

## Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2018

Pays	Madagascar
JA complète ou JA mise à jour	<input checked="" type="checkbox"/> JA complète <input type="checkbox"/> JA mise à jour
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	11 au 13 Juillet 2018 à l'Hôtel CARLTON Antananarivo Madagascar
Participants/affiliation <sup>1</sup>	Annexe 1 : Liste des participants
Fréquence des rapports de résultats	Annuel
Période fiscale <sup>2</sup>	Juin 2017- Juin 2018
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2018 à 2020
Groupe de transition Gavi/de cofinancement	Autofinancement initial

### 1. DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

Demande de renouvellement de vaccin (SVN) (Au plus tard le 15 mai)	Oui <input checked="" type="checkbox"/> X	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien au RSS	Oui <input type="checkbox"/> x	Non <input type="checkbox"/>	N/A
Demande de renouvellement de soutien à la POECF	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/> X

Population	26 330 637			
Cohorte de naissances	3,53%			
Vaccin	PENTA	PCV 10	ROTA	VPI
Population dans la cohorte d'âge cible	876 810	876 810	876 810	876 810
Population cible devant être vaccinée (première dose)	876 810	876 810	876 810	876 810
Population cible devant être vaccinée (dernière dose)	876 810	876 810	876 810	876 810
Taux de couverture implicite	94%	94%	94%	94%
Dernier taux de couverture WUENIC disponible	77 %	76%	78%	65%
Dernier taux de couverture admin disponible	90%	90%	88%	78%
Taux de perte	3%	8%	1%	6%
Stock tampon	619 752	619 752	413 168	230 888
Stock signalé	387 700	1 625 300	1 156 350	224 000

Les données rapportées du WUENIC sont celles de 2016 étant donné que celles de 2017 ne sont pas encore validées. Les couvertures administratives sont les données de 2017. Le taux de perte présenté ici est calculé à partir des paramètres suivants:

- doses d'antigènes envoyées du niveau central du juin 2017 au mai 2018
- nombre d'enfants vaccinés durant cette même période
- situation de stocks des Districts en date de fin mai 2018.

<sup>1</sup>Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

<sup>2</sup>Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

### Intérêt indicatif pour l'introduction de vaccins nouveaux ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir<sup>3</sup>

Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi	Programme	Année d'application prévue	Année d'introduction prévue
		HPV	2018
	2ème dose rougeole	2018	2020

## 2. RÉCENTS CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS ET RISQUES POTENTIELS POUR L'ANNÉE SUIVANTE

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 AVA) a sévi le pays au mois de janvier 2018 et a causé beaucoup de dégâts sur les infrastructures sanitaires, routières. Cette intempérie a entraîné 161 000 personnes sinistrées, 51 décès et 22 disparus dans la partie Nord et Est de Madagascar (régions SAVA, ANALANJIROFO, ATSINANANA ET ALAOTRA MANGORO)
- Persistance et extension de l'insécurité rurale par la recrudescence du phénomène de grand banditisme (troubles sociaux, dahalo et vols de bovidés) causant des déplacements de la population et abandon des postes sanitaires, entre autres au niveau des districts de : Beroroha, Ankazoabo-Atsimo, Iakora, Ivohibe, Manja, Tsaratanana, Befotaka, Morafenobe. Cette insécurité est prédominante dans la 1ère moitié de l'année correspondant à la période de récolte des produits agricoles et pendant laquelle les attaques des voleurs de zébus sont fréquentes. Ce qui limite la mise en œuvre des stratégies avancées de vaccination et des mesures ont été prises localement comme le renforcement de la collaboration avec le chef fokontany ou l'autorité compétente.
- L'enclavement périodique dans les districts de Kandreho, Besalampy, Marolambo, Mananara- Nord rendant ces zones difficiles d'accès pendant la période de pluie du fait des crues, des inondations pouvant entraver l'offre des services de vaccination. Les mesures prises ont été : l'approvisionnement de 03 mois de besoins en vaccins et planification des séances de rattrapage en stratégie avancée pendant les saisons sèches.
- Les zones difficiles d'accès du fait à la fois d'insécurité et d'enclavement périodique sont dans les Districts de : Maintirano, Ambatomainty, Antsalova, Miandrivazo, Midongy, Andilamena.
- Impacts liés aux problèmes socio- politiques : persistance des cas de refus de vaccination lors de la campagne Polio

**Tableau 1: Résultat de monitoring de campagne sur les non vaccinés pour cause de refus**

CAMPAGNE	JNV décembre 2017	JLV Janvier 2018	JNV Avril 2018
<b>Nombre districts monitorés</b>	51	27	61
<b>% des enfants non vaccinés</b>	6%	10%	6%
<b>% de cas non vaccinés pour cause de refus de vaccination</b>	36%	35%	29%

- L'épidémie de peste pulmonaire urbaine du mois d'août au mois de décembre 2017 qui a sévi dans les grandes villes de Madagascar en particulier Antananarivo et Toamasina. Cette épidémie a provoqué des rumeurs de l'existence de vaccination contre la peste qui a effrayé la population et a accentué la réticence des parents à la vaccination. (131 décès)
  - Manifestations populaires suite à l'adoption de la loi électorale non conforme à la constitution entraînant une grève.
  - Suite au résultat de l'audit de GAVI, une mauvaise gestion des fonds du RSS1 et SSV a été identifiée, un système de gestion dit « hybride » c'est-à-dire gérance de fonds suivant les avantages comparatifs entre le Ministère à travers l'UCP, l'OMS et l'UNICEF a été adopté. Un plan de redressement de la gestion du financement de GAVI a été élaboré : la diffusion du rapport d'audit, établissement du plan de remboursement, l'assainissement au sein du Ministère.
  - Retard du paiement de la participation de l'Etat à l'achat d'une partie de vaccins traditionnels entraînant la rupture de stock au niveau central. En 2017, la DPEV a enregistré une rupture en VAT pendant 43 Jours et en VPI pendant 30 Jours. En 2018 la rupture en VAT au mois de Janvier est de 30 Jours (source Logistique).
  - Le faible taux de croissance économique par rapport à la croissance démographique 4,1% en 2017 (source Banque Mondiale), a entraîné un appauvrissement de la population.
- Le Budget de l'Etat ne prévoit pas les frais de transport de vaccins.

Notons quelques événements qui pourraient se dérouler l'année suivante compte tenu de la situation actuelle, des vulnérabilités, des dépendances, des tendances et des changements prévus :

- Cyclones du mois de novembre 2018 au mois d'avril 2019. Des plans ORSEC doivent être établis avant la période ;
- Recrudescence des maladies à potentiel épidémique du mois de septembre 2018 au mois d'avril 2019 ;
- Crise post-électorale du mois de novembre 2018 ;
- Blocage d'engagement du budget de l'état pour la préparation des élections ;

<sup>3</sup>Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

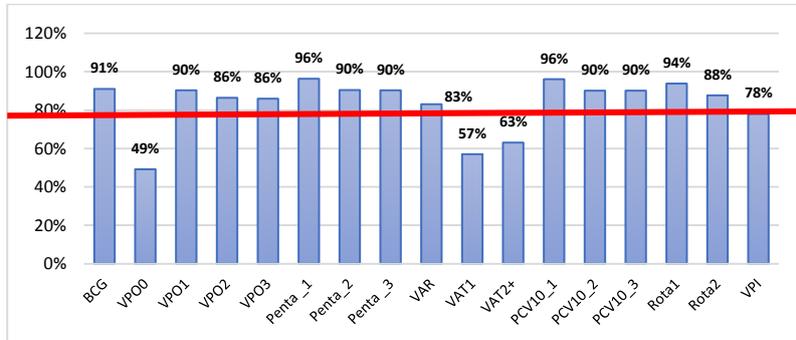
- Recrudescence et aggravation de l'insécurité dans toute l'île.

### 3. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

#### 3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

##### 3.1.1 Performance en vaccination de routine

Graphique 1: Taux de couverture vaccinal tout antigène 2017



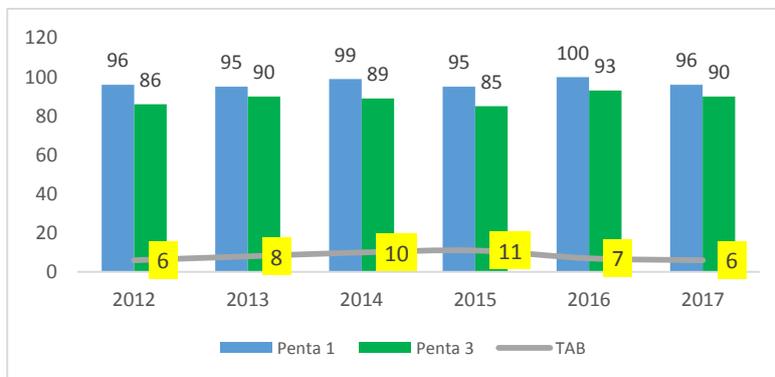
- Selon les données administratives en 2017, la couverture de 90% a été atteinte pour les antigènes : BCG, VPO1, Penta 1, 2, 3 – PCV10 1, 2, 3, Rota1.

Cependant, l'objectif sur la couverture en VPO0 n'est pas atteint avec une couverture de 49%. Cela est dû à l'habitude des parents de ne pas vacciner l'enfant à la naissance ; une des raisons pour laquelle l'administration du BCG est prolongée jusqu'à 11 mois.

- Pour le VPI, bien que l'objectif ne soit pas atteint en 2017, on constate une nette amélioration de sa couverture entre 2016 (41%) et 2017 (78%).

- Il en est de même pour le VAT2+ égale à 56% en 2016 et 63% en 2017

Graphique 2 : Tendence de la couverture vaccinale en Penta1- Penta3 et du taux d'abandon de 2012 à 2017 au niveau national. (Source: JRF)



La faible accessibilité aux soins/aux services de vaccination et la faible utilisation des services de vaccination par les populations se traduisent par la diminution du taux de couverture en Penta1 allant de 100% en 2016 et 96 % en 2017

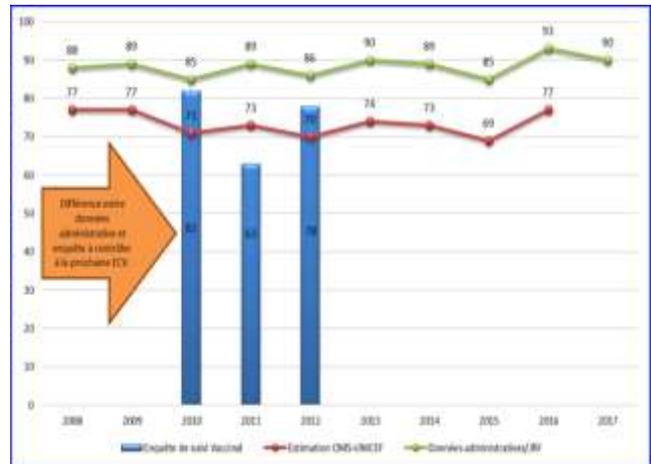
La performance sur la vaccination est marquée par une légère baisse avec un taux de couverture en Penta 3 allant de 93% en 2016 et 90% en 2017.

Par contre, le taux d'abandon est maintenu à moins de 10% (7% en 2016 et 6% en 2017)

Le renforcement de la chaîne de froid avec la création des centres d'éclatement a permis d'augmenter les séances de vaccination dans les CSB. Il s'agit de centre de santé disposant d'un réfrigérateur fonctionnel et de bonne qualité, ayant de capacité de stockage pouvant ravitailler les autres Formations Sanitaires environnantes en vaccins.

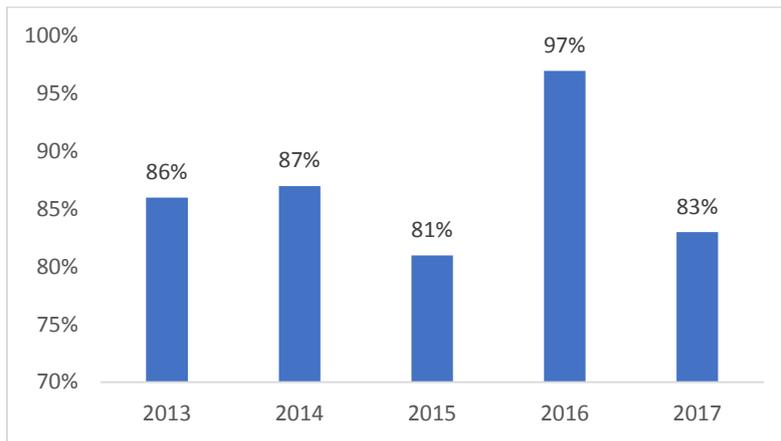
Toutefois l'épidémie de la peste pulmonaire entre le mois d'Août et Novembre 2017 a amené le gouvernement à réquisitionner le personnel de santé dans la riposte, expliquant en partie la baisse de la couverture vaccinale entre 2016 et 2017. La Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) du mois de Décembre 2017 n'a pas pu atteindre les enfants ciblés

Graphique 3 : Evolution du nombre d'enfant vaccinés en Penta 3 par rapport aux cibles



Par rapport à l'augmentation de la cible de 2016 à 2017, le nombre d'enfant vaccinés est stationnaire malgré la sectorisation menée en 2017. Cette situation s'explique par la non effectivité de la SSME dans les 4 districts qui constituent le « Grand Tàna » de la région d'Analamanga ayant le plus nombre de cibles (25%), la rupture de stocks en Penta (Tanà ville) pendant 30 jours par retard d'approvisionnement dû au problème de coordination entre la DPEV et le SDSP et même entre le SDSP et le CSB et les rumeurs sur la vaccination contre la peste.

Graphique 4 : Evolution des taux de couverture en VAR au niveau national de 2013 à 2017



(Source : JRF)

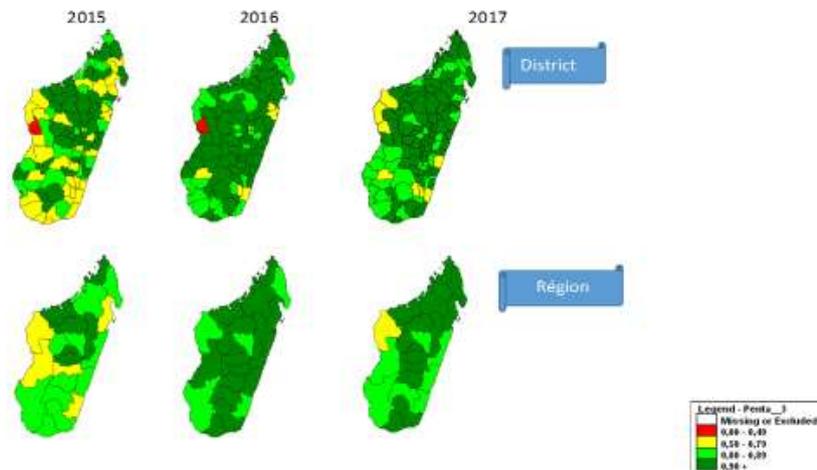
La proportion des districts ayant un taux de couverture en VAR supérieur à 80% est de 72/114 Districts en 2017.

