepB-Hib 3	104%
Nombre de districts avec les scores divergents	9
% des districts avec les scores divergents	8,0%



Graphique N°27 : Evolution des cibles vaccinées en DTC3-VPO3-PCV-10-3 de 2015 à 2016

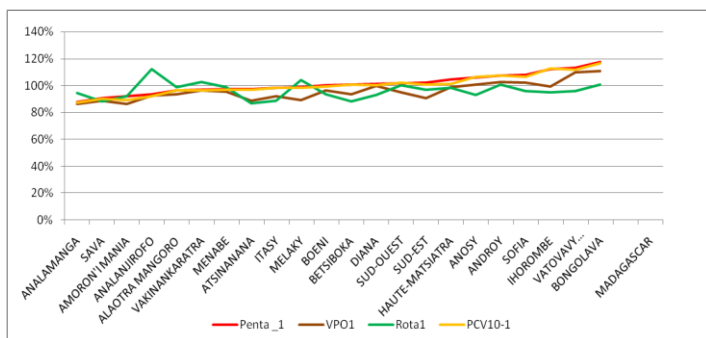


.L'évolution du nombre d'enfants vaccinés avec les 3 Antigènes (Ag) qui se donnent au même moment est identique, excepté le VPO3 qui a connu un léger pic en avril 2015 et une légère baisse en février 2016. Etant donné que le pays n'a pas connu de rupture de stock de ces 3 Ag, cette situation serait due à une mauvaise documentation des vaccinations effectuées (erreur de transcription) et de la gestion des vaccins aux niveaux périphériques. Le renforcement de la supervision formative qui vise les séances de vaccination pourra corriger cette déficience. Ce graphique montre aussi des pics au moment de la SSME donnant ainsi l'idée que la SSME demeure une

des occasions pour récupérer les enfants non vaccinés.

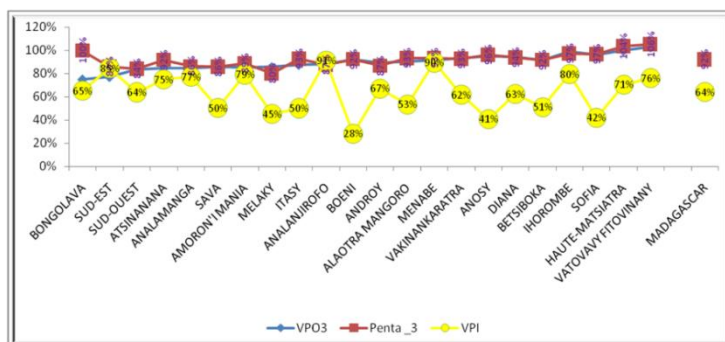
d. Comparaison entre DTCHepBHib1-VPO1-Rota1-PCV10-1

Graphique N°28 : Evolution des CV au DTCHepBHib1-VPO1-Rota1-PCV10-1 par région en 2016



Au niveau des régions, des petites déviations sont observées entre les Ag qui se donnent au même moment, spécialement pour le Rota 1 dans les régions de Amoron'i Mania, Melaky, Anosy, Ihorombe, Vatovavy-Fitovinany et Bongolava. Cette situation peut s'expliquer par un problème de reportages de données dans ces régions.

Graphique N°29 : Comparaison des Ag qui se donnent au même moment par région, 2016 VPO3 – DTCHepBHib3 et VPI



Concernant les 3^{ème} doses des antigènes (VPO, DTCHepBHib, VPI), on a remarqué que le VPI se dissocie des autres antigènes suite à la mauvaise interprétation des directives du niveau central relatives à l'administration du VPI par les prestataires. En effet, certains prestataires ont cru que le VPO3 ne pouvait pas se donner au même moment que le VPI et vice versa. Cette situation a été corrigée par une autre directive du SG et lors de la supervision formative qui a visée spécialement ces régions.

e. Evolution des cibles non vaccinées en 2016

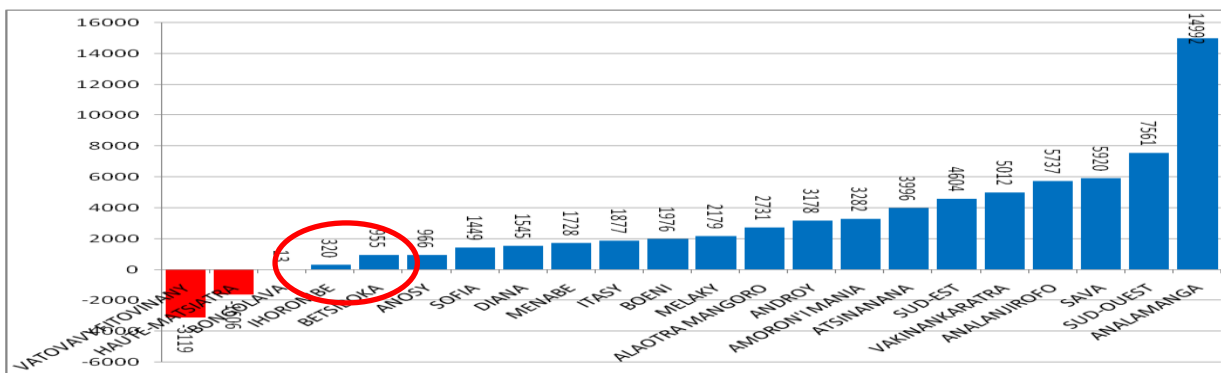
La majorité des enfants non vaccinés se retrouvent dans la région d'Analamanga, où se trouve aussi la capitale de Madagascar. Cette situation qui se répète chaque année est essentiellement due au fait que les structures privées ne rapportent pas efficacement les vaccinations effectuées. Aussi, aucune stratégie spécifique à cette région urbaine n'a été appliquée tout au long des années. On note aussi une faible application de la stratégie avancée qui est appropriée dans le contexte des mouvements des populations. Tous ces facteurs ont fait l'objet d'une réunion de sensibilisation des chefs de CSB des DS.

Des efforts doivent être poursuivis pour mettre en œuvre effectivement la stratégie urbaine prévue dans le financement du RSS2.

Il est à noter aussi la situation du nombre d'enfants non vaccinés négatifs à Vatovavy Fitovinany et à Haute-Matsiatra. En

plus de la non maîtrise du dénominateur, on constate dans ces 2 régions un afflux des populations des autres régions pour la récolte du girofle, ce qui explique la vaccination de plus d'enfants hors aire mais qui sont documentés ensemble avec les enfants de la région. On note aussi la vaccination des enfants de plus de 1 an. En plus de la supervision formative, une directive du niveau central est nécessaire pour guider les prestataires dans la documentation des enfants hors aires et hors cibles.

Graphique N°30 : Nombre d'enfants non vaccinés en DTC HepB/Hib 3 en 2016



3. Cohérence externe des données

La mise en relation des données de vaccination selon les enquêtes de couverture vaccinale, les données administratives et les estimations OMS/Unicef de 2005 à 2016 montrent des écarts considérables. En effet, toutes les données issues des enquêtes et des estimations ont montré des écarts de plus de 10 points par rapport aux données officielles du pays. Cet écart au cours des 3 dernières années est estimé à 16 points. Ce qui met en évidence des problèmes de qualité de données qui constituent un défi majeur pour le pays. Il est important de souligner que la faible qualité des données est un obstacle majeur à la prise de décision juste et efficace pour guider les interventions. (Cf Graphique N°4)

4. Utilisation des données

La situation au niveau national montre une faible analyse et utilisation des données à tous les niveaux.

Au niveau national, il est institué des réunions mensuelles d'analyse des données. Toutefois, il se pose un problème de régularité de la tenue de ces réunions en raison de la succession des activités. En 2016, 12 réunions ont été organisées, mais les retro-informations faites par les coaches aux régions respectives doivent être régulières et améliorées. Cinq réunions d'analyse ont déjà été organisées au niveau national jusqu'en mai 2017.

Au niveau régional, 21 régions ont organisé des réunions trimestrielles d'analyse des données en 2016. De même, des districts ont organisé des réunions d'analyse des données. Il en est de même au niveau des régions et districts en 2017.

Cependant, l'utilisation des données pour le renforcement du programme requiert une amélioration à tous les niveaux.

Au niveau organisationnel, il est à noter qu'il n'existe pas de comités de validation à tous les niveaux qui contribuent à la mise en œuvre de cette action essentielle à l'amélioration de la qualité des données.

3.4. Rôle et implication des différentes parties prenantes dans le système de vaccination

- **Forum de coordination nationale**

Conformément à l'arrêté inter Ministériel, sous le numéro 11593/2012, le CCIA décisionnel est composé de 26 membres, issus du gouvernement, des PTF et des OSC œuvrant dans le secteur santé en général et de la vaccination en particulier.

Il s'est réuni 5 fois en 2016 et 1 fois en 2017 en s'assurant que les membres sont convoqués et reçoivent les dossiers une semaine en avance. Selon les procès-verbaux de réunions, les thèmes traités sont:

- Le ciblage des zones d'intervention prioritaires ;
- La présentation du budget pour la demande de soutien au RSS ;
- La validation des résultats de l'Audit Externe des Programmes RSS et SSV de l'exercice 2015 et celle des documents de référence pour la mise en œuvre des activités PEV :
 - Plan Pluriannuel Complet 2016-2019
 - Plan Rougeole ;
 - Enquête de Couverture Vaccinale effectuée en 2013 ;
 - Plateforme pour l'optimisation de l'Équipement de la Chaîne de Froid.
- L'approbation des zones d'intervention prioritaires et du budget RSS2 ;
- La validation des activités prioritaires pour la période du premier trimestre de RSS2.

Des efforts ont été déployés pour appuyer la vaccination mais les réalisations sont globalement limitées à la validation de documents préparés par le Comité Technique. Ainsi, une analyse en profondeur sur les programmes s'avère nécessaire. A cet égard, il faut poursuivre les processus de révision des TDRs, ce qui permettra d'orienter la mission du CCIA en vue de lui conférer un aspect plus stratégique.

Le pays va demander l'assistance technique de GAVI à travers son programme Leadership, management et coordination (LMC) pour l'assister à mener cet exercice. Par ailleurs, ce programme va être sollicité pour appuyer la DPEV, l'UCP/BCC, et le Comité National RSS afin de renforcer le leadership et la coordination au niveau de ces entités.

- **Société civile :**

La Coalition Malagasy pour le Renforcement du Système de Santé et de vaccination (COMARESS) est une plateforme d'OSC nationale, créée en 2014, composée de 184 OSC, avec 351 démembrements au niveau des régions et districts, couvre les 22 régions.

Les responsabilités de COMARESS :

- impliquer la société civile dans les prises de décision sur la politique nationale en matière de santé afin d'augmenter la couverture vaccinale et fournir un accès équitable à la vaccination ;
- engager des dialogues et des discussions autour des activités de renforcement du système de santé et du processus de vaccination;
- promouvoir l'équité en matière de vaccination ;
- rechercher des stratégies innovatrices pour apporter les services de vaccination aux groupes marginalisés notamment dans les zones difficiles à atteindre ;
- assurer l'interface entre l'État et la population pour participer à l'élaboration des documents politiques et stratégiques;

Dans toutes ses interventions au niveau communautaire, la plateforme COMARESS stimule et favorise les réponses locales, non seulement en facilitant la Dialogue Communautaire (DialCom) mais en valorisant les compétences communautaires qui assurent la prise de décision et la mise en œuvre des actions visant le changement de comportement par et pour les communautés en matière de vaccination.

Ainsi, pour parvenir à de meilleurs résultats en matière de vaccination de routine, notamment du point de vue de la couverture et de l'équité, par le renforcement de lien entre la communauté et les services de santé, le réseau COMARESS est ainsi appelé dans de recherche active des perdus de vues (PdV), de recensement des enfants non vaccinés (ENV) ainsi que le renforcement de capacité de la Communauté en matière de Surveillance des MEV.

Pour optimiser le potentiel des activités sur terrain des OSC membres vers une maximisation des résultats attendus, une stratégie de renforcement des capacités des membres du réseau dans les vingt (20) régions est développée à travers des ateliers d'orientation des Points focaux (PF) et des Promoteurs des OSC des districts (POD). Par la suite, ces derniers ont pu conduire 88 séances de plaidoyer auprès des DRSP et SDSP, 397 séances de travail avec les Autorités Politico-Administratives Religieuse et Traditionnelles (APART) au niveau communautaire, et 160 réunions de restitution auprès de la communauté. Par conséquent, on a pu toucher 4597 personnes par des Visites A Domicile (VAD) (H=1900; F=2697) et 4374 par des Communications Inter Personnelles (CIP) (H=1779; F=2595). Par ailleurs, un groupe local d'APART qui renforce les Comité de Santé (COSAN) ont été mises en place, nommé Ekipa Lafatra Ifotoran'ny Vakisiny (ELIV), dans 94 quartiers et hameaux. Ces faits sont considérés comme un engagement de la communauté à suivre par elle-même son état de santé et notamment celui de ses progénitures.

- En matière de communication, afin de générer la demande, la COMARESS a :

- diffusé des spots ;
- effectué des visites à domicile et des sensibilisations de masse.