La protection de la communauté contre la rougeole est loin d'être efficace car le taux de couverture a une tendance à la baisse. La couverture vaccinale de routine contre la rougeole de 2011 à 2017 n'a pas toujours atteint les objectifs d'élimination (95%). En effet, la couverture vaccinale à 97% en 2016 ne reflète pas la réalité car certains districts de santé ont inclus les données de campagne dans celles de la routine (Cf. Annexe 3).

A cet effet, l'administration de la seconde dose de VAR est prévue en Janvier 2020 et la campagne de suivi contre la rougeole est prévue en Octobre 2019.

**Graphique 5 : Analyse comparative de la performance en DTCHepBHib3 en 2015- 2016- 2017 aux niveaux régional et district**

**Distribution cartographique de la couverture vaccinale en DTC-HepB-Hib 3  
2015 – 2016 - 2017**

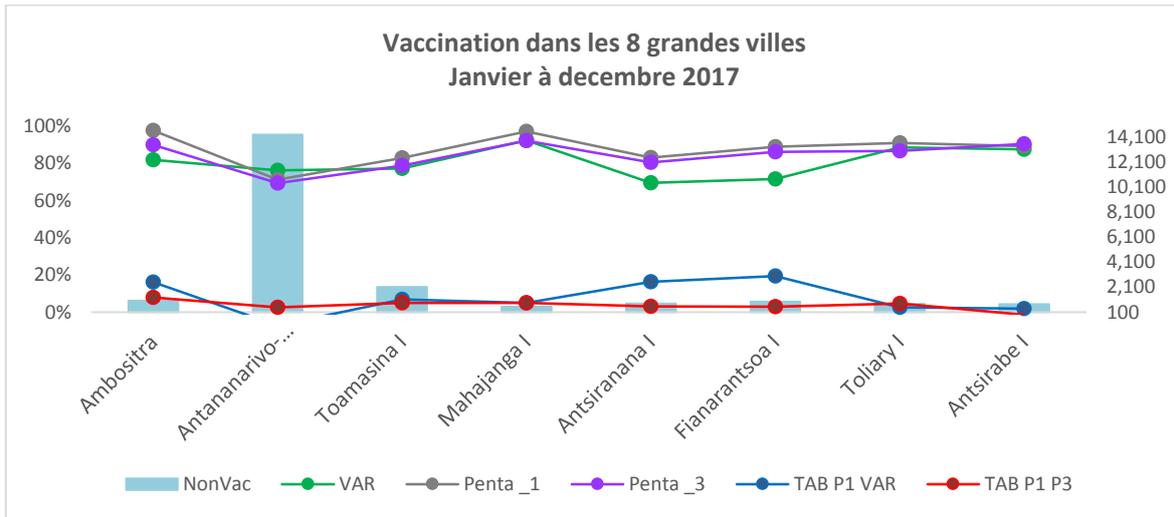


(Source : JRF)

En 2017, 100/114 Districts ont un taux de couverture vaccinale d'au moins 80% en DTC-HépB-Hib3. La disparité du taux de couverture au niveau des districts est encore à noter, notamment dans les Régions enclavées où il manque de personnel et où règne l'insécurité : Melaky, Ihorombe et Sud –Est. Le nombre d'enfants non vaccinés (ENV) a augmenté dans 12 régions ; Sud-Ouest, Vatovavy Fitovinany, Sud Est, Atsinanana, Alaotra Mangoro, Haute Matsiatra, Melaky, Diana, Ihorombe, Bongolava, Anosy, Betsiboka. Par contre, une nette diminution des ENV est notée dans 4 régions ; Itasy, Androy, Amoron'i Mania, Boeny. Pour la région d'Androy, le nombre des ENV a diminué grâce à la mise en œuvre des activités de clinique mobile intégrées avec des stratégies avancées en vaccination.

Par ailleurs, 12 sur 22 Régions ont connu une augmentation du nombre d'enfants non vaccinés par rapport à l'année 2016 : Sud-Ouest, Vatovavy Fitovinany, Sud Est, Atsinanana, Alaotra Mangoro, Haute Matsiatra, Melaky, Diana, Ihorombe, Bongolava, Anosy, Betsiboka

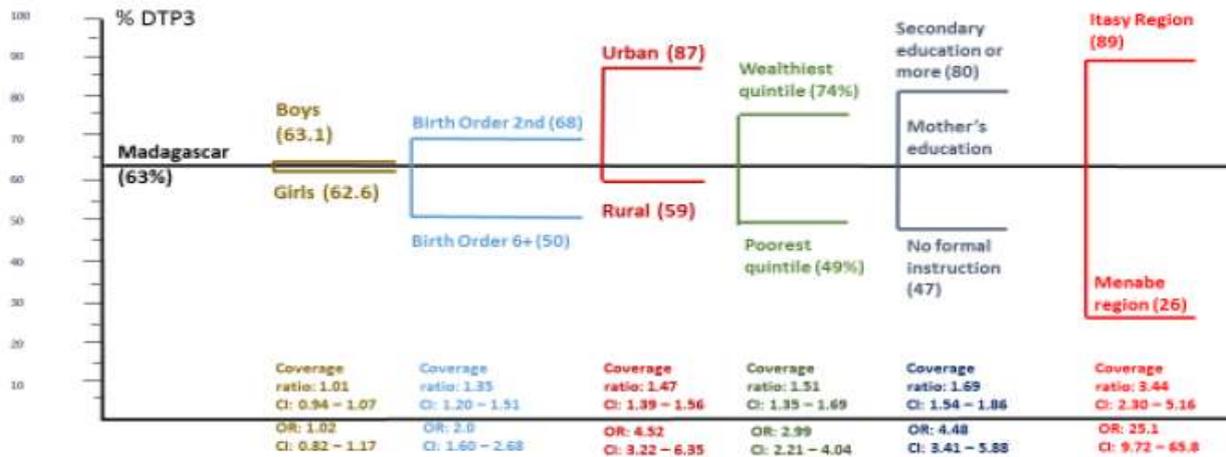
**Graphique 6 : Analyse de la situation des huit plus grandes villes en Penta et VAR**



En 2017, sur les 8 grandes villes, le SDSP d'Antananarivo Renivohitra a le plus grand nombre d'ENV - plus de 14.000 enfants-avec une faible accessibilité de service (Penta 1 71%). L'utilisation du service est bonne avec un taux d'abandon inférieur à 10% par rapport aux 3 SDSP de Ambositra, Antsiranana I et Fianarantsoa I qui affichent des taux d'abandon supérieur à 15%. Dans ce district, on note l'existence des enfants qui ne sont ni enregistrés dans les registres communautaires ni dans les registres administratifs.

La figure ci-après nous montre les facteurs influents dans la vaccination à Madagascar.

Figure 1 : Inéquité en vaccination selon les caractéristiques de la population (Madagascar 2011)

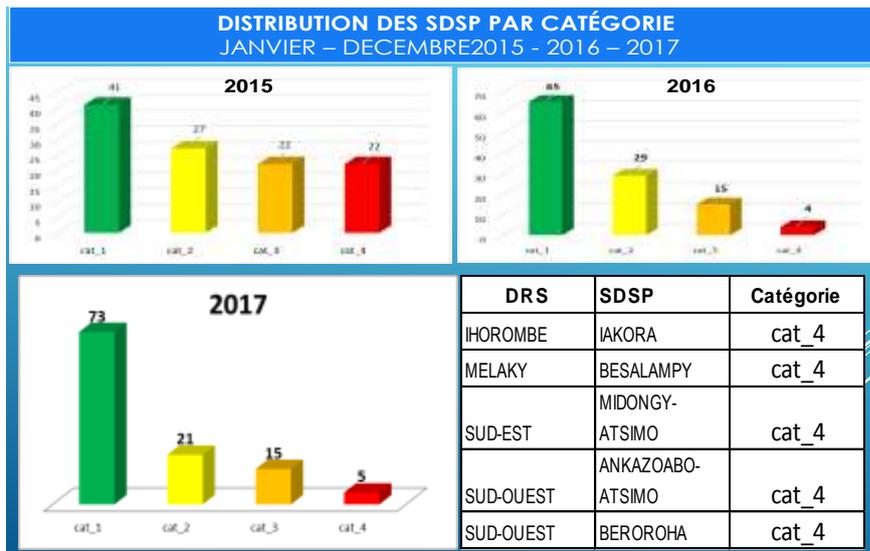


Source: MDG survey, 2013; CI refers to 95% confidence interval; OR = Odds ratio

La couverture en Penta 3 en milieu urbain est de 87% contre 59% en milieu rural. Les enfants habitant en zones urbaines ont plus facilement accès à la vaccination que les enfants vivant dans les zones rurales. De plus, le facteur de richesse/pauvreté influe la vaccination en faveur des enfants issus des familles aisées. Cependant en milieu urbain du fait de la densité de la population le nombre d'enfants non vaccinés est en général supérieur à ceux du milieu rural.

Pour améliorer la couverture vaccinale, des stratégies doivent être mises en œuvre en priorité : la bonne planification, la mise à la disposition du guide ACE aux agents de santé et la mise en œuvre de stratégies spécifiques et adaptées pour atteindre les cibles en ville. Ces stratégies spécifiques sont l'implication des agents communautaires à toutes les activités vaccinales en renforçant la communication (CIP, Communication de masse), l'utilisation des registres communautaires, le monitoring avec les AC, ECV, RGPH, utilisation d'une plus petite unité administrative secteur au lieu de fokontany et adaptation du nombre d'AC avec le nouveau découpage, cartographie et identification des enfants non vaccinés

Graphique 7 : Evolution de la catégorisation des SDSP



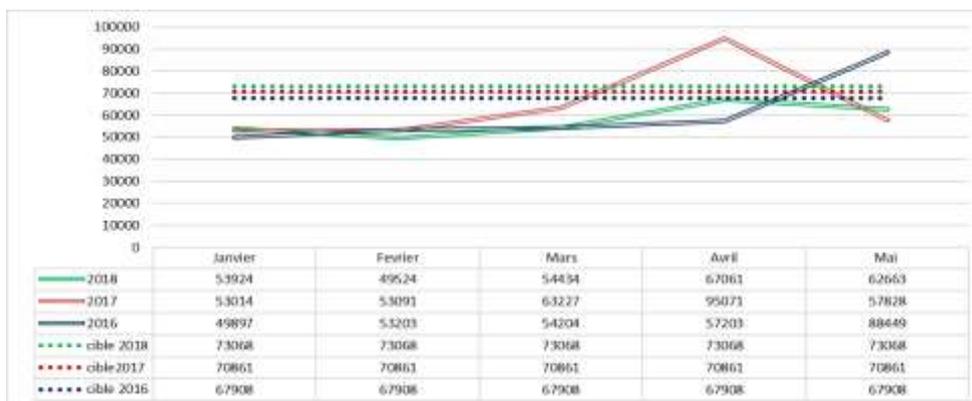
Le nombre de districts en catégorie 4 est passé de 22 à 5 entre 2015 et 2017. Midongy Atsimo et Ankazoabo Atsimo restent toujours dans cette catégorie. Les caractéristiques communes de ces districts sont : l'enclavement des CSB par rapport au district et du district par rapport à la région ; l'insécurité permanente, insuffisance de ressources humaines.

Pour pallier à ces problèmes, la disponibilité des vaccins (chaîne de froid, gestion vaccins), les activités d'intensification de la vaccination et la contractualisation des agents de santé sont parmi les stratégies prioritaires. Priorisation d'appui dans les districts catégories 3 et 4 et urbaine.

Dans l'ensemble des districts de Madagascar, on note une insuffisance en supervision formative conjointe, un non-respect ou l'indisponibilité des instructions au niveau des bases et la faible qualité de la formation qui sont parmi les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre du renforcement de la vaccination. Le plan stratégique prend en compte tous les districts mais l'opérationnalisation se focalise au niveau des 54 SDSP faute de financement.

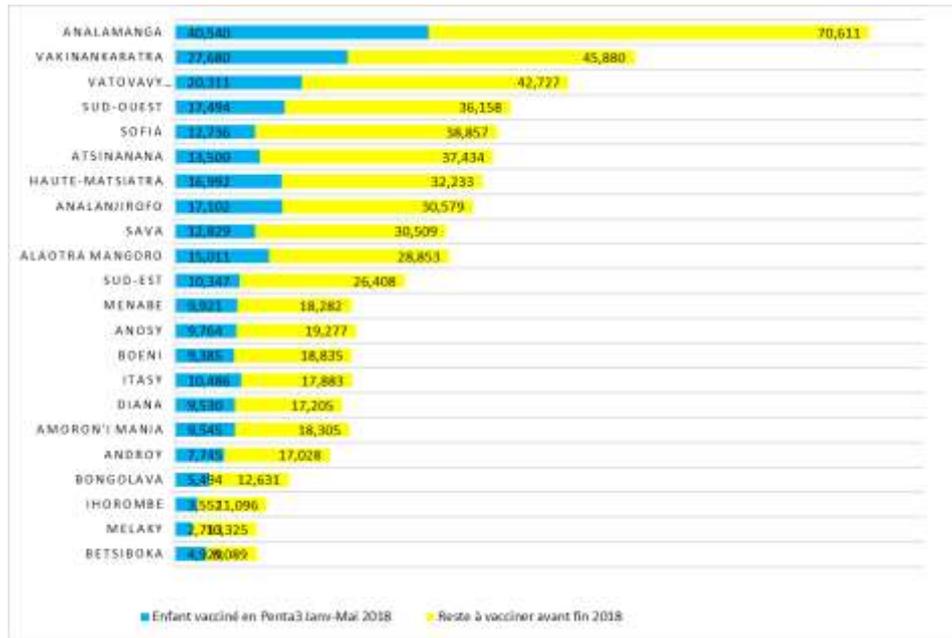
Pour une meilleure équité et harmonisation du renforcement de la vaccination, l'élaboration de normes et standard pour le PEV, la supervision formative, formation des agents de santé en PEV pratique et micro planification sont les priorités. La planification de la DPEV doit prendre en compte tous les districts pour que les autres PTF puissent couvrir le GAP pour les autres districts qui ne sont pas pris en compte dans un financement.

**Graphique 8 : Nombre d'enfants vaccinés par mois en Penta3, Janvier – Avril 2016 – 2017 - 2018**



Malgré l'augmentation de la population cible, on constate une baisse de nombre d'enfants vaccinés en Penta3 à partir du mois de février, mars et avril 2018 par rapport à l'année 2017.

**Graphique 9 : Nombre d'enfants à vacciner en DTC –Hepb hib3 avant fin 2018**



Des efforts sont à déployer pour atteindre ces enfants à vacciner. La mise en œuvre de l'approche ACE en particulier dans le milieu urbain serait la meilleure stratégie à adopter.

### 3.1.2 Performance de la surveillance des MEV

#### a. Eradication de la Poliomyélite (surveillance des PFA)

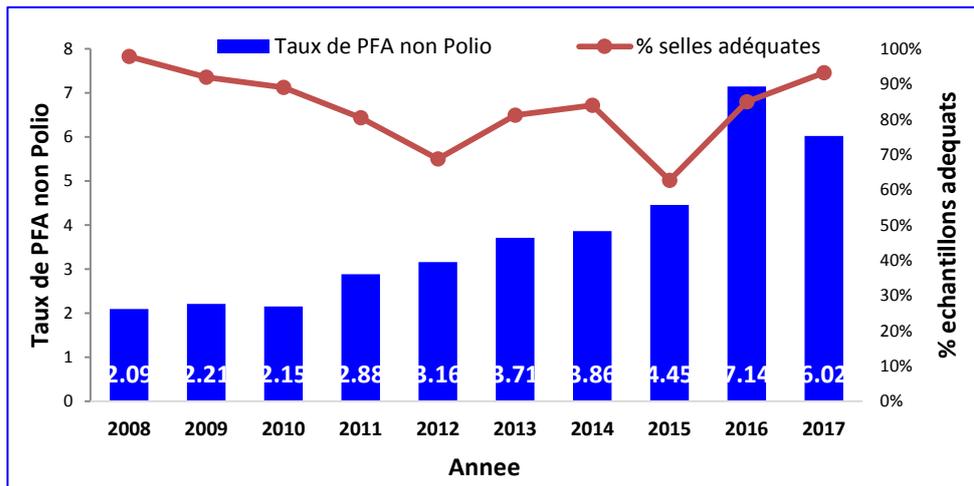
Madagascar a été déclaré pays libre de poliomyélite au cours de la réunion de la commission régionale de certification de la poliomyélite tenue à Abuja du 18 au 22 juin 2018. Ceci résulte des progrès réalisés par le gouvernement et les partenaires dans les domaines suivants : i) les activités de vaccination supplémentaires (AVS), ii) le renforcement de la vaccination de routine et le renforcement de la surveillance.

La sensibilité du système de surveillance des PFA s'est progressivement améliorée depuis 2008 avec un taux de PFANP qui est passé de 2,09 en 2008 à 6,02 en 2017 (norme de certification  $\geq 2/100\ 000$  enfants de moins de 15 ans). Cette amélioration est perceptible au niveau infranational notamment au niveau des régions et districts de santé. La proportion de régions ayant atteint les deux principaux indicateurs de surveillance des PFA est passée de 4,5 % (1/22) en 2015 à 95% (21/22) en 2017. La proportion de districts ayant atteint les deux principaux indicateurs de surveillance des PFA est passée de 24% en 2015 à 71% en 2017. La proportion des échantillons de selles reçues au laboratoire dans les 72 heures après le second prélèvement qui est passée de 72% en 2017 à 84% au cours des 24 premières semaines de 2018. En plus de surveillance des PFA, la Surveillance Environnementale (SE) est effective depuis 2015 et couvre à ce jour 3 régions sur les 22 régions avec 17 sites fonctionnels.

Cette amélioration cache toutefois des disparités entre les districts de santé également perceptible au niveau infranational notamment au niveau des régions et districts de santé. Les faiblesses résiduelles sont notamment la faiblesse de la surveillance dans les zones d'insécurité et enclavées, le faible taux de visite de surveillance active et le long délai d'acheminement des échantillons restent des priorités. Des efforts doivent être fournis pour maintenir les acquis et garantir la pérennité des résultats dans le contexte de Polio Endgame à travers le développement et la mise en œuvre du plan de transition polio, la mise en place des stratégies spécifiques et innovatrices dans les zones à haut risque, l'établissement des accords avec les compagnies de transport aérien et terrestre en vue de réduire davantage les délais de transport des échantillons et le renforcement de la surveillance à base communautaire. (Cf Annexe 1)

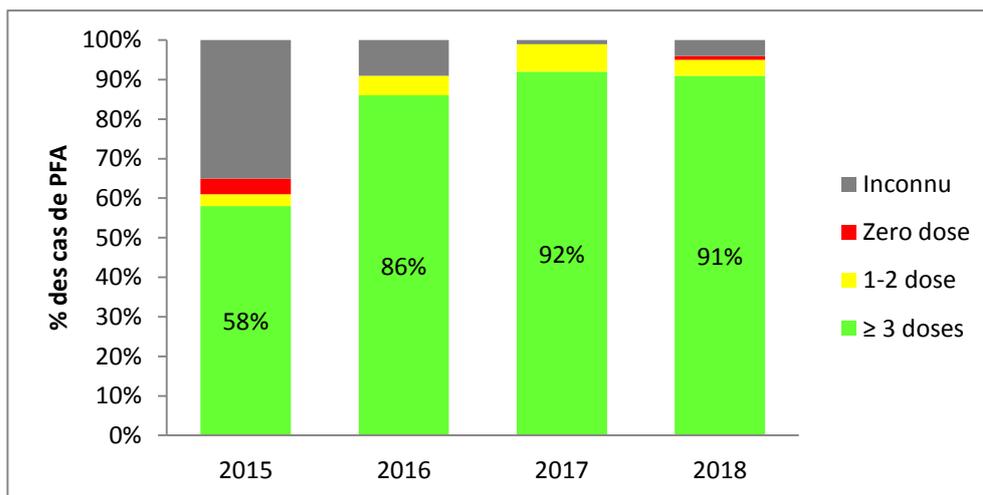
Le graphique ci-dessous résume les performances de la surveillance des PFA au niveau national.

**Graphique 10 : Evolution du taux de PFA non polio et de l'adéquation des selles de 2008 à 2017 à Madagascar**



L'analyse du statut vaccinal des cas de PFA âgées de 6 à 59 mois montre que de forte proportion ont reçue au moins 3 dose de VPO.

**Graphique 11: Evolution du statut vaccinal des cas de PFA âgés de 6 à 59 mois de 2015 à la semaine 24 de l'année 2018 à Madagascar**



**b. Surveillance de la rougeole et de la rubéole**

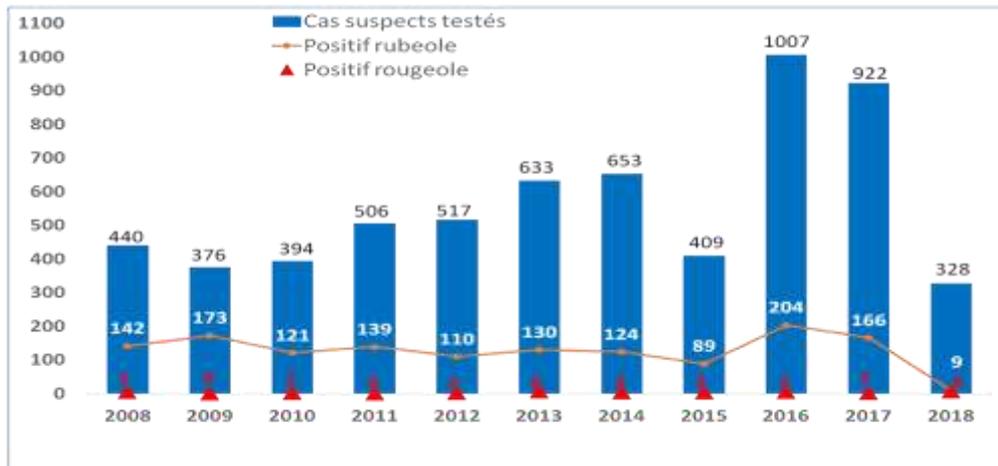
Madagascar n'a pas connu une flambée de rougeole au cours des dix dernières années. Dans le cadre de la surveillance de la rougeole/rubéole, le taux d'investigation non rougeoleuse au niveau national est supérieur à l'objectif de 2/100 000 habitants aussi bien en 2016 que 2017. Au total, 907 cas suspects ont été notifiés en 2017 dont 2 confirmés au laboratoire. La proportion des districts ayant notifié un cas est de 99% en 2017. L'incidence annuelle de la rougeole reste en dessous du seuil d'élimination de 1 cas pour 1 000 000 d'habitants (Cf Annexe 2). La rubéole devient un problème inquiétant avec environ 26% des cas suspects de rougeole positifs pour la rubéole. La quasi-totalité des cas positifs à l'IgM rubéole est âgée de moins de 10 ans; la majorité étant entre 1 et 9 ans. La couverture vaccinale contre la rougeole affiche une tendance à la baisse. Elle est passée de 97% en 2016 à 83% en 2017. Les estimations OMS/UNICEF montrent que celle-ci est de 58% en 2017 indiquant une accumulation d'enfants susceptibles. L'analyse du risque réalisée en 2018 montre au niveau de la composante immunité de la population, 34 sur les 114 districts, soit 29,8% présentent un risque élevé.

La surveillance de la rougeole/rubéole est cependant confrontée à des ruptures récurrentes de kits de prélèvement et de réactifs du fait de l'insuffisance de financements, la faible qualité des données, l'absence d'informations de base sur l'ampleur réelle du syndrome de rubéole congénitale (SRC) et le développement et la mise en œuvre du plan d'élimination de la rougeole/rubéole.

Aussi, est-il prévu au cours de cette année 2018, la conduite de 2 études : l'une rétrospective pour évaluer la prévalence et l'impact du syndrome de rubéole congénital (SRC) et l'autre prospective pour évaluer la charge sur le système de santé. Les résultats de ces études serviront de base de décision au Ministère de la Santé Publique à l'introduction de la vaccination contre la rubéole dans la vaccination de routine. Il est de ce fait impératif de mettre en place dans le pays une surveillance sentinelle du syndrome de rubéole

congénital, assurer un financement suffisant de la surveillance de la rougeole/rubéole et améliorer l'exhaustivité des informations sur chaque cas suspect de rougeole contenues dans la base des données.

**Graphique 12: Evolution du nombre de cas de rougeole et de rubéole 2008 à Juin 2018**



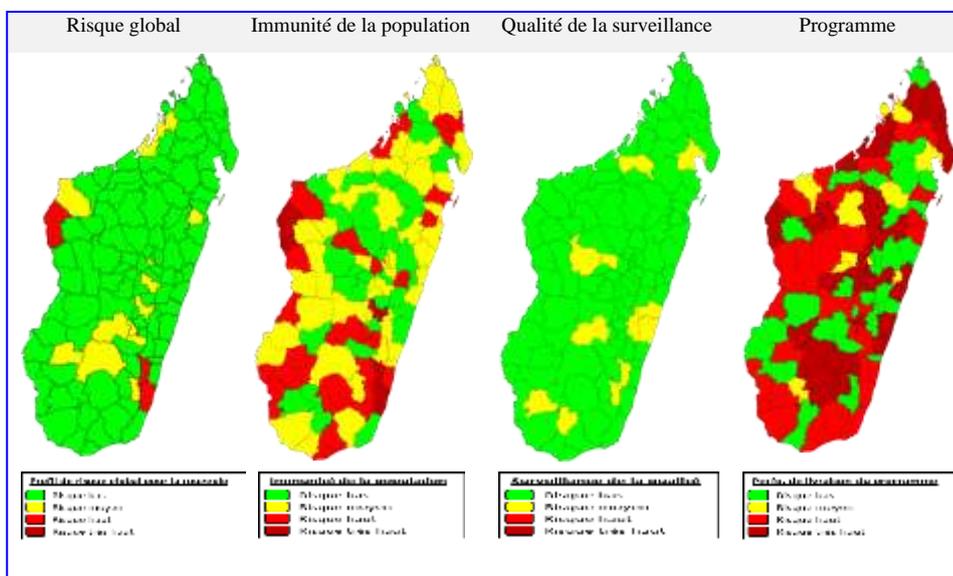
Au cours des 10 dernières années, le pays n'a pas enregistré de flambée épidémique de rougeole ; l'incidence annuelle se situant en-dessous du seuil d'élimination de moins d'un cas pour 1 000 000 habitants.

L'incidence au niveau des régions en 2016 et 2017 montre qu'il existe des localités ayant une incidence au-dessus du seuil d'élimination.

Le renforcement de la surveillance à Madagascar est reflété par l'atteinte des indicateurs de performances au niveau national au cours 2 dernières années. Le taux d'investigation non rougeoleux a atteint en 2017, soit 3,58 pour 100 000 habitants (Norme  $\geq 2$  pour 100000 habitants) et la proportion des districts ayant notifié au moins 1 cas suspect de rougeole de 99% (Norme  $\geq 80\%$ ).

Dans le Plan Stratégique Rougeole/rubéole 2018-2022, il est prévu d'introduire la deuxième dose du VAR dans la vaccination de routine en janvier 2020 chez les enfants âgés de 15 à 18 mois et de mener une campagne de vaccination de suivi contre la rougeole chez les enfants âgés de 9 à 59 mois en octobre 2019 répondant ainsi à une fréquence triennale.

**Graphique 13 : Cartographie du résultat de l'analyse de risque rougeole de 2018**



- L'analyse du risque rougeole de 2018

Les résultats de l'analyse montrent que sur la composante « **risque global** » de rougeole à Madagascar reste faible dans la quasi-totalité des districts. Sur les 114 districts sanitaires que compte le pays, 04 districts (3,5%) sont à Haut risque, 17 districts (14,9%) à risque Moyen et 93 districts (81,6%) à faible risque.

Quant à la composante « **immunité de la population** », 34 sur les 114 districts, soit 29,8% présentent un risque élevé et très élevé de rougeole : 29 districts sont à Haut Risque (HR) et 05 à Très Haut risque (VHR). En plus, 48 districts sanitaires (42,1%) classés à Risque Moyen requièrent également une attention particulière lors de la planification des interventions.

En plus, la quasi-totalité des districts du pays (90%) ont notifié entre 2015-2017, plus de 20% de cas suspects de rougeole avec un statut vaccinal inconnu ou non vacciné (Seuil acceptable pour l'analyse du risque <20%).

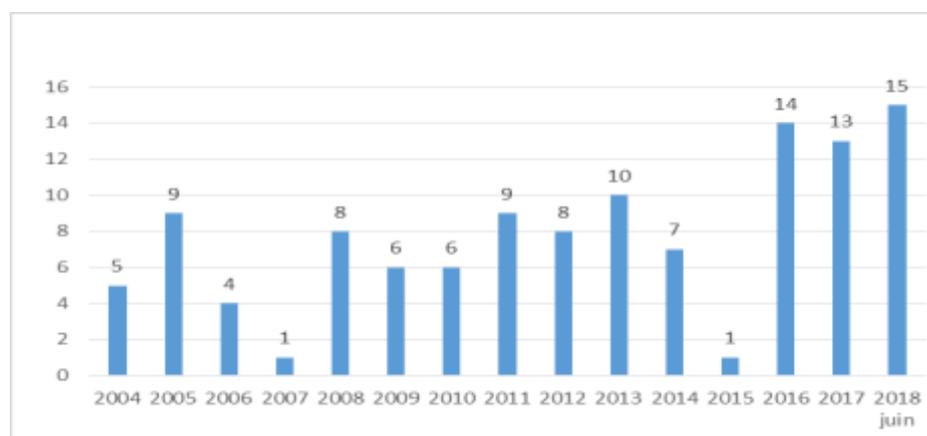
Le risque rougeole est encore plus important au niveau de la composante « mise en œuvre du programme ». En effet, l'analyse montre que près de 60% des districts (n=68) sont à risque élevé dont 33 districts (28,9%) à très haut risque et 35 districts (30,7%) à haut risque. Cette situation résulte de ce qu'environ 60% des districts du pays ont enregistré, en 2017, un taux d'abandon entre la 1<sup>ère</sup> dose de DTC-HepB-Hib1 et la 1<sup>ère</sup> dose de rougeole (VAR1) supérieur à 10%.