Au terme de ces actions, la contribution de la plateforme COMARESS dans le cadre de renforcement des activités vaccinales de routine dans les secteurs sanitaires des 65 CSB, peut être résumée dans le tableau ci-après :

Tableau N°6 : Réalisation de COMARESS

	Données DVDMT* Janvier –Fevrier 2017 (65 CSB)	Réalisation POD COMARESS (PDV récupérés, ENV touchés, ECV) Fevrier - Mars 2017	Contribution EFFECTIVE POD COMARESS
PDV	1583	1376	86,9%
ENV	1641	899	54,8%
ECV	3842	1369	35,6%

*DVDMT (district vaccine data management tool). Sur toute la Grande île, on utilise l'outil de gestion des données du vaccin du district (DVDMT) pour recueillir des données de surveillance à tous les niveaux, y compris la vaccination de routine.

• **Autres donateurs:**

USAID à travers ses agences d'exécution (PSI, JSI, Mahefa Miaraka, Mikolo et MCSP) présent à Madagascar soutien le système PEV du Ministère de la Santé en intégration avec les autres programmes de Santé maternelle et infantile. En effet des techniciens sont affectées au niveau central pour travailler en collaboration avec les différentes directions impliquées dans la vaccination notamment dans la planification, dans le processus d'introduction des nouveaux vaccins, du co-financement, de l'optimisation de la chaîne de froid ainsi qu'à l'élaboration des guides et outils au bénéfice de la PEV de routine et des activités de vaccination supplémentaires ou AVS. Au niveau périphérique sont également affectées des techniciens pour soutenir l'équipe managériale des régions et districts sanitaires dans le renforcement des compétences des prestataires de CSB. Des revues, des ateliers axés sur l'amélioration de la performance en PEV et des supervisions sont organisées conjointement. En outre, dans les 16 Régions d'intervention, l'appui est plus renforcé dans la mise en œuvre des approches visant l'engagement communautaire concernant la surveillance des MEV, la recherche des perdus de Vus et des enfants non vaccinés. Concernant les activités évènementielles, l'USAID n'a pas manqué d'appuyer le système en assurant le transport des vaccins et les intrants vers les Districts Sanitaires, notamment durant les AVS (Polio, VAR) et la SSME.

UNICEF intervient à tous les niveaux du système de santé pour donner tous les types d'appui à travers les différentes composantes du système de vaccination.

- appui à la coordination : aussi bien technique que décisionnel au sein du CCIA /CCSS ;
- appui technique se résumant au renforcement de capacités en allant de la planification à l'évaluation en passant par le suivi de la mise en œuvre;
- appui financier / logistique: Achat des vaccins traditionnels, financement de l'approvisionnement des vaccins du niveau central jusqu'au niveau district. à travers le fonds régulier et financement des revues et des supervisions à travers le financement de PASSOBA ;
- Chaîne de froid : acquisition et appui à l'installation des nouveaux réfrigérateurs solaires, acquisition des pièces de rechange et approvisionnement en pétrole ;
- Mobilisation sociale : appui à la planification stratégique et opérationnelle, appui à la mise en œuvre surtout durant les activités de vaccination supplémentaires, la SSME, ou d'autres campagnes de vaccination d'envergure nationale ;
- Surveillance : appui à la mise en place de la surveillance à base communautaire.

OMS fournit un appui global, essentiellement technique, pour le Renforcement du Système de Santé en général et pour l'appui aux programmes spécifiques, notamment le PEV. En effet, le renforcement du système de santé fait partie des priorités de l'OMS selon les 6 piliers suivants : Prestation de services, Personnels de santé, Information sanitaire, Techniques et produits médicaux essentiels, Financement de la santé ainsi que Leadership et gouvernance.

L'appui de l'OMS se fait aussi bien avec les fonds propres (personnel pour appuyer la planification, la coordination, la mobilisation des ressources,...) et avec les fonds GAVI.

Sur le plan du personnel, 2 staffs sont pris en charge par GAVI pour le renforcement du système de vaccination, plus

particulièrement pour appuyer la coordination et la mise en œuvre de l'approche ACD.

Les actions suivantes sont régulièrement menées pour concrétiser cet appui :

- S'assurer de la disponibilité et de l'application des normes régionales : en effet, le bureau pays de l'OMS partage toutes les nouvelles orientations avec le pays et appuie l'élaboration des documents stratégiques (PPAc, Plan de préparation et de réponse à une éventuelle épidémie de la Poliomyélite, Plan stratégique d'élimination de la rougeole/rubéole, Plan D'amélioration de la Qualité des Données, Plan pour la gestion efficace de vaccins) ;
- Appui à la Coordination à travers la participation aux réunions du CCIA/CCSS et l'organisation des réunions des PTF ;
- Appui au renforcement des capacités des staffs nationaux à différents niveaux sur les divers programmes de santé, notamment par la participation aux ateliers et forums internationaux, la supervision formative conjointe et l'organisation des sessions de formation ;
- Elaboration et diffusion du Rapport hebdomadaire de Situation sur l'Initiative Mondiale de l'Eradication de la Polio (SitRep);
- Organisation des enquêtes post campagnes (Monitoring Indépendant, LQAs, ECV post campagne VAR) ;
- Appui à l'organisation des évaluations indépendantes externes de la réponse à l'épidémie de polio (OBRA) et à la mise en œuvre des recommandations ;
- Appui à l'organisation des enquêtes de couverture vaccinale et des revues externes du PEV ;
- Appui à la surveillance des maladies évitables par la vaccination, notamment à travers le réseau des consultants et ATRs ;
- Appui à la mise en œuvre de l'approche ACD et à l'organisation des différentes campagnes de vaccination (Polio, Rougeole) : consultants et staff pour la planification, la coordination, la mise en œuvre et l'évaluation ;
- Appui à l'amélioration de la gestion des vaccins aussi bien au niveau central que dans les régions à travers l'assistance technique décentralisée.

AFD :

- ✓ **PACSS** intervenant dans 8 régions, vise à contribuer à l'amélioration de la santé de la pop les plus vulnérables. Son objectif est le renforcement du système de santé en vue d'une augmentation de l'utilisation de service, en ciblant particulièrement la santé maternelle et infantile.
- ✓ **PASMI** : c'est un consortium des ONG (GRET, Médecins du Monde, Handicap International, Action Contre la Faim, Santé Sud, Mouvement Français pour la PF). Ils interviennent dans 2 régions (Itasy et Bongolava). Leurs interventions consistent surtout au renforcement de capacité des EMAR et EMAD, à la réhabilitation des infrastructures surtout les centres hospitaliers de référence, aux dotations en intrants et équipements et appui aux activités communautaires.

BANQUE MONDIALE/Projet PAUSENS :

Le projet a appuyé 18 districts de 5 Régions et a renforcé (i) le programme de Santé de la Mère et enfant moins de 5 ans, (ii) le système de santé par des activités de renforcement de capacité des agents de santé, approvisionnement en OG, intrants et équipements, des réhabilitations.

UNION EUROPEENNE :

L'UE dans le cadre de l'appui budgétaire au gouvernement, conditionne le décaissement à l'atteinte d'un certain nombre d'indicateurs dont le PEV, en plus de leur appui sur le RSS par le biais du Projet Passoba mise en œuvre par L'UNICEF.

FONDS MONDIAL :

En général, dans le cadre de son Nouveau Modèle de financement, le Fonds Mondial apporte des appuis sur RSS en vue de lutter contre les 3 maladies (Paludisme, Tuberculose et VIH/SIDA) et profite à l'ensemble du Système.

Les zones d'interventions de ces partenaires sont complémentaires et touchent les 22 régions

L'année 2017 est une année critique pour le pays. La fin de plusieurs projets de renforcement du système de santé pourrait réduire les capacités opérationnelles des Régions appuyées, ce qui nécessite une réflexion pour la pérennisation des activités mises en œuvre. Cette fin concerne :

- Projet PAUSENS : clôturé en avril 2017
- Projet PASSOBA : fin prévue en 2017
- Projet MIKOLO : fin prévue en 2017
- Projet PASMI, PACSS : en 2017

La réduction de l'appui de l'initiative mondiale de l'éradication de la polio (IMEP) dans le cadre de l'enjeu final entrainera une baisse des appuis en ressources humaines, matérielles et financières, qui étaient disponible dans le cadre de l'éradication de la polio.

- **Secteur privé :**

- ✓ **Secteur privé prestataire de service de vaccination de routine**

Concernant les prestations de service, les formations sanitaires privées travaillent en étroite collaboration avec les formations sanitaires publiques de rattachement pour mener des séances de vaccination (vaccination de routine, stratégies mobiles et avancées)

Selon les données du Service de Statistiques Sanitaires et Démographique, le pourcentage d'enfants bénéficiant de la vaccination via le secteur privé par rapport au nombre total des enfants complètement vaccinés est présenté dans le tableau suivant.

Tableau N°7 : Récapitulatif du nombre d'enfants vaccinés par le secteur privé et par antigène en 2016 (Source : GESIS)

Antigènes	Nombre enfants vaccinés	Nombre enfants vaccinés par Secteur Privé	Pourcentage
BCG	333 271	10 009	3,0
VPO 1	756 526	28 474	3,8
vpo 3	712 666	27 169	3,8
VPI	153 618	13 118	8,5
DTCHepBHib1	771 411	29 310	3,8
DTCHepBHib3	714 922	28 846	4,0
PCV10 1	767 495	29 194	3,8
PCV10 3	709 821	28 419	4,0
VAR	866 807	30 225	3,5
		Moyenne	4,2

Ces vaccins sont gratuits dans les cabinets médicaux privés ou formations sanitaires privées. Par contre les vaccins non inscrits dans le PEV sont payants (Autres présentations des vaccins contre l'hépatite ou contre la grippe).

- ✓ **Secteur privé non prestataire de service de vaccination:**

En général, le secteur privé ne fournit pas de vaccins mais contribue aux activités ponctuelles relatives à la mobilisation sociale telles que la sensibilisation, la dotation en support IEC, la médiatisation, l'appui au lancement officiel durant les campagnes (FAV polio, SSME). A tous les niveaux, Il fait partie des membres du comité de pilotage.

Il participe également à l'acheminement des intrants de vaccins vers les formations sanitaires et au transport des équipes de vaccination pendant les campagnes.

Dans certaines zones appuyées, le LSFM prend en charge le paiement des indemnités des agents communautaires ; certaines organisations confessionnelles collaborent avec le Ministère de la Santé Publique dans le cadre de la vaccination.

Des opérateurs économiques entre autres TELMA, ORANGE, AIRTEL, QMM, GSK...contribuent à la promotion des activités de la vaccination (sensibilisation, communication, ...).

Institut Pasteur de Madagascar joue un rôle non négligeable dans la vaccination en offrant des prestations de vaccinations contre la rage, la grippe, la fièvre jaune, l'hépatite ... et en assurant les examens biologiques dans le cadre de la surveillance des MEV.

Il ne faut pas oublier l'**ordre National des Médecins** qui a déployé des efforts pour la sensibilisation des médecins privés lors de la campagne FAV polio et durant la vaccination de routine

Il n'y a pas encore eu de discussions entre le gouvernement et le secteur privé pour que ce dernier appuie l'acquisition de vaccins et intrants de façon régulière.

- **Collaboration intersectorielle**

- **Ministère des Finances et du budget :** la collaboration fructueuse et bien coordonnée avec le MFB, a permis de faciliter le paiement des droits et taxes d'une part, et d'autre part, pour la première fois à Madagascar, a résolu le cofinancement pour l'année 2016. Une partie du cofinancement pour 2017 a été déjà payé. La loi sur le financement

durable de la vaccination ayant été promulguée, il serait nécessaire de travailler avec le MFB pour l'élaboration des décrets d'application.

- **Ministère de la Population de la Protection Sociale et Ministère de la Communication** sont intervenus dans la sensibilisation et la médiatisation
- **Ministère de l'Éducation Nationale** a procédé à la mobilisation sociale, sensibilisation au niveau des écoles surtout pour la mise à l'échelle nationale de la vaccination anti-HPV pour les filles scolarisées, (en collaboration avec les institutions confessionnelles)
- **Ministère de la Défense Nationale** : sécurisation des acteurs dans les zones sensibles. C'est une collaboration à développer.

4. PERFORMANCES DES SUBVENTIONS GAVI PENDANT LA PERIODE DE RAPPORTS

4.1 Performance programmatique

Conformément au Plan d'utilisation des fonds de la 4^{ème} Tranche RSS1 mise en œuvre, les activités conduites depuis Janvier 2016 ont été les suivantes :

- 16 CSB sur les 16 prévus ont été réhabilités et leurs chaînes de froid sécurisées ;
- 02 camions frigorifiques sur les 02 prévus ont été acquises pour la DPEV ;
- 5 voitures 4x4 sur les 5 prévues ont été mises à disposition des SDSP ;
- 95 motos sur les 95 prévues pour les CSB et SDSP ont été acquises.
- Les pièces de rechanges pour les réfrigérateurs solaires des CSB/SDSP ont été acquises ;
- 1 000 000 cartes infantiles et 900 000 cartes maternelles toutes prévues ont été mises à disposition des SDSP ;
- Les activités planifiées ont été menées par COMARESS dans 20 régions, 38 districts, 76 Communes, 231 Fokontany/hameaux ont bénéficiés du dialogue communautaire et 218 POD orientés ;
- 113 Districts programmés ont bénéficié d'une Formation en maintenance de la Chaîne de Froid ;
- 05 Districts sur les 05 prévus ont été appuyés en maintenance de la Chaîne de Froid ;
- 94 AS contractualisés par GAVI RSS jusqu'en 31 Mars 2016 ont été recrutés dans la Fonction Publique pour fonctionnaliser les formations sanitaires enclavées.