Les requêtes à GAVI pour l'introduction de la deuxième dose du vaccin anti rougeoleux dans la vaccination de routine en 2020 chez les enfants de 15 à 18 mois et pour le plan de campagne de vaccination de suivi contre la rougeole chez les enfants de 9 à 59 mois en octobre 2019 ont été élaborées et soumises en ligne le 1<sup>er</sup> mai 2018.

### c. Surveillance TNN

Madagascar a obtenu le statut de pays ayant éliminé le tétanos néonatal en 2014. Toutefois, au regard de la couverture en VAT de 2015 à 2017 respectivement 43%, 52%, 47% et le taux d'accouchement assisté dans les centres de santé en 2017 (30,9%), il est évident que le risque persiste. La surveillance du TNN reste faible. En effet, on observe une sous notification des cas de TNN. Il est à noter que seulement 13 cas de TNN sur les 17 notifiés en 2017 ont fait l'objet de riposte. Au cours des 24 premières semaines de l'année 2018, seulement 9 cas ont été notifiés; dont 7 (78%) ont fait l'objet de riposte. Cette faiblesse est due à l'insuffisance de formation des acteurs, la faible remontée des fiches d'investigation, la faiblesse de la surveillance à base communautaire et l'absence au niveau du pays d'un plan de maintien de l'élimination du TNN.

**Graphique 14 : Evolution des cas de tétanos néonatal notifiés de 2004 à Juin 2018**



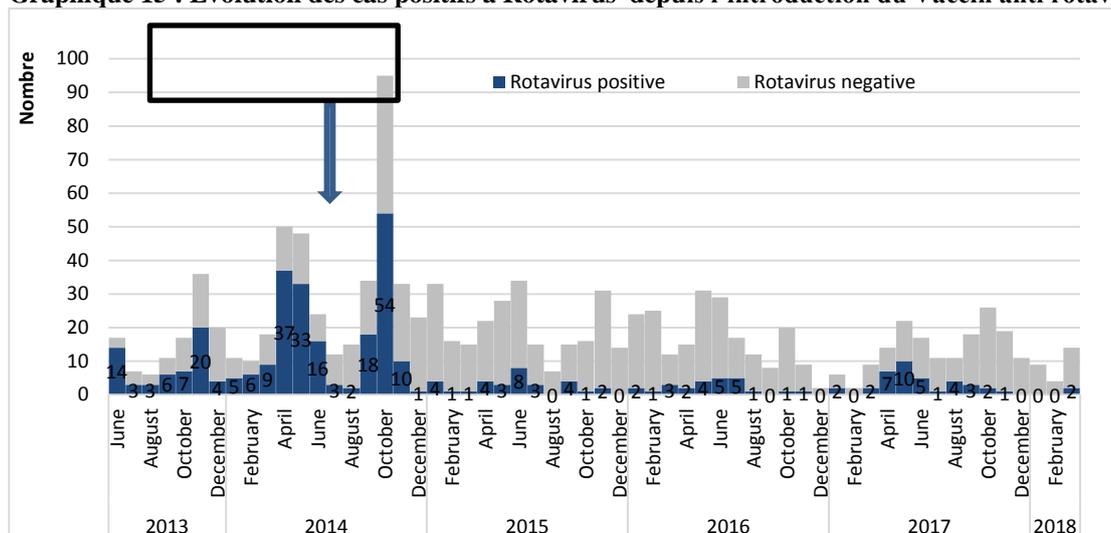
### d. Surveillance des MAPI

En 2017, il est attendu 97 cas de MAPI à Madagascar sur la base de 10 cas pour 100 000 enfants de moins d'un an. Cependant, au total, 11 cas de MAPI ont été notifiés au cours de la période de janvier à décembre 2017, soit un taux de notification 1,29 pour 100 000 enfants de 0-11 mois (norme : 10 cas pour 100000 survivants). Au premier Trimestre 2018, cinq (5) cas de MAPI, provenant toutes de la région d'Analamanga, correspondant à un taux de notification est de 2,28 cas pour 100 000 enfants de 0-11 mois (norme : 10 cas pour 100000 enfants de moins d'un an). Avec l'appui des partenaires, le pays s'est doté en 2017 d'un guide national de surveillance des MAPI. Cependant, les capacités nationales de surveillance restent encore faibles, les acteurs de surveillance n'ayant pas encore été formés à tous les niveaux. Une formation du Comité MAPI est prévue en 2018 ainsi que celles points focaux de la région de Analamanga. Un appui au fonctionnement du comité MAPI et l'extension de la formation à d'autres régions permettraient d'améliorer la notification des MAPI et la gestion du PEV dans le contexte de l'introduction progressive de nouveaux vaccins. Pour l'instant, l'utilisation de l'application de VAEIMS (Vaccin Adverse Event Information Management System) n'est pas encore en vue.

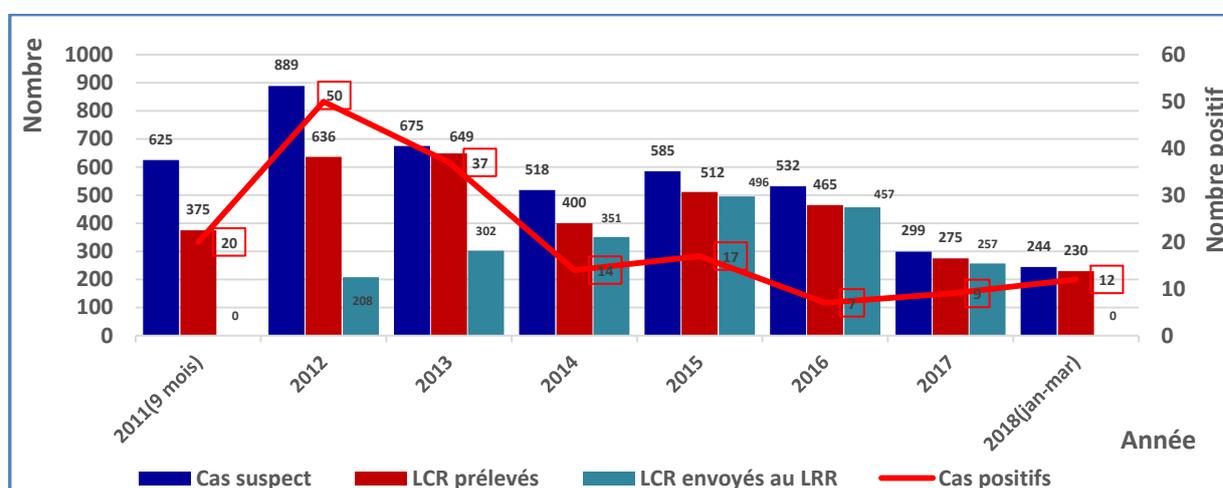
### e. Surveillance sentinelle des diarrhées à rota virus et du PBM

La surveillance sentinelle des diarrhées à rotavirus et des méningites pédiatriques a été mise en place au CHUMET respectivement en 2013 et 2011 avec des performances satisfaisantes. Celle-ci montre une diminution du nombre des cas de Pneumocoque et de Rotavirus détectés avec une presque disparition de Hib. D'après les résultats d'examen des selles des cas, on note une diminution de la proportion de selles positives au Rotavirus est passée de **46% (103/225)** en 2014 à **21%(35/164)** en 2017 traduisant l'efficacité du vaccin. De même la proportion des méningites avec LCR positifs à Hib est passée de **24,04% (50/208)** en 2012 à **0,04% (9/257)** en 2017. Les résultats de la surveillance sentinelle sont prometteurs et fournissent des évidences pour plaider en faveur de la vaccination. Des mesures doivent être prises pour assurer la pérennité de son financement. Elle représente également une base sur laquelle peut être greffée la surveillance sentinelle de maladies ciblées par d'autres nouveaux vaccins en l'occurrence la surveillance du syndrome de rubéole congénitale.

Graphique 15 : Evolution des cas positifs à Rotavirus depuis l'introduction du Vaccin anti rotavirus



Graphique 16 : Evolution de cas de méningites à pneumocoque CHUMET de 2012 -2018



Sources : Rapport CHUMET

### 3.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

Tous les enfants ont droit à la santé, indépendamment du sexe, de la race, des croyances religieuses, du revenu, des attributs physiques, de la situation géographique ou de tout autre statut, comme stipulé dans la Convention relative aux droits de l'enfant [Source : UNICEF. Convention on the rights of the child; 1989].

Le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP 2011-2020) vise à assurer l'extension équitable des avantages de la vaccination à tous les enfants [Source : World Health Organization. Global vaccine action plan 2011–2020; 2013].

A Madagascar, la couverture vaccinale a connu une augmentation de 5 points de 2015 à 2017 respectivement de 85% à 90%. Cependant une tendance à la baisse de cette couverture est constatée : en mai 2017 le taux de Penta3 était de 88% (soit 313088 enfants vaccinés) pour passer à 77% (soit 287606 enfants vaccinés) en mai 2018.

Cette couverture varie au niveau des régions en 2017 car si 08 Régions ont les mêmes tendances en baisse du taux de couverture (TCV Penta3 inférieur à 80%) : (Bongolava, Antsinanana, Alaotra Mangoro, Sud est, Haute Matsiatra Melaky, Vatovavy Fitovinany et Ihorombe), 06 Régions ont pu améliorer leur taux de couverture (Androy, Betsiboka, SAVA, Analanjirofo, Amoron'i Mania, Itasy). Cette situation reflète le problème d'équité qui est avant tout de nature géographique en matière de vaccination. Parmi les obstacles à la vaccination, on peut citer entre autres l'insuffisance en ressources humaines, l'insécurité, la faiblesse de la chaîne d'approvisionnement, l'irrégularité dans la prestation de services et la génération de la demande, l'insuffisance de financement.

Des mesures ont été prises pour éliminer les obstacles et les goulots d'étranglement :

- l'approche « ACE » révisé mettant l'accent sur le renforcement des liens communautaires avec les services, la fourniture de services réguliers, y compris le maintien de la fonctionnalité de la chaîne du froid et de la disponibilité des vaccins ;

- la création et le fonctionnement de l'équipe de gestion du Projet pour la mise en œuvre du Plan d'Optimisation des Equipements en Chaîne de Froid (CCEOP).
- l'acquisition d'équipement solaire (132 réfrigérateurs) avec les reliquats du RSS1.

Les principaux facteurs de couverture et d'équité durables :

- **PERSONNELS SANITAIRES**

En général, les besoins en personnel exprimés par le Ministère de la Santé Publique ne sont pas honorés : le nombre de postes budgétaires octroyés est largement inférieur aux prévisions et il arrive que ce nombre diminue en cours d'année suite à des contextes économiques non favorables. La situation se complique à partir de juin 2017 car les postes budgétaires des agents de santé qui partent en retraite, en principe disponibles pour le recrutement de nouveaux agents, ne sont plus réutilisables d'où un non remplacement du personnel retraité et les paramédicaux nouvellement diplômés des Instituts de Formation Inter-Régionale des Paramédicaux, au nombre de 552 (promotions 2016 pour les IFIRP des Provinces et toute la promotion 2017), ne peuvent pas être recrutés. A cela s'ajoute la forte concentration du personnel dans les grandes villes.

Pour résoudre les problèmes en personnel, un concours décentralisé est organisé pour le recrutement des paramédicaux diplômés des Instituts privés habilités par le Gouvernement. Ils rejoindront leurs postes en fin d'année et les affectations ont été planifiées en priorisant les régions éloignées et enclavées (34 pour Melaky, 43 pour Atsimo Andrefana, 29 pour Androy contre 10 par Région pour la Province d'Antananarivo).

L'implication des Partenaires Techniques et Financiers à travers les contractualisations d'agents de santé a pu renforcer les effectifs au niveau des CSB (05 médecins et 16 paramédicaux pour le Projet PIVOT au SDSF Ifanadiana, 30 sages-femmes pour l'UNFPA, 106 médecins et 134 paramédicaux pour le Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels, financé par la Banque Mondiale au niveau des Régions Amoron'i Mania, Haute Matsiatra, Itasy et Vakinankaratra). Dans le cadre du RSS2, la contractualisation de 150 paramédicaux permettra de doubler les agents seuls au poste dans les CSB des zones enclavées et à forte affluence de population.

L'organisation de formation formelle en PEV pour les personnels de santé nouvellement recrutés dans les formations sanitaires du MSANP sera une des priorités pour le programme.

La réforme de la formation initiale des médecins prévoit l'intégration dans le cursus de modules sur la gestion des CSB et une fois diplômé, ces agents vont effectuer une année de service civil au niveau des CSB.

En matière de rétention et de fidélisation des agents, la détermination d'un kit standard à mettre à l'échelle sera opérée à la suite de l'étude sur l'efficacité des mesures de fidélisation déjà entreprises (AFD, PASSOBA). Il faut également mettre à jour les textes sur les primes d'éloignement qui sont actuellement dérisoires. Enfin, la mise à l'échelle des financements basés sur les performances permettront de récompenser les formations sanitaires en fonction de leurs résultats (primes, investissement en équipement, contractualisation d'agents avec les sommes reçues).

- **CHAINE D'APPROVISIONNEMENT :**

La dernière évaluation de la GEV réalisée en Novembre 2014 a révélé des capacités de stockage positif et négatif suffisantes au niveau central, une insuffisance de suivi de température à tous les niveaux, une insuffisance de maintenance préventive et curative à tous les niveaux, une mauvaise gestion de stock de vaccin au niveau périphérique, une absence de plan de distribution de vaccin et la non-conformité des conditions de l'acheminement des vaccins ainsi que l'inexistence de financement pour le transport vers les CSB.