Activités réalisées au niveau de la DPEV :

- 2 chambres froides sur les 02 prévues pour 02 régions (Anosy et Melaky) ont été installées ;
- 2 982 600 doses sur 2 722 672 doses prévues de DTCHepBHib, 2 203 000 doses sur 2 463 238 doses prévues de PCV 10, 1 953 000 doses sur 2 074 500 doses prévues de Rota, 554 400 doses sur 1 105 155 doses prévues de VPI et 0 doses sur 11 500 doses prévues d'anti HPV ont été acquises ;
- Les acheminements des vaccins du niveau central vers les 22 régions et les 113 SDSP ont été effectués comme prévus ;
- 6 418 900 Unités sur 6 364 000 Unités prévues de SAB de 0,5 ml et 70 625 boîtes sur 80 471 boîtes de sécurité prévues ont été acquises ;
- Une revue PEV nationale a été réalisée comme prévue.

Le lien direct entre la réalisation de ces différentes activités et la situation de la couverture vaccinale au niveau des Districts/Régions n'a pas été documenté.

- **La plateforme d'optimisation de l'ECF** : dossier soumis en Septembre 2016, en attente de l'officialisation du dossier de Madagascar prévu ce mois de Juin 2017
- **Performance passée en matière de rougeole et de rubéole** : en cours de l'élaboration du plan stratégique

4.2 Performances de la gestion financière (pour toutes les subventions en liquidités, telles que les RSS, subventions d'introduction des vaccins, subventions des coûts opérationnels de campagne, subventions de transition, etc.)

Le total des subventions allouées par GAVI pour l'année 2016 qui était le reliquat des fonds de l'exercice 2015 d'un montant de 2 923 659 USD dont 2 742 700 USD pour le RSS et de 180 959 USD pour le SSV :

- Annexe N°5 Situation budgétaire au 10/05/2017 RSS1
- Annexe N°6 Situation de la trésorerie au 10/05/2017 RSS1
- Annexe N°7 Situation de la trésorerie au 10/05/2017 PEV

Globalement, le taux d'absorption financière des subventions en liquidité de GAVI est de 42 % dont 41,65% pour le RSS et 50 % pour le PEV/SSV. Le taux d'absorption est la proportion des sommes réellement décaissées sur celles allouées.

Il a été constaté un faible taux d'absorption pour les deux directions.

Pour la DDS : Seulement 41,65 % de ce budget ont été décaissés et dont les explications sont les suivantes :

- La résiliation du marché relatif à l'acquisition de 70 réfrigérateurs avec les frais d'acheminement et d'installation y afférents représentant 21,74 % du Budget. Une des raisons de la résiliation était l'absence de délai/calendrier clairement défini et de transparence dans le processus de signatures des documents de passation de marché ;
- La surestimation du cout de multiplication des outils de gestion du PEV. La totalité des outils a été acquise avec un cout moindre.
- La surestimation des prévisions pour le paiement de salaire des agents de Santé contractuels jusqu'en fin 2016. Trois mois sur sept (3/7) ont été payés du fait de leur intégration dans la fonction publique plus tôt que prévue.

Pour le PEV/SSV, un plan d'utilisation clair du budget n'est pas disponible. Ce qui est peut être liée à l'absence de directives claires dans le manuel de procédure.

Ce faible taux d'absorption et d'utilisation a entraîné un ralentissement de la mise en œuvre des activités.

Audit :

Le dernier Audit effectué par GAVI Alliance a eu lieu du 27 février au 16 mars 2017 et dont les constats émis par les Auditeurs s'articulent autour des anomalies axées sur (i) la planification, la coordination et le suivi, (ii) l'exécution budgétaire et (iii) la passation de marché.

Compte tenu de ces constats et en attendant la finalisation du rapport d'Audit, GAVI Alliance a décidé de suspendre l'utilisation des fonds alloués pour Madagascar jusqu'à nouvel ordre dans les comptes du PEV, de la DDS et de l'UCP. Les Auditeurs ont demandé au Ministère de la Santé Publique de régulariser certaines pièces justificatives et d'en apporter des clarifications.

Le retard de soumission de rapport d'audit 2015 et le non suivi du modèle de rapportage financier de GAVI démontrant ainsi un manque global de rigueur et de respect de calendrier des directives.

Système de gestion financière:

A cet effet, un manuel de procédures pour la GESTION ADMINISTRATIVE, FINANCIERE, COMPTABLE ET PASSATION DES MARCHES des subventions de GAVI pour les deux Directions de mise en œuvre (DDS et DPEV) est disponible et en attente de validation. Suivant la nouvelle structure au sein du Ministère de la Santé et les recommandations de GAVI Alliance, la coordination des activités du programme RSS2 et la gestion fiduciaire des fonds y afférents relèveront de la responsabilité du Bureau Central de Coordination / l'Unité de Coordination des Projets (BCCP/UCP) du Ministère de la Santé avec l'appui de l'Agence Fiscale (AF). Les fonds alloués aux activités de la DDS et de la DPEV seront virés progressivement dans leurs comptes respectifs pour la mise en œuvre de ces activités suivant le planning de travail établi (PMO) appuyé par des requêtes de financement. Pour le niveau opérationnel, ces deux directions assureront le déblocage des fonds auprès de Régions et Districts Sanitaires en vue de la mise en œuvre de leurs activités.

Toutefois, des activités prioritaires pour une période de trois mois à compter du 16 juin 2017 ont été identifiées à partir des activités du RSS2 d'un montant de 628 045 USD. Celles – ci ont été validées par le CCIA/CCSS décisionnel et le Secrétariat GAVI.

4.3 Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

Financement du programme de vaccination :

- Les principaux défis sont :
 - honorer les obligations de co-financement 2016 – 2020 pour les nouveaux vaccins

- assurer l'achat progressif des vaccins traditionnels.
- insérer dans la loi des finances initiales (LFI) les rubriques suivantes :
 - Mise en œuvre des activités (surtout stratégie avancée) et le suivi à financer par le budget de l'Etat à tous les niveaux.
 - Achat de pétrole et des pièces de rechange pour les restes des réfrigérateurs à pétrole pendant la période de transition vers la solarisation.
- La loi N°2016-058 portant création d'un fonds national de vaccination a été promulguée le 02 Février 2017. Il reste la rédaction et la publication du décret d'application. Le calendrier de rédaction ainsi que sa mise en œuvre devront être défini avec l'implication de toutes les entités concernées en l'occurrence le CCIA technique, le Ministère des Finances et du Budget, le Ministère de la Justice, Ministère du Commerce et de la Consommation, Ministère de l'Economie et du Plan.

Plan de transition pour la poliomyélite :

- Avec la diminution des ressources polio, les pays est appelé à préparer un plan de transition pour maintenir les acquis de Initiative de l'Eradication de la Poliomyélite. Actuellement, le pays est en train de préparer la documentation de la certification de l'arrêt de la circulation du poliovirus qui sera présentée au Comité Régional de Certification (RCC) en 2018.
- Après la certification, un plan de transition polio sera développé avec toutes les parties prenantes dans la vaccination pour capitaliser l'héritage de l'initiative afin de renforcer le système de santé.
- Le pays vient de finaliser les plans nationaux de préparation et de réponse à une éventuelle épidémie de polio qui est en attente de validation.

4.4 Assistance technique

Veillez fournir un bref résumé des principales connaissances générées au cours de l'évaluation des activités et des étapes en matière d'assistance du pays ciblé (TCA) soutenues par Gavi.⁴ Veillez spécifier si des modifications vis-à-vis des activités actuellement prévues et en cours en matière d'assistance technique sont envisagées (court terme). Si des modifications sont envisagées, veuillez fournir une justification.

Remarque : Les nouvelles exigences en matière d'assistance technique pour le prochain calendrier devront être indiquées dans la section 6 plutôt que dans cette section.

L'assistance technique a été fournie au pays à travers différents partenaires : OMS, UNICEF, JSI, USAID. Un plan conjoint des PTF concernés a été élaboré et mis en œuvre. Des réunions régulières (hebdomadaires et mensuelles) ont été tenues par les PTF pour harmoniser l'appui et assurer le suivi de la mise en œuvre du plan conjoint. Les PTF appuient également la DPEV dans la réalisation des activités au niveau central dans tous les domaines (réunions, logistiques, planification...).

Les partenaires (OMS, UNICEF) ont privilégié l'approche décentralisée au niveau des régions et districts prioritaires qui étaient identifiés après analyse nationale des indicateurs PEV

OMS

Pour l'OMS, cette assistance a concerné différents domaines d'intervention, à savoir :

- Le recrutement de personnel pour renforcer le bureau pays afin de mieux accompagner le Ministère de la Santé en matière de coordination de la vaccination et la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE (1 staff international et 1 staff national) ;
- Le recrutement des 6 épidémiologistes expérimentés dans la vaccination et la surveillance des MEV comme Assistant Technique au niveau régional (ATRs). Ces ATRs sont basés dans les régions d'Alaoatra Mangoro, Anosy, Betsiboka, Melaky, Itasy et Ihorombe, financés par GAVI;
- Le recrutement de 4 autres épidémiologistes comme ATRs déployés dans les Régions d'Analanjirifo, Atsimo Atsinanana, Atsinanana et Bongolava (financement propre) ;
- Le déploiement des consultants internationaux recrutés dans le cadre de la lutte contre la polio dans les régions prioritaires (Atsinanana, Menabe, Analanjirifo, Atsimo-Atsinanana, Sofia, Boeny, Haute-Matsiatra, Vakinankaratra) pour le renforcement des activités PEV des districts ciblés par l'appui GAVI RSS.
- L'amélioration de la qualité des données : appui aux réunions mensuelles d'harmonisation et d'analyse des données à tous les niveaux avec feedback, participation à l'atelier sur l'amélioration des données, appui à l'élaboration du Plan stratégique d'Amélioration de la Qualité des Données (en cours), la réalisation du DQS au niveau des districts et

⁴ Un résumé de l'assistance technique, validée dans le cadre du Partner Engagement Framework (PEF), pour l'année en cours d'examen, et le statut des rapports sont disponibles via le portail PEF, auprès des utilisateurs inscrits, ou en contactant le Secrétariat de Gavi.

CSB.

- Supervisions formatives conjointes et régulières du niveau central vers les régions et des régions vers les SDSP et CSB.
- Appui à la surveillance des MAPI : participation aux téléconférences MAPI avec AFRO, élaboration du manuel national MAPI (en cours) ;
- Appui à la surveillance sentinelle des maladies à nouveaux vaccins : participation aux réunions internationales, appui financier au fonctionnement du site sentinelle CHUMET.

UNICEF

Avec les fonds reçus de GAVI Alliance dans le cadre du TCA/PEF, UNICEF a recruté les personnels suivant pour appuyer la mise en œuvre du programme de vaccination à Madagascar :

- Au niveau central

Deux spécialistes en vaccination et équité dont un international qui s'occupent de tout ce qui est équité en allant de la planification stratégique à la mise en œuvre et le suivi évaluation et l'appui spécifique à la région d'Analamanga.

Une technicienne en communication pour le développement pour appuyer le Ministère de la Santé Publique dans la planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation des activités relatives à la communication en faveur de l'amélioration de la couverture vaccinale et l'équité.

Un spécialiste en logistique et gestion de la chaîne d'approvisionnement international pour appuyer la DPEV dans les aspects de gestion et de soumission des documents pour le renforcement de chaîne de froid à travers la plateforme et la mise en œuvre des recommandations de la gestion efficace de la vaccination.

Ces appuis ont joué un grand rôle dans la finalisation des documents stratégiques en particulier le RSS2 et la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne de froid et l'initiation du guide de mise en œuvre de l'approche ACE.

- Au niveau des régions

Dans le cadre des appuis décentralisés au début février 2017, 4 Assistants techniques régionaux sont déployés et intégrés dans les équipes dans 4 régions prioritaires (Atsimo Andrefana, Sava, Androy et Vakinankaratra) qui couvrent au total 23 districts. Leur principale mission est d'augmenter la couverture au niveau de ces districts mais aussi de veiller à l'équité (en assurant que le service de vaccination soit disponible à tous pour que chaque enfant ait la même chance d'être vacciné). A cela s'ajoute leur appui pour le renforcement du système de santé pour l'atteinte des objectifs de couverture.

Tous ces appuis techniques recrutés suivant les procédures de l'UNICEF sont supervisés par l'Unité PEV de l'UNICEF.

JSI:

L'équipe de JSI a soutenu l'OSC, particulièrement le COMARESS, sur le plaidoyer et le développement du plan de mobilisation des ressources locales et auprès du secteur privé pour le PEV, renforcement de capacité de leurs techniciens à différent niveau pour la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE, de l'approche urbaine pour la couverture et l'équité.

JSI a soutenu le Ministère de la Santé Publique tout au long du processus de la Loi sur le Fonds National de la Vaccination (FNV).