**Tableau 2 : Projection de besoin de capacité en chaîne de froid et magasin sec**

DESIGNATIONS	CAPACITE	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
		CIBLE	TAUX D'OCCUPATION	CIBLE	TAUX D'OCCUPATION	CIBLE	TAUX D'OCCUPATION	CIBLE	TAUX D'OCCUPATION	CIBLE	TAUX D'OCCUPATION	CIBLE	TAUX D'OCCUPATION	CIBLE	TAUX D'OCCUPATION	CIBLE	TAUX D'OCCUPATION
<b>Chambre froide positive</b>	55895	914259	81%	938944	83%	964295,5	85%	990331,5	88%	1017070	90%	1044531	93%	1072734	95%	1101697	98%
<b>Chambre froide négative</b>	7863	914259	82%	938944	84%	964295,5	86%	990331,5	89%	1017070	91%	1044531	94%	1072734	96%	1101697	99%
<b>Magasin de stockage sec m3</b>	1247	914259	1247	938944	1280,67	964295,5	1315,25	990331,5	1350,76	1017070	1387,23	1044531	1424,68	1072734	1463,15	1101697	1502,66

Le bâtiment abritant la DPEV n'est pas accessible aux camions ce qui rend difficile le chargement et déchargement des vaccins et les intrants

Au cours de la mise en œuvre du Plan d'Amélioration de la GEV, des activités ont été réalisées entre autres, l'opérationnalisation de contrôleur de température pour les chambres froides au niveau central (Multilog), l'acquisition de 06 contrôleurs de température pour les chambres froides au niveau régional (Unilog), la formation des techniciens en maintenance préventive et curative dans les 114 Districts, le suivi des stocks hebdomadaires par l'utilisation des canevas électroniques, l'acquisition avec le reliquat de RSS1, de 236 glacières, 2571 portes vaccin, 132 réfrigérateurs dont 112 solaires et 20 électriques et 40 réfrigérateurs solaires acquis avec le financement propre de l'Etat. Leur installation par l'équipe de la DPEV est prévue au cours du mois d'Aout 2018 avec le reliquat du RSS1 GAVI.

De manière générale, on note une faible mise en œuvre de ce plan d'amélioration. Parmi les raisons il faut retenir le non décaissement des fonds RSS2 pour lesquels la quasi-totalité des activités avait pour source de financement.

Outre les activités inscrites dans le plan d'amélioration de la GEV, la DPEV est confrontée à un manque des locaux appropriés pour le travail. Il est également relevé une insuffisance du cadre organisationnel du personnel de la logistique (duplication des fonctions, collaboration insuffisante en équipe, ...). Un sous-comité logistique existe au sein de la DPEV regroupant le service logistique et les partenaires d'appui technique.

La DPEV approvisionne trimestriellement les districts en suivant 34 axes de distribution dont 10 par voie aérienne et 24 par voie terrestre. En dépit du fait que 14 régions sont dotées de chambres froides, ces dernières ne gèrent pas les vaccins et ne se sentent pas impliquées dans le suivi de l'utilisation des vaccins dans les districts. Cependant, chaque région dispose d'un responsable PEV. En plus de l'étude sur le coût de transport des vaccins conduite par JSI, il sera opportun de réaliser une autre étude sur le système d'approvisionnement en vaccins afin de définir le système approprié pour le pays.

La DPEV a conduit un inventaire de la chaîne du froid en 2016 lors de la préparation de la soumission à la POECDP à GAVI. Cet inventaire a été mis à jour en 2017 et a révélé qu'au niveau CSB il existe 682 réfrigérateurs solaires, 221 réfrigérateurs électriques et 1819 réfrigérateurs à absorption. L'admission du pays à la POECDP permettra de mettre en place des équipements de la chaîne du froid performant et améliorera ainsi la couverture en chaîne de froid au niveau de la périphérie.

Afin de garantir le suivi des équipements de la chaîne du froid à acquérir dans le cadre de la POECF, il sera important de développer le plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid avec un budget détaillé comprenant le financement de l'Etat et les Partenaires Techniques et Financiers. Toujours dans le cadre de POECF, des outils de monitoring de la température de la chaîne du froid y compris lors de transport doivent être mis en place.

### • **GENERATION DE LA DEMANDE/DEMANDE DE VACCINATION :**

#### a. **Approche ACE en milieu urbain :**

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 :

- Pour certaines familles aisées, refus des parents de faire vacciner leurs enfants aux CSB publics ;
- 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...
- Insuffisance de l'offre de service
- Existence des enfants dits « invisibles » inconnus ni par les services administratifs ni par les services de vaccination

Pour faire face à cette situation : Un guide court et des outils sur l'approche ACE urbaine est récemment élaboré et prêt à être utilisé dans les 8 grandes villes de Madagascar pour le commencement. En effet, un atelier de micro planification PEV a eu lieu dans le district d' Antananarivo ville au mois de juin 2018 avant sa mise à l'échelle dans les 07 autres grandes villes c'est-à-dire les 5 autres ex-province avec Antsirabe et Ambositra., il faut identifier les zones où se trouvent les enfants à cibler (cartographie), prendre en considération les déplacements « nuit et jour », faire des micro planifications sectorielles (bas quartiers, quartiers résidentiels, place du marché, gare routière). En outre, il faut exiger une sorte de redevabilité des formations sanitaires privées, en les impliquant davantage dans le PEV, tout en allégeant les procédures pour leur permettre de faire un rapportage correct, en leur dotant les outils de gestion du PEV et en leur renforçant leurs capacités en PEV.

#### b. **Implication de la Société Civile dans le système de vaccination :**

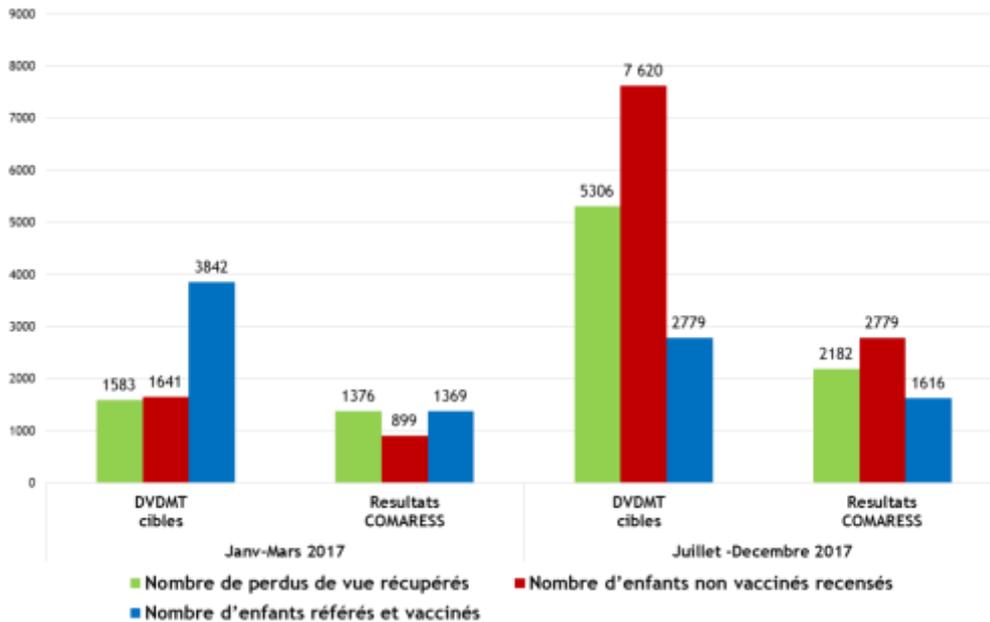
La Coalition Malagasy pour le Renforcement du Système de Santé et de vaccination (COMARESS) est une plateforme d'OSC nationale, créée en 2014 composée de 184 OSC, avec 351 démembrements couvrant les 22 régions.

En collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et conformément aux recommandations de GAVI, COMARESS est appelée à renforcer les liens entre la communauté et les services de santé à travers des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire.

En 2017, les OSC ont pu recenser 2 779 enfants non vaccinés (ENV) récupérés, 2 182 enfants perdus de vues (PdV). Le renforcement de capacité de 148 Agents Communautaire de 74 Fokontany de la Communauté en matière de Surveillance Epidémiologique des maladies a été réalisé.

**Graphique 17 : Contribution de la COMARESS aux activités de vaccination de Janvier – Mars 2017 et Juillet et Décembre 2017**

Les contributions de COMARESS à la recherche des perdus de vue en vaccination et des enfants non vaccinés par rapport aux cibles selon les financements reçus pour la période de Janvier à Mars 2017 et de Juillet à Décembre 2017 sont présentées dans le graphe ci-après :



**Source :** DVDMT de la DPEV 2017

Les éléments suivants ont contribué aux succès de la plateforme COMARESS :

- Processus de mise en place de la plateforme (ascendant, transparent, participatif, accepté par le Ministère de la Santé Publique).
- Plateforme des OSC représentée dans les 22 régions
- Présence des documents cadres (Plan stratégique, plan de plaidoyer, politique de gestion...).
- Dynamisme des OSC membres à la base
- Suivi et coaching des CA dans la mise en œuvre sur terrain

**c. Les principales barrières à la génération de la demande et mesures prises**

- Les principales barrières à la génération de la demande sont :
  - Les rumeurs, en particulier sur les réseaux sociaux : le documentaire sur le Nouvel Ordre Mondial, suite des réactions post-vaccinales et sa multiplication a pris de l'ampleur après l'évènement de l'épidémie de peste pulmonaire urbaine qui a sévi le pays de septembre à décembre 2017.
  - La réticence sur la vaccination des certains leaders (religieux, traditionnels...), tradipraticiens, agents de santé publics et privés.
  - 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,
  - 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...) est encore d'actualité.
- Des actions correctrices ont été prises :
  - Des activités inter-campagnes ont été menées pour pallier aux rumeurs relatives à la mise en œuvre des séries de campagnes contre la Poliomyélite ciblant les associations des femmes, les bloggeurs, les journalistes, les enseignants des écoles et des églises et les transporteurs ;
  - Différentes approches de communication ont été adoptées : réunions de plaidoyer avec l'implication des Associations Politico-Administratives Religieuses et Traditionnelles (APART) dans la communication sur le PEV de routine et de l'AVS, formation des agents de santé et agents communautaires en C4D, focus group avec les mères ayant refusés la vaccination, conférence scientifique ciblant les Médecins privés, l'Ordre National de Médecin et les Professeurs de renom ;

- Un atelier de développement et de la mise en œuvre d'un plan de communication sur les risques liés à la vaccination est en cours de programmation.

- **BARRIERES LIEES A L'INEGALITE DES SEXES<sup>4</sup> :**

Le pays n'adopte pas de restriction en matière de vaccination. Toutefois, les principales barrières liées à l'inégalité des sexes persistent :

- 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 ;
- 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 :**

La DPEV étant une structure intégrante de l'organigramme du MSANP, selon le décret n° 2015-1452 du 17 octobre 2015, est dotée d'un crédit de fonctionnement et également d'investissement public par an et voté par la Loi des Finances. L'organigramme de la DPEV existe mais n'est plus adapté aux défis actuels. Une restructuration de l'organigramme en interne est en cours.

La mise en place du Groupe Technique Consultatif National sur la Vaccination (NITAG) est en cours, la note conceptuelle (document technique) est en attente de validation du CCIA technique. Un projet d'arrêté sera soumis au Ministre en vue de la mise en place du NITAG après validation.

La Direction de l'Agence de Médicament de Madagascar (DAMM) qui est un organe indépendant, assure le rôle de l'Autorité Nationale de Régulation (NRA), par l'intermédiaire du service de la pharmacovigilance. Comme elle s'occupe non seulement des médicaments mais aussi des vaccins, le renforcement continu de capacité de son personnel est nécessaire.

L'insuffisance de leadership à tous les niveaux a été constatée. Le manque d'encadrement des pratiques acquises lors des formations est l'une des principales causes. A ceci s'ajoute l'insuffisance de cadre de partage de tâches au niveau périphérique et de gestion de carrière, la qualité de la passation de service laisse à désirer, l'absence de transfert de connaissances et de compétences à toute l'équipe après chaque formation, l'insuffisance de personnel dans certains districts engendrant une surcharge de travail pour les agents.

Pour pallier ces situations, un renforcement du système de coaching et une réorganisation interne au sein du Ministère, en particulier en matière de ressources humaines s'avèrent nécessaires.

Un plan Pluri-Annuel complet du PEV est mis à jour pour la période 2018- 2020 avec un Plan d'action annuel respectif pour 2018 et pour 2019.

Pour un suivi de qualité de la mise en œuvre, un plan de suivi et évaluation est disponible, de même que la réalisation de revues périodiques, des supervisions non régulières et des téléconférences régulières.

On reconnaît une amélioration de la coordination par le biais du CCIA institutionnalisé en 2011 par un arrêté interministériel. Il reste à finaliser la mise à jour des TDRs y afférents.

Dans la fonctionnalité du CCIA/CCSS décisionnel, une réunion trimestrielle avec diffusion des PV à tous les membres est de règle. Pour le CCIA technique, la réunion est mensuelle.

Pour améliorer la coordination des activités de vaccination au niveau régional, il est recommandé de procéder à un démantèlement du CCIA.

Certains points méritent d'être mentionnés :

- Des séries d'audits ont été initiées par GAVI au cours desquelles une mauvaise gestion financière et programmatique a été constatée et mise en exergue ;
- Retard de la mise en application du Décret sur les Fonds National de la Vaccination (FNV) ;
- Insuffisance d'encadrement des personnels surtout formation des nouveaux responsables en gestion PEV ;
- Insuffisance de ressource de financement surtout pour les supervisions des districts autres que les 54 districts soutenus par GAVI ;
- Pas d'engagement de certaines institutions confessionnelles en matière de vaccination ;
- Insuffisance de collaboration avec Ministère de la Défense Nationale pour la sécurisation des acteurs ;
- Amélioration des analyses et utilisations des données.

Par conséquent, le Ministère de la Santé Publique a pris des mesures correctrices :

---

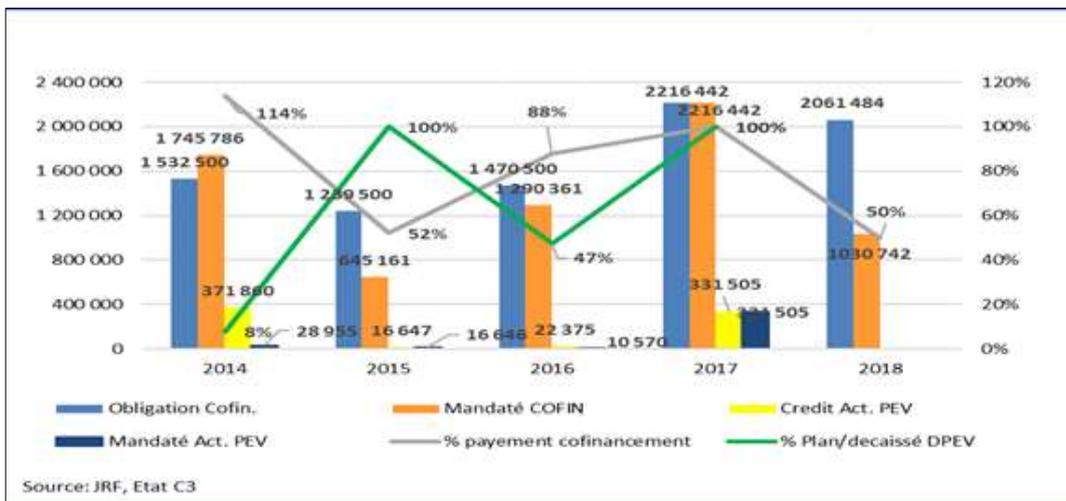
<sup>4</sup> Les obstacles liés à l'inégalité des sexes sont les barrières (vis-à-vis de l'accès et de l'utilisation des services de santé) qui sont issues des normes sociales et culturelles concernant les rôles des hommes et des femmes. Les femmes ont tendance à être les premières à prendre soin des 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.