JSI a conduit, en partenariat avec l'OMS, UNICEF, le renforcement de capacité périodique des coaches sur la vaccination de routine, l'approche ACD/ACE, et l'amélioration de gestion, l'analyse des données PEV pour action, en appuyant au développement du PTA, particulièrement l'insertion du paquet PEV à différents niveaux, au développement du tableau de bord, pour le suivi des indicateurs/Cadre de performance, à la cohérence entre la réalisation technique et la gestion financière en harmonie avec le portail de GAVI sur les activités du PEV et du RSS1/RSS2, en assurant la liaison avec l'UCP le processus de RSS pour l'amélioration du PEV de la couverture et équité.

L'équipe technique de JSI a soutenu l'équipe du MinSanP avec l'équipe de DPEV, DDS, UCP, BCC et partenaires sur le développement du Plan de mise en œuvre du RSS2, et la mise à jour du manuel de procédure de la gestion administrative de la gestion du RSS2.

Le soutien de JSI sur ces activités va continuer pour l'année 2017-2018, et aussi l'accompagnement de la mise en œuvre et le suivi de la déclaration d'Adis Abeba, avec les autorités de hauts niveaux et les parlementaires. Mais en plus JSI va soutenir le MinSanP sur le développement de document de soumission de Madagascar sur l'introduction des nouveaux vaccins, particulièrement la mise à l'échelle de la vaccination anti-HPV.

En outre, le soutien du DPEV et DDS (en partenariat aussi avec l'OMS, l'UNICEF), JSI renforce aussi la qualité, l'analyse des

données de vaccination pour action dans le cadre du reporting/suivi avec RSS et Gavi.

5. MISE À JOUR DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

Mesures stratégiques prioritaires identifiées lors de l'évaluation conjointe précédente/l'examen du Panel	État actuel au 31 Mai 2017
1. Soumettre le projet de loi sur le financement durable de la vaccination au parlement	Réalisé : La loi sur le Fonds National de Vaccination a été promulguée le 02 Février 2017. Le décret d'application sera effectif en 2018.
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)	<p>- PPAC : validé par Monsieur Le Ministre de la Santé en Aout 2016, couvre la période de 2016 à 2019. Un atelier d'amendement sera organisé après l'exercice d'évaluation conjointe pour la période de 2017 - 2020.</p> <p>- PN PEV : Non applicable : 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.</p> <p>- PDSS 2015-2019 : Réalisé : disponible depuis septembre 2015.</p>
3. Régulariser à temps le paiement de la contribution de l'Etat sur le cofinancement et la TVA	<p>Partiellement réalisées :</p> <p><u>Cofinancement</u> : Contribution de l'Etat sur le cofinancement régularisée en mars et Avril 2017 d'un montant de 1 401 355 USD dont 586 590 USD pour l'année 2016 et une partie de l'année 2017 d'un montant de 814 765 USD</p> <p>Reste à payer pour le cofinancement 2017 : 298 735 USD</p> <p><u>TVA</u> : Une partie des arriérés de TVA régularisée par le 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	<p>Non réalisée compte tenu de la non disponibilité des documents auprès de la DPEV : (i) <u>revue de financement de la vaccination par l'OMS</u>, (ii) <u>revue des flux financiers par l'UNICEF</u></p> <p>Partiellement réalisée : la revue conjointe lors du grand staff en juillet 2015 : Document de suivi disponible auprès de DP</p>

<p>5. Assurer la disponibilité en pétrole/cash power et des pièces de rechange ; Assurer la disponibilité en pétrole/cash power et des pièces de rechange</p>	<p>* Allocations Pétrole: - L'Etat assure prévisionnellement l'achat de pétrole pour 10 mois dont 02 mois à travers la DPEV et 08 mois sur le budget de fonctionnement des Districts. Le déblocage du fonds de l'Etat n'est pas toujours effectif et à temps. Par ailleurs, l'UNICEF assure 02 mois d'approvisionnement à l'échelle national et 03 mois de plus dans les 11 régions qu'il appuie L'approvisionnement pour 3 mois à compter du 16/06/2017 est assuré par GAVI/RSS2 – Activités prioritaires.</p> <p>* Cash Power : assuré avec le budget de fonctionnement des districts mais le déblocage du fonds de l'Etat n'est pas toujours effectif et à temps.</p> <p>* Pièces de rechange Les pièces de rechanges disponibles sur le financement RSS1 couvriront les besoins pour les 6 mois à venir, à compter du mois de Juillet 2017.</p>
<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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déjà validé par le CCIA/CCSS le 30/08/2016 - Déjà soumis à GAVI Alliance le 09/09/2016 - En attente de l'officialisation de l'approbation suite à la suspension du financement <p>Acquisition par l'Etat de 57 réfrigérateurs solaires en 2016, et 30 en cours de livraison pour 2017. Les 53 restants sont prévus pour 2018 à 2020.</p>
<p>7. Prévoir une livraison avancée de DTCHepBHib et anti-rotavirus de l'allocation 2016 en décembre 2015</p>	<p>Réalisé</p>
<p>8. Ajuster l'allocation 2016 avec un stock de sécurité de 25% pour DTCHepBHib et Rota</p>	<p>Réalisée</p>
<p>9. Tenir une réunion du CCIA pour décider de la suite du programme HPV</p>	<p>Non réalisée. Rejet de la mise à l'échelle du vaccin anti-HPV du fait de son coût élevé par le Ministère de la Santé.</p> <p>Actions entreprises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administration de la vaccination anti-HPV (1ère dose) 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.

<p>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)</p>	<p>Réalisée</p> <p>Activités réalisées dans le cadre de mise en œuvre de l'Approche atteindre Chaque Enfant dans les 54 districts identifiés prioritaires (39) et 15 districts à faible performance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités des coaches par des réunions hebdomadaires /atelier - Elaboration du draft du guide ACE et outils de planification - Plan de communication disponible <p>Le renforcement du PEV de routine à travers les stratégies avancées se fait lors des SSME et des campagnes Polio. les régions/districts bénéficiaires d'appui profitent des revues financées par les partenaires/projets comme PASSOBA, Mahefa, MIKOLO pour revoir la performance du PEV.</p> <p>Le guide de mise en œuvre de l'approche Atteindre chaque enfant a été finalisé mais pas encore officiellement validé.</p>
<p>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</p>	<p>Réalisée : Micro planification ascendante pour la préparation de l'AVS Polio</p>
<p>12. Suivre les recommandations de la récente évaluation indépendante de la réponse à l'épidémie de polio</p>	<p>Mise en œuvre des recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - OBRA 4 (Août 2016): 100% réalisées - OBRA 5 (Décembre 2016) : 54,54% réalisées - 26,36% en cours - 9,09% non réalisées
<p>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</p>	<p>Réalisée : disponibilité du Plan de Renforcement du système de surveillance des MEV A mettre en œuvre tout au long de l'année</p>
<p>14. Réaliser le recensement 2016 et la DQS tous les 02 ans pour assurer l'amélioration de la qualité des données</p>	<p>Réalisée : Recensement 2016 par les Districts Sanitaires (initiative prise par le MSanP par le biais de la DPEV : sectorisation sanitaire 2017). RGPH en cours par l'Institut National de la Statistique.</p> <p>Non réalisée pour la DQS. Toutefois, elle est intégrée dans les PTA 2017 de tous les niveaux dans la rubrique de supervision formative avec le financement RSS2. Un plan d'amélioration de la qualité des données est en cours d'élaboration.</p>
<p>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</p>	<p>Réalisée : Réallocation et budgétisation du RSS2 déjà validées par le CCIA/CCSS du 22/12/2016</p> <p>Procédures de réalisation en cours pour les activités prioritaires</p>
<p>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</p>	<p>Réalisée : Mapping disponible au niveau de DP</p>
<p>17. Revoir la position du PEV dans l'organigramme et le faire passer au niveau de direction;</p>	<p>Réalisée : Direction du Programme Elargi de Vaccination fonctionnelle depuis novembre 2015</p>

18. Revoir avec les autorités compétentes la question des procédures et taxes douanières	Réalisée : Vaccins et consommables exonérés de taxe, frais de transit 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 ;	Partiellement réalisée : TDR mis à jour par le Comité Technique CCIA/CCSS en attente de validation par CCIA/CCSS décisionnel
20. Assurer la liaison avec le groupe parlementaire- santé	Réalisée : Tenue d'une réunion avec le groupe parlementaire chargé de la santé au mois de Novembre 2016
21. Discuter, valider et documenter les mesures correctrices au niveau (central des données périphériques et mettre en place un système de rétro-information systématique	Réalisée par : - élargissement de l'équipe d'analyse par l'implication des autres directions et partenaires pour améliorer la performance du PEV - harmonisation et analyse des données PEV organisées mensuellement à la DPEV - mise en place du système de coaching assurant le rétro-information - diffusion des informations/recommandations issues des réunions d'analyse mensuelle des données des districts.
22. Former les acteurs à tous les niveaux en leadership et management (Centraux, DRS, Médecins Inspecteurs), PEV pratique, procédures Administrative et financière	- Réalisée : Leadership et Management : formation des équipes centrales et DRSP en 2015 par le fonds PAUSENS - Non réalisée pour PEV Pratique prévue dans le RSS2 - Réalisée : Manuel des procédures en 2015 - En attente de validation du manuel des procédures au niveau de l'UCP
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	Réalisée : Recrutement de 94 Agents Contractuels de GAVI à la Fonction Publique déjà effectué le 21 Avril 2016

6. PLAN D'ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE

Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante :

A l'issue de l'évaluation conjointe, les recommandations suivantes ont été émises :

1. Prioriser l'élaboration, adoption et mise en œuvre d'un plan d'amélioration de la qualité des données par le Ministère de la Santé Publique ;
2. Rendre fonctionnel le comité SIS pour assurer la qualité de gestion des données ;
3. Mettre en œuvre le plan d'amélioration GEV ;
4. Renforcer la coordination des interventions des partenaires: revoir les TDRs du CCIA/CCSS, démembrement du CCIA au niveau périphérique ;
5. Faire un diagnostic organisationnel des structures de coordination ;
6. Mettre en place le NITAG ;
7. Sécuriser et prioriser le financement de vaccination ;
8. Accélérer la rédaction et l'adoption des décrets d'application de la loi sur le financement de la vaccination ;
9. Elaborer et mettre en œuvre le plan de transition de la Polio ;
10. Mettre en œuvre du PNDRHS (plan de carrière, plan de formation, fidélisation, renforcement des effectifs ...) ;
11. Mettre en place les Pools de formateurs au niveau décentralisé ;
12. Procéder à l'imprégnation des personnels nouvellement recrutés ;
13. Collaborer avec les autres parties prenantes (forces armées, autorités locales..) ;

14. Améliorer la collaboration «Public – Privé» (rapportage, communication ...);
15. Prioriser les zones enclavées pour l'affectation des Agents nouvellement recrutés avec signature d'engagement ;
16. Vulgariser les documents PNSC et le guide PAC révisé ;
17. Mettre en œuvre les stratégies urbaines et ACE ;
18. Emettre les besoins en Assistance Technique selon les besoins du Ministère ;

Principal résultat 1	Appropriation de la coordination et gestion des projets par les responsables nationaux
Actions convenues du pays	<p>1. Réorienter et renforcer l'Assistance technique suivant les besoins du Pays pour renforcer les DPEV, DDS, BCC /UCP EMAR-EMAD, en matière de gestion financière et programmatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La demande en Assistance devrait répondre aux besoins du MSANP • Le TDR à reformuler et à recadrer par rapport aux structures existantes du MSANP • Appropriation, Pérennisation et Plan de carrière <p>2. Renforcer la capacité des Equipes de la DPEV, DDS, BCC /UCP en leadership, en coordination</p> <p>3. Mettre en place le NITAG</p> <p>4. Réactualiser le PPAC 2016 - 2019</p> <p>5. Réorganiser le fonctionnement du CCIA/CCSS</p> <p>7. Effectuer la revue externe en PEV</p> <p>8. Accélérer la rédaction et l'adoption des décrets d'application de la loi sur le financement de la vaccination</p> <p>9. Mettre en œuvre du PNDRHS (plan de carrière, plan de formation, fidélisation, renforcement des effectifs ...);</p>
Calendrier associé	2017 - 2018
Besoins en assistance technique	<p>1. Assistance Technique « RSS » : programmation, MEO, suivi évaluation : niveau central, régional et district y compris la communauté ATR OMS/UNICEF</p> <p>2. Assistance « administration et financière » : niveau central (DDS, DPEV, UCP), régional/district (GCR)</p> <p>3. Assistance Technique directe de GAVI à travers son programme LMC pour la DPEV, DDS, BCC /UCP en matière en leadership, en coordination</p> <p>4. Assistance Technique à la mise en place du NITAG (OMS HQ et OMS AFRO)</p> <p>5. Assistance Technique à la réalisation de la revue externe en PEV (Un Assistant Technique OMS et 4 Un Assistant Technique UNICEF, 4 Evalueurs OMS et 4 Evalueurs UNICEF)</p> <p>6. Consultant/Cabinet pour appui à la rédaction du décret d'application de la loi sur la vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 consultant international Unicef • 1 consultant national Unicef • Appui technique Banque Mondiale <p>- Accompagner du fond national de vaccination, en concordance avec le décret d'application de la loi</p> <p>- Appuyer la mise en œuvre des recommandations relatives aux goulots d'étranglement des flux financiers sur la base des conclusions des études Unicef avec CARDNO.</p> <p>7. Assistance technique pour la mise à jour du PPAC (OMS)</p>
Principal résultat 2	Qualité de service améliorée
Actions convenues du pays	<p>1. Elaborer et mettre en œuvre un Plan de formation (MLM...) qui permet d'alléger la conséquence des fréquentes affectations qui privent les formations sanitaires d'agents formés : Mise en place de Pool de formateurs compétents au niveau décentralisé, un programme d'imprégnation des agents nouvellement affectés.</p> <p>2. Mettre en œuvre l'approche atteindre chaque enfant (ACE) à commencer par les 54 districts cibles du RSS2 et mise à l'échelle nationale ;</p> <p>3. Renforcer les compétences des agents de santé en matière de PEV à travers les supervisions formatives ;</p> <p>4. Organiser des séances de transfert de compétence avant chaque affectation ;</p>

Calendrier associé	2017 - 2018
Besoins en assistance technique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appui à la mise en œuvre de l'approche ACE et l'équité 2. Assistance Technique pour la transition Polio : <ul style="list-style-type: none"> • 1 consultant international OMS pour 3 mois • 1 consultant international UNICEF pour 3 mois - plaidoyer pour l'implication des différents Ministères concernés et des partenaires au haut niveau - appui au comité de pilotage - élaboration du chronogramme de la transition - appui à la rédaction du plan de transition - costing du plan de transition • 1 consultant national OMS pour 4 mois • 1 consultant national Unicef pour 4 mois - cartographie des ressources polio - appui au fonctionnement du comité technique - finalisation du plan de transition • appui de courte durée des bureaux régionaux (OMS et UNICEF) : 2 missions de 2 semaines
Principal résultat 3	Communauté impliquée dans les activités de la vaccination et de la surveillance
Actions convenues du pays	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en œuvre le Plan National Stratégique de Communication sur le PEV 2017-2019 ; 2. Mettre en œuvre le Plan Stratégique de Communication et Mobilisation Sociale pour l'éradication de la poliomyélite à Madagascar pour la Phase de stabilisation ; 3. Vulgariser les documents PNSC et le guide PAC révisé 4. Réactualiser les Termes De Référence (TDR) des Agents de Santé et des acteurs communautaires dans le PEV pratique et ACE sur les liens et actions à mener avec la communauté ; 5. Dynamiser les structures communautaires (COSAN, CCDS...). 6. Assistance technique pour la surveillance des MEV et MAPI (ATR).
Calendrier associé	2017 - 2018
Besoins en assistance technique	Appui à la redynamisation du COSAN/CCDS dans la mise en œuvre des activités communautaires PEV (Dialogue communautaire,...)
Principal résultat 4	Vaccins de qualité et intrants disponibles en quantité suffisante à tous les niveaux
Actions convenues du pays	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doter en vaccins et intrants de bonne qualité et en quantité suffisante et à temps toutes les Formations Sanitaires ; 2. Renforcer la capacité de stockage ; 3. Renforcer les compétences des responsables PEV en matière de gestion de vaccins et maintenance de la CdF ; 4. Accélérer la mise en place de réfrigérateurs solaires ; 5. Améliorer la Gestion Efficace des Vaccins
Calendrier associé	2017 - 2019
Besoins en assistance technique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appui pour l'installation et le suivi CCEOP (suite de l'Assistance Technique actuelle) 2. Appui à l'optimisation de l'approvisionnement (Assistant technique OMS/UNICEF) 3. Appui à la prise de décision PCV13 et VPI fractionné et à l'introduction de nouveaux vaccins (OMS/UNICEF/JSI)
Principal résultat 5	Ecart entre les données administratives et l'estimée de WUENIC réduit de 16 points en 2016 à 14 points en 2017
Actions convenues du pays	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer et mettre en œuvre du Plan d'Amélioration de la Qualité des données (à intégrer dans le PPAC 2017 - 2020); 2. Effectuer le recensement général de la population de l'habitat ; 3. Conduire une Enquête de Couverture Vaccinale en 2017 ; 4. Rendre fonctionnel le comité SIS pour assurer la qualité de gestion des données
Calendrier associé	2017 - 2018

Besoins en assistance technique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appui à l'initiation des responsables du niveau central sur l'analyse des données pour action (OMS/UNICEF); 2. Appui à l'élaboration du plan d'amélioration de qualité des données(PAQD) et aussi de sa mise en œuvre (OMS/UNICEF/JSI); 3. Appui à la mise en œuvre de l'Enquête de la Couverture Vaccinale.(OMS/UNICEF)
---------------------------------	---

7. PROCESSUS D'ÉVALUATION CONJOINTE, APPROBATION PAR LE FORUM DE COORDINATION NATIONAL (CCIA, CCSS OU ÉQUIVALENT) ET COMMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES

Avant l'évaluation conjointe :

Un comité préparatoire a été mis en place avec une participation active de toutes les parties prenantes dont le lead a été confié à l'UCP. Les membres du comité, composé des techniciens du CCIA-CCSS, se sont subdivisés en sous-groupe thématique (selon les thèmes du canevas). Les séances de travail ont été réalisées journalièrement et un débriefing de l'avancement des travaux se fait à chaque fin de semaine.

Le premier draft du canevas a été diffusé aux membres du CCIA-CCSS décisionnel pour observations, suivi d'une séance de restitution des grandes lignes et des points saillants.

Pendant l'évaluation conjointe : L'EC s'est tenue du 20 au 22 juin 2017.

Les deux premiers jours ont fait l'objet de séries de présentations faites par les différents membres du comité préparatoire selon toujours les thèmes du canevas, à savoir :

- P1 : Situation couverture et surveillance
- P2 : Planification/ coordination et Prestation de service
- P3 : Financement
- P4 : Logistique (chaîne de froid et gestion de vaccin)
- P5 : Qualité des données
- P6 : Activités Communautaires
- P7 : RSS et Performances des subventions GAVI
- P8 : Recommandations des évaluations conjointes précédentes
- P9 : Plan draft des besoins en Assistance Technique 2017
- P10 : Plateforme des Chaines de Froid

Cet ordre de présentation a été décidé sur la base du principe suivant : la couverture vaccinale (P1) est le résultat de toutes actions à partir de P2 jusqu'à P10.

Les discussions ont été amorcées sur la base de ces différentes présentations, à l'issue desquelles les recommandations suivantes ont été soulevées :

- Procéder à des analyses plus approfondies pour ressortir les problèmes surtout dans le cadre de l'équité, de la couverture vaccinale, des barrières à la performance.
- Procéder à la comparaison des performances des districts appuyés et non appuyés
- Porter les réflexions sur l'impact de renforcement de la CDF
- Chiffrer les activités réalisées
- Accélérer la rédaction et l'application du décret sur la loi sur la vaccination
- Faire un plaidoyer aux instances concernées sur l'augmentation des fonds alloués à la DPEV

Un débriefing des résultats de l'atelier a été fait auprès de M. le Ministre de la Santé publique et des membres du CCIA-CCSS Décisionnel pour d'éventuelles observations et approbation le 22 juin 2017.

Après l'évaluation conjointe

Le Comité de rédaction a procédé à l'amélioration du rapport selon les feedback au cours de la réunion de débriefing.

Le rapport préliminaire, finalisé par le Comité de rédaction a été partagé aux membres du CCIA-CCSS décisionnel pour avis et approbation avant son envoi au Secrétariat de GAVI le 03 Juillet 2017.

Des feedbacks ont été encore reçus le 07 Juillet 2017. Le document sera à renvoyer le jour même.

8. ANNEXES

Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

	Oui	Non	Non applicable	Observations
Cadre de performance des subventions (GPF - Grant Performance Framework) Rapports sur tous les indicateurs qui sont dus	X			
Rapports financiers				
Rapports financiers périodiques	X (RSS)	X (DPEV)		Non disponible pour DPEV
État financier annuel	X (RSS)	X DPEV)		Non disponible pour DPEV
Rapport d'audit financier annuel				Non disponible pour l'exercice 2016
Rapport de niveau de stock de fin d'année	X			
Rapport de campagne		X		Disponible à la DPEV
Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination		X		Disponible à la DPEV
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes				
Revue documentaire annuelle		X		
Plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD)		X		
Si oui pour le PAQD, rapport sur l'état d'avancement				
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)		X		
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)	X			
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)	X			
Évaluation post-introduction (EPI)		X		
Plan rougeole-rubéole sur 5 ans		X		
Plan opérationnel pour le programme d'immunisation		X		
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS		X		
Rapports spécifiques au VPH		X		
Plan de transition			X	

Annexe 1 - INFORMATIONS QUANTITATIVES ET FINANCIERES SUR LES IMPACTS DU CYCLONE TROPICAL ENAWO

DESIGNATIONS		CSB			CHRR CHR		
		NOMBRE	MONTANT		NOMBRE	MONTANT	
			MGA	USD		MGA	USD
1) INFRASTRUCTURES	Reconstruction <i>(nouvelle construction)</i>	49	11 760 000 000	3 675 000	3	404 800 000	126 500
	Réhabilitation lourde	69	8 040 000 000	2 512 500	19	2 600 000 000	812 500
	Réparation légère	243	11 646 570 011	3 639 553	1	100 000	31
	Réhabilitation adduction d'eau	148	1 824 600 000	570 188	10	360 000 000	112 500
	Equipement latrine	122	1 201 230 000	375 384	19	105 000 000	32 813
	SOUS TOTAL 1	631	34 472 400 011	10 772 625	52	3 469 900 000	1 084 344
2) INTRANTS DE SANTE ET MEDICAMENTS D'URGENCE	Reconstitution des stocks en intrant	44	112 746 940	35 233	1	48 500 000	15 156
	Ravitaillement en médicaments d'urgence	183	580 094 574	181 280	27	56 500 000	17 656
	SOUS TOTAL 2		692 841 514	216 513		105 000 000	32 813
3) MATERIELS ET EQUIPEMENT	Equipement médical	75	359 800 000	112 438	27	3 378 472 800	1 055 773
	Equipement mobilier	80	448 720 000	140 225	27	209 488 000	65 465
	Equipement informatique	28	181 500 000	56 719	27	224 596 800	70 187
	Tente pour centre provisoire	24	297 000 000	92 813	0	-	-
	SOUS TOTAL 3		1 287 020 000	402 194		3 812 557 600	1 191 424
GRAND TOTAL			36 452 261 525	11 391 332		7 387 457 600	2 308 581
GRAND TOTAL						43 839 719 125	13 699 912

Annexe 2 : Rapport de campagne

1. RAPPORT FAV POLIO SEPTIEME PASSAGE : 14 au 18 mars 2016

GENERALITES

En Octobre 2014, un cas de VDPV type 1 a été détecté chez un enfant de 3 ans ayant présenté une Paralysie Flasque Aigue dans le district d'Analalava Région de SOFIA et 3 autres cas chez les enfants contacts sains. Pour faire face à cette situation, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont pris les décisions suivantes :

- ❑ L'Organisation d'une Campagne de Vaccination contre la Polio dans les 33 districts de 6 régions suivantes : Sofia ; DIANA ; SAVA ; Melaky ; Boeny ; Analanjorofo au mois de décembre 2014.
- ❑ L'organisation d'une Campagne nationale de Vaccination contre la Polio (dans tous les 112 Districts sanitaires) au mois d'avril 2015
- ❑ Le renforcement de la vaccination de routine
- ❑ Le renforcement de la recherche active des cas de PFA (Paralysie Flasque Aigue).
- ❑ L'organisation d'une Campagne nationale de Vaccination contre la Polio (dans tous les 112 Districts sanitaires) au mois d'août 2015
- ❑ L'organisation d'une Campagne nationale de Vaccination contre la Polio (dans tous les 112 Districts sanitaires) au mois de septembre et octobre 2015 avec utilisation du vaccin bivalent.

OBJECTIFS

1-Objectif général de la campagne

L'objectif général de cette campagne est d'arrêter la circulation du nouveau poliovirus tout en réduisant les risques d'explosion d'une nouvelle épidémie

Renforcer le volet communication pour le Changement Social de Comportement de la population afin de stimuler l'engagement et la participation des différents acteurs locaux en faveur de la campagne FAV POLIO 7^{ème} passage

2-Objectif spécifique de la campagne

- Lors des campagnes FAV Polio mars et avril 2016, au moins 95% des mères ou responsables de 4 300 000 enfants de moins de 5 ans font vacciner leurs enfants contre la polio au niveau national.
- Toute en considérant les objectifs sus mentionnés, la communication et la mobilisation sociale prendront une place indispensable dans la réussite de ces campagnes se trouve dans le suivi des activités, la fiabilité et la complétude des pièces justificatives.

RESULTATS ATTENDUS

Couverture de la campagne dans les districts de la région appuyée améliorée dans la qualité.

- **ORGANISATION DE LA CAMPAGNE**

A-Organisation technique

- Formation des Moniteurs indépendants

- Préparatifs de la précampagne :

- Suivi des transports des vaccins et intrants avec les intrants de mobilisation sociale ainsi que les outils de gestion à partir du central jusqu'à destination.
- Envoi au niveau des Districts des directives et instructions ou des informations émanant du central ou de la DRSP
- Réunion d'information des Chefs CSB et des Mobilisateurs et Agents communautaires
- Faire le TDR et le Planning de supervision, puis le Briefing des superviseurs avec les outils y afférents avant le départ.
- Façonnage de banderole du FAV Polio en version Malagasy et Française par l'équipe de l'UNICEF C4D et de la DRSP en vue du lancement national de cette campagne à Sakaraha



En tant que supervision de la campagne FAV POLIO, elle a pour but de :

Avant la campagne, s'assurer de:

- L'état de fonctionnement du comité de pilotage et des sous-comités
- La mise en place de la logistique: motos, véhicules, vaccins, portes vaccins, boîtes de sécurité, accumulateurs, réfrigérateurs fonctionnels, congélateurs fonctionnels, pièces de rechanges des réfrigérateurs;
- La disponibilité de ressources humaines (quantité et qualité);
- La mobilisation sociale bien faite;
- La formation des acteurs;
- L'arrivée des vaccins, intrants et outils de gestion au niveau des SDSP et CSB.