- Assainissement des responsables ;
- Engagement du Ministère par l'élaboration d'un plan de remboursement ;
- Adoption du système de gestion dite « hybride » avec une répartition de la gestion des fonds entre l'UCP, l'UNICEF et l'OMS ;
- Tenue régulière des réunions de coordination du CCIA/CCSS (décisionnel et technique) ;
- Validation et mise en application du Manuel de procédures pour la gestion administrative, financière et de passation de marché ;
- Tenue de réunions périodiques d'analyse et utilisation des données au niveau central et régional et partage des résultats d'analyse du PEV de routine à tous les niveaux ;
- Processus pour l'élaboration du plan d'amélioration de la qualité de données (PAQD) en cours

### • GESTION DES FINANCES PUBLIQUES

L'Etat malagasy a pris en considération parmi ses 4 grandes orientations de dépenses, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale infantiles à travers les activités préventives de vaccination. La part affectée à la contribution de l'Etat à l'achat de vaccins dans le Budget de fonctionnement sous la rubrique de Transfert représente environ 22% du montant alloué au Ministère. De 2013 à 2017, l'Etat Malagasy a honoré ses engagements dans la contribution à l'achat de vaccins. Selon le Budget de l'Etat 2017, la participation a doublé par rapport à celle de 2016.

**Graphique 18 : Co financement et financement du PEV Madagascar par l'Etat**



Le montant pour l'année 2018 est disponible dans la loi des finances initiale et est prévu être débloqué en 2<sup>ème</sup> semestre de l'année. Les chiffres mentionnés dans le graphique reflètent les exercices à mi-parcours.

Il faut noter que le pays connaît une suspension du RSS 2 GAVI depuis 2017 en raison des anomalies décelées dans la gestion du RSS1 sur la gestion financière et budgétaire, l'engagement des dépenses, l'achat et passation de marchés, la gestion des approvisionnements des vaccins et la gestion des immobilisations. Cette situation qui impacte la mise en œuvre des activités de vaccination requiert la mise en place d'un système de bonne gouvernance, la formation des acteurs, du suivi rigoureux de la gestion financière des partenaires et des supervisions formatives des acteurs locaux.

### • AUTRES ASPECTS CRITIQUES :

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

#### 1. Problèmes d'accessibilité

- Environ 40% de la population vivent dans un rayon à plus de 5 km d'une formation sanitaire (sources : PDSS 2015-2019)

#### 2. Insécurité et enclavement périodique (carte en annexe) :

- **07 Districts sont en insécurité périodiques:** Iakora, Ivohibe, Ankazoabo, Beroroha, Manja, Morafenobe et Tsaratanana dont la population est estimée à 610.846.
- **06 District enclavés :** Nosy varika, Marolambo, Anosibe An'Ala, Besalampy, Kandrehlo et Mananara dont la population est estimée à 1 080 621.
- **06 Districts en insécurité et enclavés :** Midongy du Sud, Miandrivazo, Antsalova, Maintirano, Ambatomainty et Andilamena et dont la population est estimée à 583 452.

Des mesures ont été prises pour palier à ces problèmes :

- Approvisionnement des CSB en intrants correspondants aux besoins de la période
- Renforcement de la stratégie avancée, après les crues, dans les zones inondables
- Collaboration avec l'armée pour la mise en œuvre des activités de vaccination
- Déploiement des ATR dans les 18 régions ayant des districts enclavés / insécurités (source : documentation MDG à l'IMEP)

### 3. Problème de la fonctionnalité du CSB :

#### a. Distribution des professionnels de santé selon leur nombre au poste

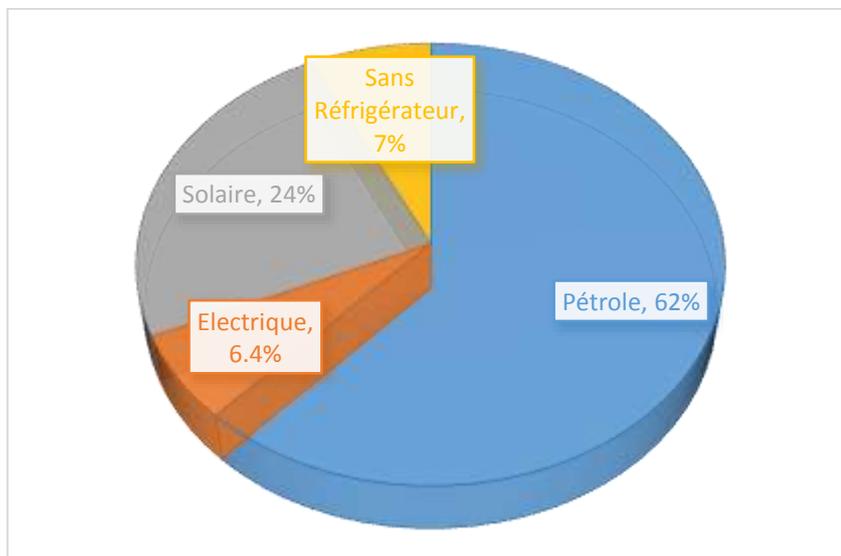
52% CSB sont tenus par un agent de santé seul au poste (sources : DRH juin 2018) ce qui affecte la qualité des prestations et le nombre des séances de vaccination, et entraîne une surcharge de travail.

811 CSB2 (49%) sont tenus par des paramédicaux alors que les normes exigent qu'ils soient tenus par des médecins généralistes.

- De nombreux CSB sont fermés pour les raisons suivantes : 22 pour cause de bâtiments détruits, 5 pour insécurité (d'autres CSB sont fermés temporairement pour insécurité à la suite des attaques de Dahalo) ; pour remplacer les retraités et les agents affectés, les responsables périphériques ont recours aux paramédicaux bénévoles pour assurer la fonctionnalité des CSB.
- A Madagascar, parmi les 2845 centres de santé, 2756 centres sont vaccinants et, bien que la directive du Ministère de la Santé recommande la vaccination quotidienne dans les centres ayant des réfrigérateurs, la majorité des centres vaccine une fois par semaine faute de pétrole ou mauvaises pratiques d'entretien, insuffisance des pièces de rechange (mèches, verres, brûleurs).

#### b. Distribution des équipements de la chaîne du froid selon la source d'énergie

**Graphique 19: Distribution des équipements de la chaîne du froid selon la source d'énergie :** Inventaire d'équipement au 31 Octobre 2017



**Source :** DPEV

La couverture du pays en réfrigérateurs à pétrole est de 62%. Le pays a acquis à travers les fonds RSS1 des pièces de rechange pour les réfrigérateurs à absorption qui couvrent une période de six mois. La finalisation et la mise en œuvre du CCEOP permettront de réduire les interruptions des séances de vaccination du fait de la rupture de la chaîne de froid.

4. **Insuffisance de supervision à tous les niveaux :** la supervision s'effectue seulement pendant les campagnes de vaccination.
5. **Insuffisance ou manque d'analyses des données** au niveau périphériques pour des actions correctrices.
6. **Insuffisance de suivi de retro-information et ou directives**
7. **Rupture de certains outils de gestion PEV** entre autres fiche de pointage, bacs à fiches, carte infantile, registre de vaccination communautaire au niveau de certains CSB des districts autres que les 54 soutenus par GAVI (constatée pendant les supervisions formatives et lors de la visite des Centres de Santé durant l'évaluation conjointe 2018).

### 3.3 Données

#### 1. Système d'information de vaccination :

Dans son Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire (PSRSIS) 2013-2017, le Ministère de la Santé (MSANP) de Madagascar a prévu de se doter d'un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) informatisé, performant, intégré et décentralisé. La mise en place d'un système d'entrepôt de données via DHIS-2 a été priorisée parmi les activités de la réforme du système d'information sanitaire. Au niveau national, chaque direction centrale possède un compte d'authentification et un formulaire pour la saisie des données et le tableau de bord des indicateurs est désormais disponible sur le site DHIS2 du Ministère.

Concernant les données des régions et districts, une phase pilote est en cours dans toute la région de Vakinankaratra et de SOFIA, se focalisant sur les données incluses dans le RMA intégré. Toutefois le RMA ne prend pas en compte certains éléments de données de vaccination (session fixe et avancé, mobilisations sociales, chaîne de froid, ...) ce qui conduit au remplissage de deux rapports mensuels, et qui a créé un double système de double saisie des données de vaccination (GESIS et DVDMT).

Tous les CSB de 29 districts /114 utilisent déjà le système de surveillance électroniques.

A la DPEV, un programme a été développé pour exporter les données du DVD-MT dans le RIM3 ou la base de données ACCESS, cela dans le but de réduire les erreurs de transcription. Pour ce qui de la gestion des vaccins au niveau central, le SMT est utilisé, cependant son utilisation doit être étendu au niveau de tous les agents au niveau central et à tous les responsables PEV dans les régions.

Il existe un Plan Stratégique SIS actualisé en décembre 2017, et des procédures opérationnelles standard de gestion des données du SIS, mais elle n'inclut pas les spécificités liés aux données de la vaccination. Il existe un Comité SIS et de quatre Sous-Comités composés de tous les Partenaires dont un sur l'amélioration des données. Toutefois il y a une faible fonctionnalité du Sous-Comité en 2018, car le texte officiel portant la mise en place du Sous-Comité n'est pas encore signé.

D'un point de vu général, les données souffrent d'absence du développement d'un plan d'amélioration de la qualité des données

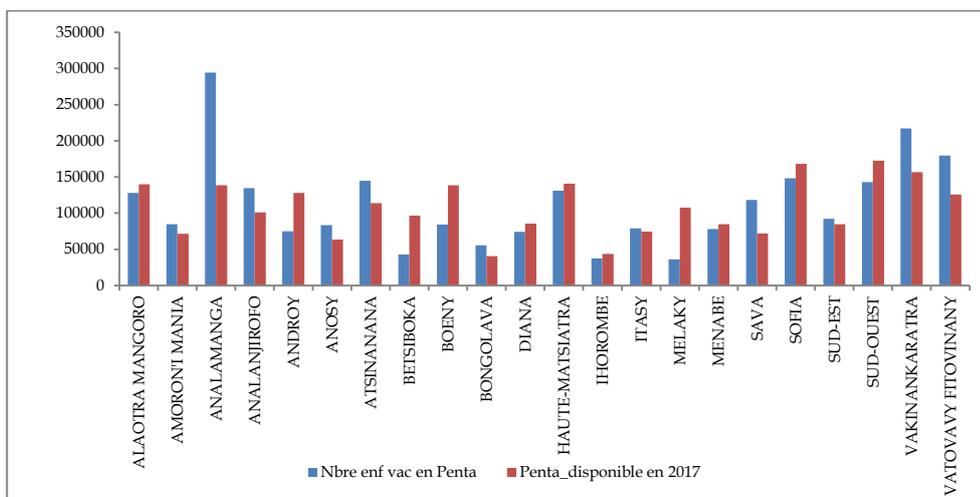
#### 2. Dénominateur :

Depuis 2017 plus précisément le mois d'Août, une sectorisation sanitaire a été effectuée et chaque district a envoyé la population cible reflétant la réalité sur terrain. Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH-3) est en cours pour cette année 2018.

#### 3. Triangulation des données et disponibilité des vaccins

En 2017, on constate une discordance entre la quantité des vaccins et le nombre d'enfants vaccinés en DTC-HepB-Hib dans les 11 régions. La quantité du vaccin est largement inférieure au nombre des enfants vaccinés.

**Graphique 20 : Comparaison des nombres d'enfants vaccinés en DTC-HépB-Hib avec le nombre de vaccin à la disposition des régions sanitaires en 2017**



#### 4. Qualité des données (illustration en annexe 4) a) Complétude et promptitude des rapports

### Rapports SDSP au niveau national :

- Le taux de complétude des rapports des districts est de 100%.
- Le taux de promptitude des rapports districts est de 93%.

### Rapports CSB au niveau des districts :

- Le taux de complétude des rapports CSB est de 96,5%, mais le taux de promptitude est de 78% ; Cela est dû au manque de moyen de déplacement et de communication des CSB enclavés

La promptitude et la complétude des données bénéficient du soutien et de la collaboration des autres secteurs (gendarmes pour la sécurisation de la circulation des données, et collectivité territoriale décentralisée) et ce malgré les problèmes d'insécurité, de catastrophe naturelle, et des problèmes de réseau.

### Fiabilité des données :

La fiabilité des données est analysée chaque mois au niveau central. De plus afin de réduire les erreurs de saisie manuelle, une passerelle automatisée de transfert des données entre le DVDMT et le RIM a été créé. Il a été mis à la disposition des districts et des régions un outil d'analyse des données.

Il existe toujours une différence majeure entre les données administratives et les estimations OMS UNICEF. Par ailleurs, l'écart de 16 points entre les données administratives et les estimations OMS UNICEF reste constant depuis la dernière enquête de couverture de 2013.

La fiabilité des données est aussi mise en danger par l'indisponibilité des outils de gestion au niveau des CSB, l'insuffisance du personnel, et l'insuffisance de formation du personnel, et une population cible basée sur un recensement datant de 2003 (un nouveau recensement est en cours en 2018). Normalement, la transcription des données des fiches de pointage vers le RMA pourrait être aussi la source d'erreur au niveau des CSB.

Ainsi, des sources différentes sont utilisées pour les naissances vivantes et les femmes enceintes, conduisant à des données incohérentes. Ce problème de population cible est accru par la non réalisation du dénombrement par les Agents communautaires au niveau des formations sanitaires

### Cohérence interne

#### ✓ Valeurs aberrantes

- Pour VPO3, DTC3 et VAR1 : Le score national varie entre 0,1% et 0,2%.
- Pour VPO3 : 02 Districts (Fenoarivo-afovoany, Antsiranana I) soit 1,8% ont des valeurs aberrantes extrêmes par rapport à la moyenne.
- Pour le DTC3, 1 District seulement Antsiranana I soit 0,9%.
- Pour le VAR1, 3 districts Ambatondrazaka, Ambovombe Androy, Brickaville soit 2,6%.

Les incohérences constatées sont : le taux d'abandon négatif, les couvertures plus de 100%, des couvertures différentes pour des antigènes administrés en même temps, un nombre d'enfants vaccinés supérieurs au nombre de dose disponible

#### b) Outils de gestion et traitement des données

Tous les outils de gestion ont été validés par le PEV en respect des directives nationales. Il est à noter une rupture de stock importantes de certains de ces outils au niveau de ces formations sanitaires (carnet de santé, carte infantile). Le retrait du registre de vaccination comme outils de gestion du PEV endommage la qualité de la collecte des données, et certains CSB ont élaboré un registre de façon artisanal. Il y a une discordance des données entre le fiche de pointage et le RMA ; Certains matériels indispensables manquent au niveau CSB comme par exemple la calculatrice.