Pendant la campagne, s'assurer de:

- La disponibilité en vaccin (VPO),
- Disponibilité de la cartographie ou croquis / itinéraire des équipes
- La disponibilité des intrants et vaccins, des outils de gestion pour toutes les localités
- La disponibilité en vaccinateurs formés et leur bonne répartition;
- La disponibilité des ressources financières de toutes les interventions;
- Du bon fonctionnement de la chaîne du froid, les capacités de stockage des CSB et les modalités de conservation ;
- Les stratégies de gestion des déchets
- L'approvisionnement régulier en vaccins, autres intrants et matériel de vaccination;
- L'existence et l'utilisation des croquis/itinéraire par les équipes de vaccination;
- Analyse et interprétation des fiches de supervision
- L'atteinte effective de la cible journalière;
- Le maintien de la mobilisation sociale;
- La collecte, gestion quotidiennes et envoi au QG central des données par le message type
- La couverture des localités enclavées et des autres localités à problèmes par les équipes de vaccination;

En plus, les superviseurs centraux doivent:

- Appuyer les responsables périphériques sur la sensibilisation de la communauté
- Collecter les PJ (RSS GAVI- GAVI PEV- OMS) et les rapports non parvenus au niveau central.
- Rappporter les informations, les données exactes de ce qui se passe réellement sur le terrain.
- Il faut qu'il y ait conformité par rapport aux normes de l'organisation de la campagne.
- B- RESSOURCES
 - Acteurs : Superviseurs (centraux, périphériques), équipes spéciales, mobilisateurs dont 48 axes, 22 régions, et 94 districts.
 - Financières / PTF : Disponibilité des fonds OMS et UNICEF à tous les niveaux avec l'indemnité des acteurs.
 - Logistique : Disponibilité de pétrole, pièce de recharge, portes vaccins, accumulateurs, réfrigérateurs et vaccins.
- C- Mobilisation sociale :
 - Lancement officiel national à SAKARAHHA
 - La mobilisation vise à assurer que:

-au moins 90% des mères ou responsables d'enfants de moins de 0 à moins de 5 ans font vacciner leurs enfants contre la polio

-les dates et la stratégie de vaccination seront diffusées par tous les canaux de communication

-au moins 90% des autorités locales et leaders communautaires ainsi que les personnes influentes à tous les niveaux seront engagés à soutenir et à participer aux activités pour la réussite de la campagne

- Lancement au niveau des 112 SDSP
- Caravane motorisé
- Plaidoyer au niveau des SDSP
- Disponibilité des moyens : banderole, affiches, mégaphones, brassards....
- spots (radio, TV)
- Source des rumeurs identifiées :
 - Emission TV (Kolo TV),
 - Face book,
 - CD,
 - Communauté

RESULTATS DE LA CAMPAGNE

- Taux de couverture vaccinale : 103%
- PFA : 89
- Résultats des supervisions :

Cible TOTAL 0 à 59 mois	Enfants 0 à 59 mois vaccines (AYANT DÉJÀ RECU VPO)			Enfants 0 à 59 mois vaccines (ZERO DOSE)			Total des enfants vaccinés
	Enfants vaccinés 0-11 mois	Enfants vaccinés 12-59 mois	Enfants vaccinés 0 à 59 mois	Enfants vaccinés 0-11 mois	Enfants vaccinés 12-59 mois	Enfants vaccinés 0 à 59 mois	
4 761 374	825 057	3 787 877	4 612 934	62 133	2 824	64 957	4 677 891

POINTS FORTS :

- Brassards disponibles
- Vaccination dans les écoles (Sainte-Marie)
- Vaccination dans les prisons, les marchés, stationnement des pousse-pousse, taxi-brousse,.....
- Effectivité de la continuité de la séance de la vaccination de routine au niveau des CSB
- Réunion et analyse des résultats journalière.
- Envoi journalière des résultats au QG central
- Existence des monitorages indépendants dans 30 districts.
- Effectivité à la recherche des cas de PFA

POINTS A AMELIORER

- Refus : Groupe religieux (Jerosalema Vaovao, fidèles de l'aposroly Tsaratsara)
- Comité de pilotage local non opérationnel.
- Craies de mauvaise qualité
- Markers non indélébile, et marquage du petit doigt non fait ou inadéquat.
- Marquage des maisons non fait ou effacé par les propriétaires
- Insuffisance des fiches de pointage.
- Incohérence entre le nombre d'enfants vaccinés et le nombre de doses de VPO utilisées.
- Vaccination dans les écoles à aviser, planifier, et accorder aux responsables des écoles
- Continuité de la séance de la vaccination de routine au niveau des CSB(VPO)

RECOMMANDATIONS

A l'endroit du niveau central et PTF :

Doter le pétrole pour 3 mois par GAVI

-Valider le cas de PFA (7 jours après début paralysie) : à détecter chez les moins de 15 ans

-Faire une lettre de plaidoyer par MEN pour le cas de refus.

-

A l'endroit des DRS :

-Sensibiliser les groupes religieux réticents

A l'endroit des SDSP :

-Assurer la transparence des taux d'indemnités pour les acteurs

-Les Agents de Sante sont responsables de la transmission des informations.

A l'endroit des CSB :

-Responsabiliser les Présidents FKT pour le prochaine AVS

- Responsabiliser les chefs CSB au recrutement, au choix des vaccinateurs et de formation des acteurs.

-Assurer la supervision effective des mobilisateurs

2. RAPPORT FAV POLIO HUITIEME PASSAGE : 13 au 16 Avril 2016

GENERALITES

En Octobre 2014, l'institut Pasteur de Madagascar a rapporté un résultat d'analyse biologique montrant de virus dérivés de souche vaccinale d'un cas de PFA détecté par l'équipe de surveillance du district d'Analalava dans le Fokontany d'Antsiradrano chez une fillette de 3 ans Région de SOFIA.

Depuis cette date jusqu'au mois de juillet 2015, nous avons enregistré 11 cas de Paralyse Flasque Aiguë similaire au symptôme de la poliomyélite et effectué au total 6 campagnes dont:

- 01 Activités de Vaccination Locale (AVS) pour les enfants de 0 à 5 ans dans les 06 régions du nord
- 02 Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS) pour les enfants de 0 à 5 ans utilisant le vaccin VPO trivalent (tOPV), au niveau national
- 03 Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS) pour les enfants de 0 à 15 ans utilisant le vaccin VPO bivalent (bOPV), au niveau national

Les résultats de ces activités de vaccination sont encourageants grâce à la synergie d'efforts procurés par tous les acteurs de la vaccination nationaux et internationaux, car il n'y a plus de nouveaux cas enregistré jusqu'à ce jour.

Selon les recommandations de la 2eme évaluation internationale de la riposte, deux AVS de qualité devraient être mis en œuvre:

- du 14 au 18 mars 2016, combiné à la 3ème évaluation internationale, qui pourrait nous valider l'inexistence de nouveaux cas de polio,
- du 11 au 15 avril 2016, utilisant pour la dernière fois à Madagascar le vaccin (tOPV).

Selon le Plan stratégique Mondial d'Eradication de la Polio, Madagascar a adopté un Plan SWITCH pour la destruction de tous les vaccins (tOPV), validé par le CCIA/ CCSS le 06octobre 2015 pour le remplacement du vaccin (tOPV) par le (bOPV), dont la date retenue est le 26 Avril 2016, couplée à la Semaine Africaine de la Vaccination.

Plusieurs comités seront mise en place ultérieurement, entre autre le comité de préparation et comité de validation.

Cependant, pour être plus effective dans la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs de la campagne, il faudrait disséminer le plan de mobilisation sociale aux acteurs à tous les niveaux, impliquer davantage les autorités politiques et administratives, renforcer les activités pouvant susciter l'engouement et le renforcement de la mobilisation sociale, mettre à disposition à temps les fonds pour le financement des activités de mobilisation sociale.

OBJECTIFS

Objectif général de la campagne

- Améliorer la qualité et la couverture de la campagne dans les districts de la région appuyée de tous les enfants de 0 à 59 mois dans les 22 régions de Madagascar.

Objectif spécifique de la campagne

- Lors des campagnes FAV Polio mars et avril 2016, au moins 95% des mères ou responsables de 4 300 000 enfants de moins de 5 ans font vacciner leurs enfants contre la polio au niveau national.

Toute en considérant les objectifs sus mentionnés, la communication et la mobilisation sociale prendront une place indispensable dans la réussite de ces campagnes se trouve dans le suivi des activités, la fiabilité et la complétude des pièces justificatives.

RESULTATS ATTENDUS

Superviseurs centraux informés sur la tenue de la campagne FAV polio 8^{ème} passage, et les taches assignées, maîtrisées

ORGANISATION DE LA CAMPAGNE

- Organisation technique :
 - o Marquage des maisons/ménages
 - o Marquage du petit doigt de la main gauche des enfants
 - o Stratégie porte-à-porte élargie
 - o Croquis et itinéraires des vaccinateurs bien affiché
 - o Utilisation des équipes spéciales
 - o Superviseurs d'équipes : Chef du CSB ou d'autres personnes désignées par le chef CSB et le Chef Fokontany.
 - o L'enquête rapide en donnant un aperçu de la qualité de la vaccination dans une zone.
- Mobilisation sociale :
 - o lancement officiel : Sabotsy Namehana
 - o Caravane motorisée
- Ressource :
 - o Acteurs : Les superviseurs centraux, régionaux, de districts et les consultants internationaux et nationaux : 48 axes, 22 régions, 96 districts.
 - o Financières / PTF : OMS, UNICEF.
 - o Logistique : Disponibilité de pétrole, pièce de recharge, portes vaccins, accumulateurs, réfrigérateurs et vaccins.

RESULTATS DE LA CAMPAGNE

- Taux de couverture vaccinale : 95%
- PFA : 95
- Résultats des supervisions :

RAPPORTAGE DONNEES ADMINISTRATIVES											
Cible TOTAL 0 à 59 mois	Enfants 0 à 59 mois vaccines (AYANT DÉJÀ RECU VPO)			Enfants 0 à 59 mois vaccines (ZERO DOSE)			Total des enfants vaccinés	Taux de couverture	Taux de couverture 0-11 mois	% des enfants Zéro dose par rapport aux enfants vaccinés	PFA
	Enfants vaccinés 0-11 mois	Enfants vaccinés 12-59 mois	Enfants vaccinés 0 à 59 mois	Enfants vaccinés 0-11 mois	Enfants vaccinés 12-59 mois	Enfants vaccinés 0 à 59 mois					
4 761 374	825 057	3 787 877	4 612 934	62 133	2 824	64 957	4 677 891	98%	93%	1%	60

POINTS FORTS :

- Lancement officiel de la campagne tenue aux districts.
- Comité de pilotage, QG, Supervision des équipes : mise en fonctionnel
- Leaders communautaires sont impliqués dans les activités de mobilisation sociale

POINTS A AMELIORER

- Réunions journalières d'évaluation non tenues
- Equipes ne respectent pas le croquis.
- Marquage de la main droite de quelques enfants vaccinés.
- Insuffisance de la craie, des supports de mob soc (affiche, banderole) et des OG
- Retard de fond pour l'achat de craie.

RECOMMANDATIONS**A l'endroit du niveau central et PTF :**

- Prioriser la dotation en réfrigérateurs des CSB centre d'éclatement.
- Respecter la micro planification ascendante.
- Considérer les besoins des SDSP : OG, supports mobilisation sociale et craie.

A l'endroit des DRS :

- Respecter la micro planification ascendante;

A l'endroit des SDSP :

- Les responsables PEV doivent faire des états de lieu.
- Assurer la tenue journalière de la réunion d'évaluation des résultats.

A l'endroit des CSB :

- Les RESPEV doivent faire des états de lieu et envoi leur besoin à la DPEV

A l'endroit des Agents de Santé :

- Confirmation des cas : prélèvements de 2 échantillons de 48 heures d'intervalle et envoi à l'IPM.

3. RAPPORT FAV POLIO NEUVIEME PASSAGE : 16-18 Novembre 2016**GENERALITES**

Une épidémie de PVDV (Polio Virus Dérivé du Vaccin) est en cours a Madagascar depuis 2014 avec 11 cas confirmés à ce jour. Cette nouvelle flambée fait l'objet d'une réponse contre le Polio virus à travers l'organisation d'activités supplémentaires de vaccination (AVS) et le renforcement de la vaccination de routine, et le renforcement de la surveillance des Paralysies flasques aiguës (PFA) dans 112 districts. Depuis le début de la flambée épidémique actuelle de PVDV, six campagnes de vaccination de masse ont été organisées sur le territoire national au cours de Journées Nationales de Vaccination (JNV) avec le support technique et financier des partenaires de l'Initiative Mondiale d'Eradication de la Polio (IMEP)

OBJECTIFS**Objectif général de la campagne**

- Améliorer le taux de couverture vaccination de tous les enfants de 0 à 59 mois indépendamment de leur statut vaccinal antérieur dans les 22 régions de Madagascar.

Objectif spécifique de la campagne

- Lors des campagnes FAV Polio mars et avril 2016, au moins 95% des mères ou responsables de 4 300 000 enfants de moins de 5 ans font vacciner leurs enfants contre la polio au niveau national.

Tout en considérant les objectifs sus mentionnés, la communication et la mobilisation sociale prendront une place indispensable dans la réussite de ces campagnes se trouve dans le suivi des activités, la fiabilité et la complétude des pièces justificatives.

RESULTATS ATTENDUS

Couverture de la campagne dans les districts de la région appuyée améliorée dans la qualité.

ORGANISATION DE LA CAMPAGNE**- RESSOURCES**

- Acteurs : Les superviseurs centraux, régionaux, de districts et les consultants internationaux et nationaux dont 22 axes, 22 régions, 44 districts

- Financières / PTF : OMS, UNICEF dont
- Logistique : Disponibilité de pétrole, pièce de recharge, portes vaccins, accumulateurs, réfrigérateurs et vaccins.

- Organisation technique

En tant que supervision de la campagne FAV POLIO, elle a pour but de :

Avant la campagne, s'assurer de:

- L'état de fonctionnement du comité de pilotage et des sous-comités
- La mise en place de la logistique: motos, véhicules, vaccins, portes vaccins, boîtes de sécurité, accumulateurs, réfrigérateurs fonctionnels, congélateurs fonctionnels, pièces de rechanges des réfrigérateurs;
- La disponibilité de ressources humaines (quantité et qualité);
- La mobilisation sociale bien faite;
- La formation des acteurs;
- L'arrivée des vaccins, intrants et outils de gestion au niveau des SDSP et CSB.

Pendant la campagne, s'assurer de:

- La disponibilité en vaccin (VPO),
 - Disponibilité de la cartographie ou croquis / itinéraire des équipes
 - La disponibilité des intrants et vaccins, des outils de gestion pour toutes les localités
 - La disponibilité en vaccinateurs formés et leur bonne répartition;
 - La disponibilité des ressources financières de toutes les interventions;
 - Du bon fonctionnement de la chaîne du froid, les capacités de stockage des CSB et les modalités de conservation ;
 - Les stratégies de gestion des déchets
 - L'approvisionnement régulier en vaccins, autres intrants et matériel de vaccination;
 - L'existence et l'utilisation des croquis/itinéraire par les équipes de vaccination;
 - Analyse et interprétation des fiches de supervision
 - L'atteinte effective de la cible journalière;
 - Le maintien de la mobilisation sociale;
 - La collecte, gestion quotidiennes et envoi au QG central des données par le message type
 - La couverture des localités enclavées et des autres localités à problèmes par les équipes de vaccination;
- En plus, le superviseur central doit:
- Appuyer les responsables périphériques sur la sensibilisation de la communauté
 - Collecter les PJ (RSS GAVI- GAVI PEV- OMS) et les rapports non parvenus au niveau central.
 - Rappporter les informations, les données exactes de ce qui se passe réellement sur le terrain.
 - Il faut qu'il y ait conformité par rapport aux normes de l'organisation de la campagne.

- Mobilisation sociale :

- lancement officiel à Marovoay
- Caravane motorisé : engagement Ministériel
- Médiatisation : Antananarivo Renivohitra :
 - Plateau radio/télé
 - Diffusion spots audio visuels renforcée
- Sensibilisation multisectorielle MEN, DIDEDEC,

RESULTATS DE LA CAMPAGNE

- Taux de couverture vaccinale : 94%
- PFA : 60
- Résultats des supervisions : Cible SMS 4 701 302

Cible 0-11 mois	960 262
Cible 12-59 mois	3 799 005
Cible 0-59 mois	4 759 267

POINTS FORTS

- Toutes les équipes ont des portes vaccins
- Les vaccins sont tous au stade 1et en quantité suffisante
- L'équipe spéciale au niveau des places publique (marché, parcage) est effective
- Résultat envoyé journalière ment au SDSP
- Moyens de déplacement requis sont disponibles

- Support mobilisation sociale sont repartis au CSB
- Message radio diffusé
- Outils de gestion sont tous disponibles et suffisants et dispatché au niveau SDSP
- QG pour réunion journalière d'évaluation opérationnel

POINTS A AMELIORER

- Nombre de mobilisateurs insuffisants : 1 par fokontany au lieu de 2.
- Problème de thermostat induisant au respect de température
- Démotivation des mobilisateurs-superviseurs- et les Comité de pilotage souvent le fond non disponible avant les activités

RECOMMANDATIONS

A l'endroit du niveau central et PTF

- Préparer toujours à l'avance les écoles de la date de la campagne pour ne pas les surprendre.
- Chevauchement de la date de célébration de la Journée mondiale de lutte contre le Diabète et de la campagne FAV Polio dans la même ville.

A l'endroit des DRS

- Renforcer la sensibilisation médiatique auprès de la population cible

A l'endroit des SDSP

- Recours auprès du technicien local ou central le cas échéant.
- Accélérer le processus pour motiver les équipes.

A l'endroit des CSB

- Collaboration insuffisante du Chef CSB avec les leaders communautaires et les Directeurs d'écoles
- Octroyer des indemnités de formation et réunion pour motiver les intervenants
- Mobiliser les agents de santé et les administratifs pour renforcer les mobilisateurs
- Former les AC à la recherche des MEV dans les quartiers.

Annexe 3 : Note verbale du MFB (sera parvenue ultérieurement avant le 03/07/2017)

Annexe N°4 : Tableau récapitulatif des activités de vaccination de l'Etat et des PTF

Rubriques	GAVI	ETAT	UNICEF	OMS	USAID	Autres
Installation Chambres froides	2 régions : Melaky et Anosy					
Installation et livraison frigo			82 réfrigérateurs solaires			
Formation en maintenance CDF	113 Districts 22 Régions					
Maintenance curative et préventive de la CDF	05 Districts					
Dotation en réfrigérateurs solaires		10 SDSP 47 CSB 2,4Milliards MGA		100 au niveau des centres d'éclatement		296 (PAUSENS)
Achat vaccin DTCHepBHib, Rota, PCV 10, VPI, HPV	61 908 254 000 MGA	PCV10 : 151200 doses DTP-HepHib 286 000 doses Rota : 136500 doses	BCG 1.400.000 doses, 69% TOPV 1.089.000 doses, 100% BOPV 600.000 doses, 17% Mea 600.000 doses, 54% TT 821.000 doses, 52%			
Acheminement vaccin du central vers régions/districts	946 691 200 MGA		81.000.000 MGA 1 trimestre et plus SSME campagne rougeole Octobre 2016			
Consommable (SAB)	762 349 928 MGA					

Rubriques	GAVI	ETAT	UNICEF	OMS	USAID	Autres
Pièces de rechange	386 647 100 MGA	125 000 000 MGA				
Achat pétrole		265.854.000 MGA	72.000.000 MGA (Avril-Mai 2016)			
Dotation en matériels roulants pour le niveau région et districts			2 véhicules 4x4 et 22 motos Cross (Honda XLS 125) pour la région de SOFIA			
Revue national/régional/district			Trimestrielle : Une revue nationale Une revue régionale	1 revue nationale financée (Grand Staff) 22 revues régionales 113 revues districts	1 revue nationale (Grand Staff) et 7 revue des districts financée	
Supervision			Intégré trimestrielle: 9 régions, 50 districts	8 supervisions formatives conjointes : Diana, Ihorombe (2 fois), Alaotra Mangoro, Analanjirofo, Itasy, Anosy, SAVA	13 districts: Boriziny, Mampikony, Analalava, Ambanja, Ambilobe, Diégo I et II, Fandriana, Ambositra, Ikalavavony, Lalangina, Vohibato et Isandra	
Mise en œuvre SAV/SSME/Avril et SSME campagne rougeole octobre			113 districts : environ 700 000 USD de coût opérationnel par passage	Supervision du niveau central, région et District (1 109 840 USD)	Toutes les régions sont appuyées par les consultants nationaux et internationaux ; Financements de la MOE =Ar 10 202 955 974 Fournitures des outils de gestion Ar 10 202 955 974 Supervision : Ar 580 073 857,00 Fonctionnement chaîne de froid	

Rubriques	GAVI	ETAT	UNICEF	OMS	USAID	Autres
					Enquête de couverture vaccinale VAR Gestion des déchets Monitorage des campagnes	
Mise en œuvre campagne POLIO 2016				USD 4 980 878	15 Régions	
Sensibilisation campagne Polio Mars/Avril/Novembre			113 districts 22 régions	113 Districts 22 Régions	Les consultants nationaux et internationaux participent à la sensibilisation de toutes les campagnes Diffusion des supports de communication	
Atelier d'intensification de la vaccination de routine	3.552.000 MGA				10 districts	
Mise en œuvre SWITCH 2016				USD 293 833		
Enquête Couverture Vaccinale				USD 101 461		
Surveillance active de PFA				USD 500 000	50.000 USD	
CARBURANT ET Pièces détachées				USD 120 000		
Reproduction des fiches techniques pour la surveillance PFA, rougeole, TNN				USD 150 878		
Achat 30 motosDFSZZ				USD 120 000		
Appui aux Laboratoires IPM				USD 16 625		
Appui aux Comité POLIO				USD 6 000		
Participation aux ateliers Internationaux				USD 115 000		

Rubriques	GAVI	ETAT	UNICEF	OMS	USAID	Autres
Formation en cascade surveillance				USD 237 106		
Contribution surveillance électronique intégrée				USD 200 000		
Contribution ARCC				USD 15 000		
Recrutement des équipes de renfort				USD 1 666 800		
Supports de communication				USD 100 000		
Envoi vaccin routine GAP	31.126.400 MGA					
Frais de transit, manutention, transport de vaccins par fournisseur AUXIMAD	34 941 278 MGA					
Transport de vaccin	11.066.326 MGA					
Multiplication de cartes infantiles, des manuels PEV pour les agents de Santé et des agent communautaires	27 685 000 MGA (DPEV) 1 000 000 cartes infantiles et 900 000 cartes maternelles 86 440 400 MGA (RSS)				Pour les CSB dans les 16 Régions : 2800 manuels PEV AS et 2800 manuels PEV AC pour les agents de Santé	
Prestations diverses	45.466.600 MGA				Contribuer au financement de la restitution de la campagne VAR durant le Grand staff à Diégo	

Objectifs	ACTIVITES	Reliquat Budget 2015	Dépenses 2016		Dépenses 2017	Total des dépenses au 31/05/2017		Soldes disponibles	Observations
		USD	USD	Taux de décaissement	USD	USD	Taux de décaissement	USD	
Objectif 1	Augmenter la fréquentation de la Population aux Formations Sanitaires (en particulier les services suivants : CE, PF, Vaccination, Accouchement au centre, CPN)	2 129 951,27	888 907,71	41,73%	1 392,71	890 300,42	41,80%	1 239 650,85	
Act 1.1	Contractualiser des Agents de santé dans les formations sanitaires enclavées conformément au plan de Formation et aux procédures de recrutement	259 685,70	70 622,78	27,20%	- 1 665,22	68 957,56	26,55%	190 728,14	Paiement de salaire de 95 Agents de Santé de Janvier 2016 à Mars 2017
Act 1.4	Contribuer à la mise aux normes des CSB pour la sécurisation des formations sanitaires et des chaînes de froid (peinture, toiture, armoires métalliques, grilles de protection, serruresetc.)	202 409,07	197 528,31	97,59%	270,84	197 799,15	97,72%	4 609,93	Travaux de réhabilitation de 16 CSB prévus
Act 1.6	Mettre à disposition des superviseurs centraux un véhicule 4X4, 05 véhicules 4x4 pour les Districts et 95 motos pour les CSBs/SSD	630 223,48	366 498,17	58,15%	-	366 498,17	58,15%	263 725,31	Acquisition de 05 voitures 4x4 pour les Districts, 95 motos pour les CSB
Act 1.7	Assurer la reconstruction et la fonctionnalité des CdF	1 037 633,01	254 258,44	24,50%	2 787,10	257 045,54	24,77%	780 587,47	- Acquisition de 02 camions frigorifiques et des pièces de rechange - Formation en maintenance de la Chaîne de Froid de 113 Districts - Maintenance de la Chaîne de Froid dans les 05 Districts
Objectif 2	Améliorer la gestion financière et promouvoir la bonne gouvernance	10 355,67	2 256,29	67542,68%	-	2 256,29	21,79%	8 099,38	