Pour les autres niveaux les matériels informatique sont soit manquants, soit vétustes.

#### c) Plan d'amélioration de la qualité des données

Le plan d'amélioration de la qualité des données est dans le processus de développement. La revue du système d'information et la revue documentaire ont été réalisées, il reste à effectuer la visite de terrain prévue durant la revue externe du PEV avant l'élaboration du Plan. L'équipe de l'amélioration des données n'a pas été désignée par toutes les parties prenantes. Toutefois, les termes de référence ont été élaborés, la lettre de désignation des membres a été signée par le Secrétaire Général.

### 3.4 Financement de la vaccination

À Madagascar, chaque structure indiquée dans l'organigramme d'un Ministère est généralement pourvue de financement de l'Etat. La DPEV étant une structure intégrante de l'organigramme du MINSANP, selon le décret n° 2015 – 1452 du 17 octobre 2015, est dotée d'un crédit de fonctionnement et également d'investissement public par an et voté par la loi des Finances.

Sont imputés à ce crédit, l'achat de vaccins, l'acquisition des équipements et matériels de froid, pièces de rechange et de pétrole via la contribution de l'Etat.

## Évaluation conjointe (JA complète)

Selon les règles de l'art de la gestion financière à Madagascar, la DPEV se doit de suivre les normes et les procédures inscrites dans la circulaire Budgétaire de l'Etat en termes de décaissement.

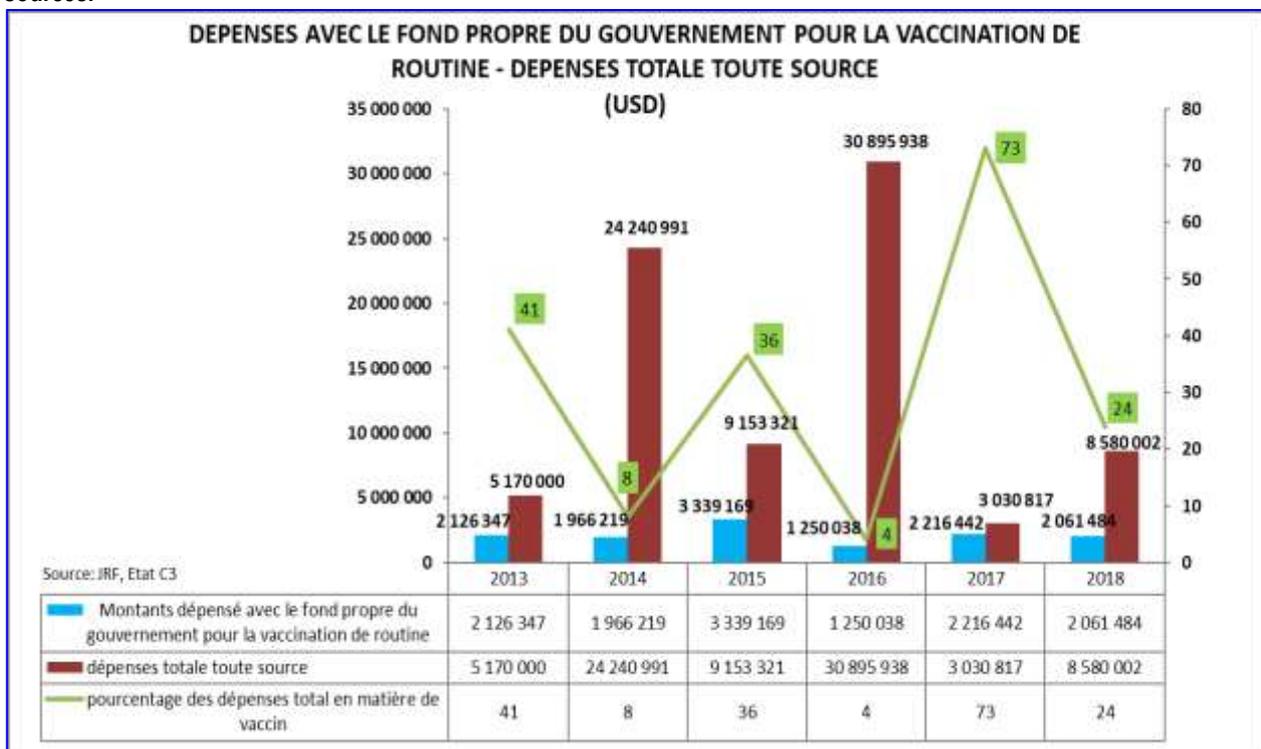
Par rapport au plan stratégique et au structure budgétaire du Ministère de la Santé Publique, et pour assurer la gestion et le suivi budgétaire, le budget alloué relatif au co-financement est centralisé au niveau de la DPEV, sauf concernant l'achat de pétrole, placé au niveau des Districts Sanitaires ayant des réfrigérateurs à pétrole.

Il existe des lignes budgétaires dans les deux rubriques fonctionnement et investissement. Le budget de l'Etat alloué à la DPEV tient compte des besoins générés par le PPAC mais ne couvre pas la totalité des achats de vaccins traditionnels et la contribution aux coûts opérationnels (supervision, transport de vaccins, surveillance des MEV, communication...).

La participation effective des collectivités décentralisées (Régions, Communes) n'est pas palpable faute de cadre de collaboration interministérielle. Toutefois, certaines autorités locales contribuent à l'atteinte des objectifs du programme avec leurs fonds personnels tels que la prise en charge des frais de transport des intrants du District vers les CSB.

La loi N°2016-058 portant création d'un fonds national de vaccination a été promulguée le 02 Février 2017. Le processus d'élaboration et de publication du décret d'application est en cours. L'objectif de ces textes est d'accroître la participation de l'Etat au financement de la vaccination.

**Graphique 21 : Dépenses totales pour la vaccination: participation de l'état par rapport aux dépenses totales toutes sources.**



Le graphe ci-dessus montre les dépenses totales pour la vaccination comprenant le financement de l'Etat et les Partenaires

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.
  - Frais d'acheminement des vaccins et intrants à tous les niveaux du système de santé.
  - 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.

Depuis 2016, les projections des obligations de cofinancement jusqu'en 2021, 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.

**Tableau 3 : Situation globale du pays par rapport à ses obligations de cofinancement**

Année	Cofinancement en Ar	Paiement effectué en Ar	Reliquat à payer en Ar
<b>2015</b>	2 691 200 000		
<b>2016</b>	4 876 800 000		
<b>Cumul 2015-2016</b>	7 568 000 000	1 280 800 000	6 287 200 000
		520 000 000	5 767 200 000
		2 960 000 000	2 807 200 000
		493 147 000	2 314 053 000
		1 000 000 000	1 314 053 000
<b>Cofinancement 2017</b>	7 092 615 000		
<b>Obligation 2017 en \$</b>			
<b>1 113 500</b>	3 563 200 000	3 546 307 500	16 892 500
			1 330 945 500
<b>978 915</b>	3 132 528 000		4 463 473 500
		3 546 307 500	917 166 000
<b>Cofinancement 2018</b>	6 596 748 000	3 298 374 000	

Pour le cofinancement 2018, 1.030.898,125 \$ (3 298 374 000Ar) ont été engagé et cela représente les 50% autorisé par la régulation des dépenses concernant le transfert. Un transfert d'un même montant est en cours de préparation par le Ministère de la Santé Publique qui représente le reliquat.

Il est à noter que les arriérés de 2016 ont été apurés sur une partie des paiements de 2017.

Ainsi, par rapport au décaissement effectué en 2017, cette année 2018, Madagascar n'affiche plus d'arriérés. Par ailleurs, le pays s'est engagé à programmer le co-financement dans le cadre des dépenses à moyen terme 2019-2021.

#### **4. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI**

##### **4.1. Performance du soutien au vaccin**

###### **4.1.1. Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues.**

Le pays a une riche expérience en matière d'introduction de nouveaux vaccins à savoir :

- 2002: vaccin contre l'Hépatite virale B (DTC-HéB)
- 2008: vaccin contre l'Haemophilus Influenzae type b (DTC-HépB-Hib)
- 2012: (octobre) Vaccin contre les infections à pneumocoque (PCV-10)
- 2013 : Anti HPV - Projet pilote
- 2014 : (mai) Antitrotavirus
- 2015: (mai) VPI.

L'objectif du PEV était d'atteindre une couverture vaccinale pour tout antigène d'au moins 90% au niveau national et au moins 80% dans chaque district selon GVAP. En 2017, les objectifs ont été atteints pour le Penta3 et le PCV10-3 avec une couverture vaccinale de 90% chacun selon les données administratives. Par contre, les deux autres nouveaux vaccins à savoir le Rota2 est de 88% et le VPI est de 78%.

Par rapport au Penta3, antigène traceur, 13 Districts ont eu une couverture vaccinale inférieure à 80%. Ils sont regroupés selon leur région respective et les goulots d'étranglement (Cf Annexe 5)

###### **4.1.2. Avancement global de la mise en œuvre du soutien vaccinal GAVI**

Le pays a respecté ses engagements de co-financement pour l'achat des vaccins et intrants avec GAVI durant l'année 2017.

**Tableau 4 : Exigence de cofinancement pour 2018 par le Ministère de la Santé Publique**

	Vaccin contre la Pneumocoque (PCV 10) 4 doses par flacon, liquide, routine	Vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib) 10 doses par flacon, liquide, routine	Vaccin antirotavirus, calendrier à 2 doses, routine
Nombre de doses de vaccin	168 800	679 500	148 500
Montant du cofinancement en USD incluant le fret	518 000	527 500	508 500

**Tableau 5 : Subvention de GAVI pour achat vaccins et intrants en 2018**

Désignations	Nombre de doses
Vaccin contre le pneumocoque (PCV10), 4 doses par flacon, liquide, routine	2 420 400
Vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib), 10 doses par flacon, liquide, routine	1 958 000
Vaccin antirotavirus, calendrier à 2 doses, routine	1 393 500
Vaccin Polio Inactivé, 5 doses par flacon, liquide, routine	985 000
Seringues autobloquantes 2	5 512 800
Réceptacles de sécurité	60 675

**4.1.3. Activités de vaccination supplémentaire**

Le pays a organisé deux JNV Polio en 2017 : (i) JNV Polio10 en mars et (ii) JNV Polio11 en décembre.

Au onzième tour des JNV (Décembre 2017), 4 régions n'ont pas atteint les objectifs fixés (CV inférieure à 95%). Il s'agit d'Analamanga (93%), Analanjirifo (94%), Atsinanana (92%), Vakinankaratra 94%). Cette situation s'expliquerait en partie sur la rumeur de l'existence du vaccin contre la peste depuis le mois de septembre 2018.

Les raisons de non atteinte des objectifs ont été entre autre :

- Le Report de la Campagne de mars 2017 dans deux régions affectées par le cyclone ENAWO une semaine après la planification nationale, dans la région d'Analanjirifo (30 mars au 1er avril 2017) et celle de Sava (4-6 avril 2017)
- L'insécurité dans certains Districts de santé,
- L'inaccessibilité de certains autres Districts et CSB,
- La persistance des enfants non vaccinés selon le monitoring indépendant, surtout dû aux cas de refus, aux absences des enfants dans les maisons et au non revisite par les équipes de vaccinateurs,
- La faible réalisation de supervision de proximité dans la plupart de Districts.

Le monitoring indépendant de la FAV11 a été réalisé dans 24 districts de santé où étaient déployées les équipes de l'OMS.

L'analyse des résultats montre l'existence d'enfants non atteints au cours des AVS (8,09%). Les principales causes de non vaccination restent les cas de refus en recrudescence (40%) et les absences des enfants dans les ménages (37%).

Par ailleurs 89% de parents ont été informés avant le début de la campagne avec pour principales sources la radio (36%) et les mobilisateurs sociaux (21%).

Pendant la campagne, les centres de santé de base qui ont été ouverts pour la vaccination de routine et les enfants non vaccinés identifiés y ont été orientés pour être vaccinés.

**Tableau 6 : Problèmes rencontrés et leçons apprises au cours des différentes campagnes**

Période	Problèmes rencontrés	Leçons apprises
JNV mars 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report de la Campagne dans deux régions affectées par le cyclone ENAWO une semaine après la planifiée nationale, dans la région de Analanjirifo (30 mars au 1er avril 2017) et celle de Sava (4-6 avril 2017)</li> <li>- L'insécurité dans certains Districts de santé,</li> <li>- L'inaccessibilité de certains Districts et CSB,</li> <li>- La persistance des cibles non vaccinés selon le monitoring indépendant, surtout dû au refus et aux absences,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la qualité de la micro planification par Fokontany en tenant compte les spécificités du terrain, surtout les CSB enclavés et inaccessibles.</li> <li>- Recruter localement des différents acteurs connus par la communauté, la cohabitation des Chefs CSB et des chefs Fokontany/quartiers qui est un atout qui permet de vacciner toutes les cibles et contribuer à la réduction les résistances et les rumeurs.</li> </ul>

## Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>La faible réalisation de la supervision de proximité dans la plupart de Districts,</p> <p>Le pré-marquage des ménages, le marquage des enfants (état de marqueurs) et des ménages, l'élaboration et l'utilisation des croquis demeure des faiblesses récurrentes dans la mise en œuvre des AVS.</p> <p>Les mégaphones et les dossards inexistants dans tous les Districts de santé</p>	<p>L'engagement effectif des Autorités Politico-Administratives, des agents communautaires et des leaders communautaires permet la mobilisation des populations et la récupération des enfants non vaccinés, voir même des cas de refus.</p> <p>La nécessité pour les acteurs d'avoir un signe distinctif (dossard ou autre) pour faciliter leur acceptation dans tous les milieux et pour leur sécurité</p>
<b>JNV décembre 2017</b>	<p>Les rumeurs sur la vaccination contre la peste au cours de l'épidémie d'août à décembre ont entraîné la réticence des parents et responsables des écoles.</p> <p>Report de la date de la campagne entraînant le virement des vaccins au stade 2.</p> <p>4 districts de la région d'Analamanga les plus touchés par l'épidémie de peste ont reporté la campagne au mois de janvier dû à l'insuffisance de temps pour la préparation et les rumeurs sur la vaccination contre la peste.</p>	<p>le renforcement de la sensibilisation et une forte mobilisation sociale sont très importants pour une campagne post épidémique</p>