Act 2.1	Renforcer la gestion administrative et financière du projet au niveau périphérique conformément au manuel des procédures administratives et financières du projet RSS	339,80	-	0,00%	-	-	0,00%	339,80	
Act 2.2	Mettre en œuvre des stratégies innovatrices pour la réduction du nombre des enfants non vaccinés : monitoring suivi des mises en œuvre de l'approche ACD et de Politique Nationale de Santé Communautaire	419,08	-	0,00%	-	-	0,00%	419,08	
Act2.3	Remettre à niveau les membres de l'EMAR/EMAD sur l'utilisation du manuel de procédure du Projet RSS/GAVI	- 12 660,62	-	0,00%	-	-	0,00%	- 12 660,62	
Act 2.4	Vérifier l'effectivité des activités menées au niveau des Districts (Audit interne et supervision)	22 257,41	2 256,29	10,14%	-	2 256,29	10,14%	20 001,12	
Act 2.5	Mener une étude du financement basé sur la performance des Districts Sanitaires (SARA, Assistance technique.....)	-	-	-	-	-	0	-	
Objectif 3	Augmenter l'utilisation des services de santé par la population	61 370,92	37 134,79	0,61	-	37 134,79	60,51%	24 236,13	
Act 3.1	Mettre en œuvre l'approche ACD au niveau des Districts pour la réduction des enfants non vaccinés	23 060,94	-	-	-	-	0,00%	23 060,94	
Act 3.3	Appuyer les acteurs de terrain avant /pendant la campagne de mobilisation sociale et de vaccination	38 310,00	37 134,79	96,93%	-	37 134,79	96,93%	1 175,21	

Évaluation conjointe

	Activités avec COMARESS	38 310,00	37 134,79			37 134,79		1 175,21	Activités menées par COMARESS dans 20 régions, 38 districts, 76 Communes, 231 Fokontany/hameaux sur la dialogue communautaire et 218 POD orientés
Act 3.4	Elaborer de plan d'action pour les AC/COSAN formés en PAC /CIP/CRIS dans 20 SSD à faible performance	- 0,02	-	0,00%	-	-	0,00%	- 0,02	
Objectif 4	Améliorer la gestion des données pour une prise de décision	501 439,08	108 074,69	21,55%	-	108 074,69	21,55%	393 364,39	
Act 4.1	Institutionnaliser l'utilité/l'utilisation de données (UDD+ DQS) pour la planification, la mise en œuvre et la prise de décision dans les 74 Districts	438 887,41	102 447,44	23,34%	-	102 447,44	23,34%	336 439,97	Multiplication de 1 000 000 cartes infantiles et 900 000 cartes maternelles pour les SDSP
Act 4.3	Produire des plans d'action des Districts / CSB à travers les revues périodiques et réunions semestrielles	62 290,68	5 627,25	9,03%	-	5 627,25	9,03%	56 663,43	
	MANAGEMENT COSTS	39 583,69	94 525,56	238,80%	10 066,26	104 591,82	264,23%	- 65 008,13	
	TOTAL	2 742 700,63	1 130 899,03	41,23%	11 458,97	1 142 358,00	41,65%	1 600 342,62	

Annexe N°6 : Situation de la trésorerie au 10/05/2017 RSS1

	MGA	Taux	USD
SOLDE AU 10/05/2017			2 220 564,83
BANQUE MGA	1 983 043 719,04	3 168,17	625 927,18
BANQUE USD			1 592 137,65
CAISSE USD (remboursement moto du fournisseur ACMA) **			2 500,00
DEPENSES A EFFECTUER			1 833 864,18
Transfert de 186 000 USD vers RSS2			186 000,00
Fonctionnement de l'Ex Unité de Gestion Avril - Mai 2017	18 203 013,00	3 168,17	5 745,59
Acquisition équipements pour chaîne de froid (frigos et autres matériels, camions frigorifiques) - A transférer à l'UNICEF			1 642 118,59
Reliquat net RSS1, à affecter (suivant décision de GAVI et MOH) *			386 700,65

Taux de change de la Banque Centrale au 10/05/17 :
1 USD = MGA 3 168.17

* Ce reliquat net de 386 700.65\$ provient spécialement du montant lié à l'Acquisition de 70 réfrigérateurs, dont le marché avait été annulé.

** Le montant en caisse de 2,500 USD correspond au remboursement d'une moto par le fournisseur ACMA reçu le 13 avril 2017. Il convient de souligner que ce fournisseur devrait rembourser 7.250.000 MGA pour le double paiement, mais il a payé en USD, un montant de 2 500\$.

Annexe N°7 : Situation de la trésorerie au 10/05/2017 PEV

	MGA	Taux	USD
Banque BFV MGA - GAVI PEV 00008 00005 05004000567 73	290 295 825,67	3 168,17	91 628,87
Banque BFV MGA - GAVI PEV 00008 00005 05004008121 12	4 319 335,44	3 168,17	1 363,35
Caisse	5,00	3 168,17	0,002

Taux de change du 10/05/17 : 1 USD = MGA 3 168,17

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Tableau de triangulation

Tableau N°2 : Tableau comparatif de la situation du personnel Analamanga, Androy, Melaky

Tableau N°3 : Résultats de l'analyse du taux d'abandon par district

Tableau N°4 : Liste des districts ayant enregistré une couverture vaccinale

Tableau N°5 : Résultats de l'analyse de la cohérence entre DTCHepB Hib3 et VPO3

Tableau N°6 : Réalisation de COMARESS

Tableau N°7 : Récapitulatif du nombre d'enfants vaccinés par le secteur privé et par antigène en 2016

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique N°1 : Nombre d'enfants non vaccinés en DTC3, par région janvier - avril 2016 – 2017 (1ère trimestre)

Graphique N°2 : Evolution du nombre de CSB publics vaccinant de 2014 à Mai 2017

Graphique N°3 : Comparaison des données 2016 des antigènes principaux Administratives/WUENIC

Graphique N°4 : Comparaison des taux de couverture administrative en DTCHepBHib3 de 2005 à 2016 avec l'estimation de l'OMS-Unicef (Sources : JRF, ECV, WUENIC)

Graphique N°5 : Tendance de la couverture vaccinale en DTCHepBHib1 - DTCHepBHib3 et taux d'abandon de 2012 à 2016 au niveau national. (Source : JRF)

Graphique N°6 : Evolution des taux de couvertures en VAT2 (Source JRF)

Graphique N°7 : Evolution des taux de couvertures en VAR au niveau national (Source : JRF)

Graphique N°8 : Analyse comparative de la performance en DTCHepBHib3 en 2015 et 2016 au niveau régional. (Source : JRF)

Graphique N°9 : Répartition des enfants non vaccinés en DTCHepBHib3 en 2015-2016 au niveau régional. (Source : JRF)

Graphique N°10 : Cartographie comparative de la couverture vaccinale en DTCHepBHib3 de 2014 à 2016 au niveau des districts (Source JRF)

Graphique N°11 : Cartographie comparative de la couverture vaccinale en VAR de 2014 à 2016 au niveau des districts (Source : JRF)

Graphique N°12 : Résultats de l'enquête de couverture de la campagne rougeole (campagne - Oct 2016, enquête - Dec 2016)

Graphique N°13 : Cartographie comparative par District du taux d'abandon

Graphique N°14 : Cartographie relative à la survenue de cas de cVDPV selon l'adéquation de selles et la couverture vaccinale en VPO 3 en 2014 par région

Graphique N°15 : Cartographie comparative des indicateurs de performance de la surveillance des PFA

Graphique N°16 : Distribution des cas suspects de rougeole/rubéole en 2015 - 2016

Graphique N°17 : Cartographie comparative des indicateurs de surveillance des cas suspects de rougeole/rubéole en 2015 - 2016

Graphique N°18 : Nombre des cas de tétanos néonatal notifiés, investigués et ayant fait l'objet de riposte

Graphique N°19 : Nombre de cas de diarrhées à rotavirus au CHUMET de 2013 -2017

Graphique N°20 : Evolution de cas de méningites à pneumocoques au CHUMET de 2012 -2017

Graphique N°21 : Evolution dépenses avec le fonds propre du Gouvernement pour la vaccination de routine – Dépenses totales toute source (Source JRF)

Graphique N°22 : Co-financement et financement des activités PEV par l'Etat de 2014-2016

Graphique N°23 : Complétude par districts de 2014 à 2016, Madagascar

Graphique N°24 : Evolution des rapports districts et CSB au niveau central, de 2013 à 2016

Graphique N°25 : Distribution des taux d'abandon par district à la moyenne attendue

Graphique N°26 : Comparaison immunisation VPO3- DTCHepB Hib3

Graphique N°27 : Evolution des cibles vaccinées en DTC3-VPO3-PCV-10-3 de 2015 à 2016

Graphique N°28 : Evolution des CV au DTCHepBHib1-VPO1-Rota1-PCV10-1 par région en 2016

Graphique N°29 : Comparaison des Ag qui se donnent au même moment par région, 2016 VPO3 – DTCHepBHib3 et VPI

Graphique N°30 : Nombre d'enfants non vaccinés en DTCHepBHib 3 en 2016

LISTE DES ACRONYMES

AC	Agent Communautaire
ACD	Atteindre Chaque District
ACE	Atteindre Chaque Enfant
AFD	Agence Française de Développement
APART	Autorité Politico-Administrative-Religieuse et Traditionnelle
AS	Agent de Santé
ATR	Assistant Technique Régional
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
BCC	Bureau Central de Coordination
CAI	Cellule d'Audit Interne
CCDS	Comité Communal de Développement Social
CCIA/CCSS	Comité de Coordination Inter Agences/ Comité de Coordination du Secteur Santé
CDF	Chaîne Du Froid
CHRD	Centre Hospitalier de Référence District
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régional
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CHUMET	Centre Hospitalo-Universitaire Mère-Enfant de Tsaralalana
CIP	Communication Interpersonnelle
CM2	Cours Moyen 2
COMARESS	Coalition Malagasy pour le Renforcement du Système de Santé
CNC	Comité National de Certification
CNEP	Comité National des Experts en Polio
COSAN	Comité de Santé
CRS	Catholic Relief Service
CSB	Centre de Santé de Base
C4D	Communication for Development
DAAF	Direction des Affaires Administratives et Financières
DDS	Direction des Districts Sanitaires
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DP	Direction du Partenariat
DPEV	Direction du Programme Elargie de Vaccination
DQS	Data Quality Assessment
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DTC-HépB-Hib	Vaccin anti Diphtérique Tétanos Coqueluche-HépatiteB-Haemophilus Influenzae B
cVDPV	Virus Dérivés du Polio-Vaccinal circulant
DVD-MT	District Vaccine Data –Management Tool
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ELIV	Ekipa Lafatra Ifotoran'ny Vakisiny
EMAD	Equipe de Management de District
EMAR	Equipe de Management de District
ENV	Enfant Non Vacciné
FAV	Fanamafisana ny Andron'ny Vaksiny

FNV	Fonds National de Vaccination
FSP	Formation Sanitaire Privée
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GCR	Gestionnaire Comptable Régional
GE	Gastro-Enterite
GESIS	Gestion du Système d'Information Sanitaire
GPEEC	Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences
GRH	Gestion des Ressources Humaines
GSK	Glaxo Smith Kline
GTC	Groupe Technique de Confinement
HPV	Human Papilloma Virus
IEC	Information-Education-Communication
IFIRP	Institut de Formation Inter Régional des Paramédicaux
IgM	Immunoglobuline M
INSTAT	Institut National des Statistiques
IPM	Institut Pasteur de Madagascar
JRF	Joint Reporting Form
JSI	John Snow Inc.
LMC	Leadership Management Coordination
LMD	Licence Master Doctorat
LCR	Liquide Céfalo Rachidien
LSFM	Lion's Sight First of Madagascar
LRR	Laboratoire Régional de Référence
MAPI	Manifestation Adverse Post-Immunization
MBP	Méningite Bactérienne Pédiatrique
MCSP	Maternal Child Survival Program
MEV	Maladie Evitable par la Vaccination
MSANP	Ministère de la Santé Publique
NITAG	National Immunization Technical Adversory
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PACSS	Projet d'Appui Conjoint au Secteur Santé
PASMI	Projet d'Appui à la Santé Maternelle et Infantile
PASSOBA	Programme d'Appui aux Secteurs Sociaux de Base
PAUSENS	Projet d'Appui d'Urgence aux Services Essentiels d'Education, de Nutrition et de Santé
PCV	Pneumococcal Conjugate Vaccine
PDSS	Plan de Développement du Secteur Sanitaire
PDV	Perdu De Vue
PEF	Partner Engagement Framework
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PhaGDis	Pharmacie de Gros de District
PBM	Pneumonie à Bactérie Meningite
PNDRHS	Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé
PNSC	Politique Nationale de la Santé Communautaire

POD	Promoteurs des OSC de District
POECF	Plateforme d'Optimisation des Equipements de la Chaîne de Froid
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
PSI	Population Service International
PSRSIS	Plan Stratégique du Renforcement du Système d'Information Sanitaire
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RSS	Renforcement du Système de Santé
Rota	Vaccin anti Rotavirus
SAB	Seringue Autobloquante
SDSP	Service de District de Santé Publique
SISG	Système d'Information Sanitaire pour la Gestion
SMBP	Surveillance Meningitis Bacteries Pneumonie
SSME	Santé de la Santé de la Mère et de l'Enfant
TCV	Taux de Couverture Vaccinale
TDR	Terme De Référence
TPNP	Taux de PFA non Polio
TVA	Taxe sur les Valeurs Ajoutées
TNN	Tétanos Néonatal
UCP	Unité de Coordination du Programme
UDD	Utilisation Des Données
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti-Tétanique
VPI	Vaccin Polio Inactivé
VPO3	Vaccin Polio Oral (3ème administration)
VPOb	Vaccin antiPoliomyélitique Oral Bivalent
VPOt	Vaccin antiPoliomyélitique Oral Trivalent
cVDPV	Virus Dérivé du Polio Virus circulant