### 4.2. Performances du soutien RSS de Gavi (pour les pays concernés)

Objectif 1	
<b>Objectif de la subvention RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	<b>Renforcer la couverture des services de soins de santé primaire de qualité et de la vaccination dans les Formations Sanitaires.</b>
<b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	<b>54 Districts dans les 20 régions</b>
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	<b>100% des activités planifiées ont été menées</b> <b>Taux d'utilisation du budget est de 90%</b>
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<p>- <b>Activité 1.2.4.31 - Assurer la disponibilité des vaccins et intrants</b> : 1371 CSB des 54 Districts ont bénéficié du transport des vaccins et intrants. Il est à noter qu'aucune source de financement autre que celui de GAVI ne prend en charge cette activité très pertinente. Le taux d'absorption financière est de 100%.</p> <p>- <b>Activité 1.2.4.11 - Former en Micro-Planification des EMAR/EMAD au niveau des Régions</b> : 20 EMAR des 20 Régions et 108 EMAD des 54 Districts prévus sont formés en FDF sur la micro-planification ACE. Le taux d'absorption financière est de 100%. Les EMAD dans 17 autres Districts ont bénéficié de cette activité par le financement de l'OMS (4 SDSP), CDC Atlanta (3 SDSP), USAID/MCSP (10 SDSP) et UNICEF (approche urbaine). Le taux d'absorption financière est de 100%</p> <p>- <b>Activité 1.2.4.12 – Former les Chefs CSB en microplanification et gestion des vaccins (PEV pratique)</b> : 686 Chefs CSB prévus sont formés. Le taux d'absorption financière est de 100%. D'autre part, les EMAD ont formé les autres Chefs CSB de leur juridiction non pris en charge sous leur propre initiative. Au total, 1371 Chefs CSB ont participé à cette activité et disposent de micro-planifications qui ont été compilés au niveau des 54 Districts.</p> <p>- <b>Activité 1.2.4.13 - Déterminer les cibles par FKT (recensement/ dénombrement par l'utilisation du registre communautaire)</b> : Cette activité s'est déroulée dans le 9973 FKT au cours de laquelle les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ont été recensés. A partir des résultats de cette activité, les microplans ont été élaborés. Les activités ont été réalisées totalement et dont le taux d'absorption financière est de 100%.</p>

## Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>- <b>Activité 1.2.4.32 – Doter en pétrole les CSB</b> : Parmi les 855 CSB de 54 SDSP planifiés, 835 CSB de 50SDSP ont bénéficié chacun de 30 litres de pétrole suffisant pour un mois. Les 20 autres CSB ont été dotés de réfrigérateurs solaires entre temps. En conséquent, le budget a été révisé à la baisse au cours du réaménagement budgétaire pour la mise en œuvre d'autres activités. Le taux d'absorption financière est de 100%.</p> <p>- <b>Activité 1.2.4.4 - Atteindre les cibles par stratégie avancée</b> : Cette activité a été introduite après réaménagement budgétaire vu sa pertinence en vue d'améliorer l'équité et la couverture vaccinale. Il s'agit de réaliser deux passages de stratégie avancée dans les FKT éloignés et enclavés. Compte tenu des justifications conformes de leurs activités antérieures, 11SDSP sur 54 ont bénéficié de cette activité. Il est à noter que cette activité prévue débutée en mois de Mai 2018 a été décalé en mois de Juin 2018 suite aux chevauchements des activités (SSME, SAV). Le taux d'absorption financière est de 97%.</p> <p>- <b>Activité 1.2.4.52 Mener des supervisions formatives au niveau SDSP par l'EMAR</b> : 54 sur 54 districts ont été supervisés par l'EMAR. D'où la réalisation à 100%, avec un taux d'absorption financière de 100%.</p> <p>- <b>Activité 1.2.4.53 Mener des supervisions formatives au niveau CSB par l'EMAD</b> : Compte tenu des justifications conformes de leurs activités antérieures, 11 sur 54 districts ont effectué la supervision formative de 55 CSB, soit une réalisation à 20%. Avec un taux d'absorption financière de 23%. En plus, l'EMAD participe aux missions de supervision avec les ATR et consultants des autres partenaires déployés sur terrain.</p>
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique) <sup>11</sup>	<p>Besoin en assistance technique pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deux études sur le SRC</li> <li>Etude sur l'impact économique de l'introduction de vaccin contre le rotavirus</li> <li>Etude de base sur l'introduction de vaccin contre la rubéole</li> <li>Soumission de proposal pour la mise à l'échelle du vaccin anti HPV</li> <li>Formation des membres du comité d'experts MAPI sur l'analyse causale et formation des agents de santé sur l'investigation des cas de MAPI</li> </ul>
<b>Objectif 2 :</b>	
<b>Objectif de la subvention RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	<b>Renforcer la capacité de la chaîne de froid et de stockage des intrants PEV aux niveaux national, régional, district et CSB</b>
<b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	Dans 114 districts des 22 régions
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	<b>100% des activités réalisées</b> <b>Le taux d'utilisation du budget est de 87%</b>
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<b>Activité 2.1 Contribuer à la fonctionnalité de la chaîne du froid à tous les niveaux:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dotation de pièces de rechange (mèches, brûleurs...) pour 2 647 CSB (source DDS) pour huit mois (De Décembre 2017 au mois d'Août 2018)</li> <li>- acquisition de 112 réfrigérateurs solaires pour les CSB et 20 réfrigérateurs électriques pour les BSD, en cours d'installation</li> <li>- dotation de 236 glacières et de 2571 porte-vaccins pour les CSB</li> <li>- acquisition de 6 de contrôleur à distance de température pour les six chambres froides des régions, en cours d'installation</li> </ul>
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique) <sup>11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les techniciens en maintenance préventive dans 114 districts avec besoin en assistance technique</li> <li>- Acquisition de 500 réfrigérateurs solaires pour les CSB et 42 pour les BSD dans le cadre du CCEOP</li> <li>- Plan de maintenance de matériels et équipements froid</li> <li>- Former les convoyeurs et coach du niveau central pour la GEV</li> <li>- Former les techniciens logistiques du niveau central en SMT, outil VIVATool, mVAR</li> </ul>

## Évaluation conjointe (JA complète)

Objectif 3 :	
<b>Objectif de la subvention RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	<b>Renforcer le système d'information sanitaire pour la production de données de qualité et leur utilisation à tous les niveaux en vue de faciliter le suivi / évaluation</b>
<b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	114 districts dans les 22 régions
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	<b>72 % des activités réalisées</b> <b>Le taux d'utilisation du budget est de 60%</b>
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<p><b>- Activité 3.1.1 : Former les responsables des Districts et Régions (SIG et PEV) sur logiciel PEV (DVD-MT) et de l'utilisation du GESIS intégré, et effectuer le suivi formatif –</b> Activité réalisée sur les 6 axes des 6-ex provinces, 22 Responsables PEV régional, 114 responsables SIG du SDSP, et 114 responsables PEV du SDSP avec un taux d'absorption financière de 86%.</p> <p><b>- Activité 3.1.3 : Doter en Outil de Gestion les responsables PEV et les prestataires à tous les niveaux (Carte infantile, Carte maternelle, registre de vaccination, registre d'accouchement post natal (RAC PON), RMA CSB, registre de pointage, manuel UD –</b> Activités partiellement réalisées et acheminées vers les districts avec un taux d'absorption financière de 72%.</p> <p>Les Calendriers Vaccinaux, Affiche d'utilisation Bac à fiche, Courbe de suivi de la couverture seront envoyée avec les vaccins au mois de juillet</p> <p><b>- Activité 3.1.5 : Tenir une réunion de Revue trimestrielle au niveau du District –</b> Les revues trimestrielles au niveau des districts ont été réalisées dans 4/23 districts avec un taux d'absorption financière de 24%.</p>
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les <b>besoins connexes en assistance technique</b> <sup>5</sup> )	<p>Besoin en assistance technique pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'élaboration du plan d'amélioration de la qualité des données et mise en œuvre avec besoins d'appui technique ;</li> <li>- Enquête sur la Couverture Vaccinale ;</li> <li>- Switch PCV 10 ;</li> <li>- Mise en place du NITAG pour l'introduction de nouveaux vaccins ;</li> <li>- Revue externe PEV ;</li> <li>- Etude sur l'ampleur du syndrome de rubéole congénitale (SRC) et le développement et la mise en œuvre du plan d'élimination de la rougeole/rubéole ;</li> <li>- Appui à la formation du comité MAPI sur l'analyse causale ;</li> <li>- Appui à la gestion du PEV dans le contexte de l'introduction progressive de nouveaux vaccins.</li> </ul>
Objectif 4	
<b>Objectif de la subvention RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	<b>Renforcer l'utilisation de service de soins à travers la stimulation de la demande</b>
<b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	114 districts dans 22 régions
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	<b>100% des activités prévues réalisées</b> Ce sont des contributions de l'UNICEF par son fonds propre
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier de micro planification pour Tanà ville</li> <li>- Finalisation de guide ACE en milieu urbain</li> </ul>
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Re contractualisation avec UNICEF</li> <li>- Production de support IEC</li> </ul>

## Évaluation conjointe (JA complète)

(indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les <b>besoins connexes en assistance technique</b> <sup>6</sup> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité de sensibilisation et de mobilisation communautaire</li> <li>- Mise en œuvre de l'approche ville à Tanà ville et mise à l'échelle dans les sept autres grandes villes (Besoin en assistance technique)</li> <li>- Activités de supervision et de suivi évaluation des interventions des OSC à tous les niveaux</li> </ul>
<b>Objectif 5</b>	
<b>Objectif de la subvention RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Renforcer la viabilité du financement de la vaccination
<b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	114 districts dans 22 régions
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	<b>86% des activités planifiées ont été réalisées</b>
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Activité 5.1.1</b> : Tenir des réunions de finalisation et de validation du PPAC financé par l'OMS</li> <li>- <b>Activité 5.2</b> : Améliorer à moyen terme la viabilité du financement de la Vaccination par le plaidoyer et l'adoption de loi sur le PEV <ul style="list-style-type: none"> <li>* La loi sur le financement de vaccin a été promulguée</li> <li>* Décret d'application rédigé et en attente d'approbation</li> </ul> </li> <li>- <b>Activité 5.3.3</b> : Appuyer techniquement le CCIA pour un meilleur cadre de coordination, suivi et analyse financier selon leur TDR mis à jour <ul style="list-style-type: none"> <li>* Le TDR a été mis à jour et en attente de validation</li> </ul> </li> <li>- <b>Activité 5.3.4</b> : Organiser une revue conjointe des PTF de la vaccination annuellement : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tenue de revue conjointe des PTF à Toliara du 30 Avril au 02 Mai 2018</li> <li>* Evaluation conjointe : 11 au 13 Juillet 2018</li> </ul> </li> <li>- <b>Activité 5.5.1</b> : Appuyer le Ministère dans l'élaboration et multiplication d'un document harmonisé de manuel de procédure : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Réunion de validation du manuel de procédure de gestion administrative et financière mis à jour réalisée</li> </ul> </li> <li>- <b>Activité 5.5.2</b> : Former les gestionnaires, le staff et les bénéficiaires sur le manuel de procédure de gestion financière mis à jour : Non réalisée</li> </ul>
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les <b>besoins connexes en assistance technique</b> <sup>7</sup> )	<p>Besoin en assistance technique pour :</p> <p>La formation des responsables à tous les niveaux sur LMC</p> <p>Formation des gestionnaires, du staff et des bénéficiaires sur le manuel de procédure de gestion financière mis à jour</p>
<b>Objectif 6</b>	
<b>Objectif de la subvention RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Management cost
<b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	22 régions et 54 districts

## Évaluation conjointe (JA complète)

<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	<b>100% des activités planifiées ont été menées avec un taux d'utilisation de budget de 98%</b>
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	Organiser des réunions mensuelles du CCIA technique : 12 réunions ont été réalisées Organiser des réunions trimestrielles du CCIA décisionnel : 11 réunions ont été réalisées dont 7 en session extraordinaire Participer à l'organisation de l'atelier d'évaluation conjointe avec les partenaires Assurer le paiement des salaires du personnel Participer au fonctionnement de l'UCP : communication, frais de déplacement, entretien des véhicules et carburant, fournitures de bureau
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les <b>besoins connexes en assistance technique</b> )	Recruter un point focal GAVI/PEV auprès de l'UCP Organiser des réunions mensuelles du CCIA technique Organiser des réunions trimestrielles du CCIA décisionnel Organiser l'atelier d'évaluation conjointe avec les partenaires Assurer le paiement des salaires du personnel Participer au fonctionnement de l'UCP

### 4.3. Performances du soutien à la POECF de GAVI (pour les pays concernés)

Le pays est en phase de « **Planification des achats** » (section B) : collecte des appels d'offres internationaux (Bii).(Cf Annexe 6)

#### Statut de la mise en œuvre :

Il est prévu d'ici le premier trimestre 2019 dans la première phase de POECF, l'acquisition de 500 réfrigérateurs solaires de type Solar Direct Drive SDD et de 42 congélateurs électriques. Ces équipements contribueront à l'amélioration de la couverture en chaîne du froid des CSB de 37% à 53%.

L'appui des Assistants Techniques International et National (experts en Chaîne de Froid) est un besoin ressenti par le pays pour la mise en œuvre de la POECF.

### 4.4. Performances de gestion financière

Le total des subventions décaissées par GAVI pour l'année 2017 était 3 026 020 USD correspond à la 1ère année du Programme RSS2. Le montant de 628 045 USD autorisé par GAVI a été affecté pour la mise en œuvre des activités prioritaires pour la période Juillet à Septembre 2017.

Ces activités sont jugées essentielles et pertinentes pour l'amélioration de la couverture vaccinale dont le pays a besoin suite à la suspension de financement après Audit externe de GAVI.

Au 25 Juillet 2018, le taux d'utilisation budgétaire sur les activités prioritaires est de 87,51 % soit 549 588 USD

- Annexe 8 : Situation budgétaire au 25/07/2018

Il a été constaté que la période de 3 mois n'a pas été suffisante pour la mise en œuvre des activités compte tenu de :

- L'épidémie de peste pulmonaire urbaine qui a sévi les grandes villes en particulier Antananarivo et Toamasina, devenue une priorité nationale et dont la phase aigüe s'étendait du mois d'Août à Décembre 2017 a entravé la mise en œuvre de toutes autres activités.
- La durée de la réalisation des activités qui a été largement sous-estimée nécessitant une demande de prolongation de la mise en œuvre des activités jusqu'au mois de Juin 2018 ;
- La lenteur de la remontée des pièces justificatives, la validation de ces documents à 3 niveaux ; GCR, l'UCP et l'Agence fiscale ; qui retarde le renflouement des fonds exigeant la justification complète des fonds alloués précédemment aux différents bénéficiaires (DPEV, DRS, SDSP, CSB)
- La révision du Manuel de procédures au début de la mise en œuvre

Dès le démarrage de la mise en œuvre des activités prioritaires, il a été prévu par Comité Technique CCIA/CCS de procéder à l'allocation des fonds auprès des 54 Districts en deux de tranches pour la bonne gouvernance et pour faciliter le suivi des fonds. A noter que l'approvisionnement des fonds pour la 2ème tranche est conditionné par la justification complète des fonds alloués précédemment.

Le 14% non utilisé s'explique par le retard de justification des fonds alloués aux Districts. Seulement 13/54 Districts ont pu bénéficier des 6 activités prévues.

Les causes majeures identifiées sont (i) l'insuffisance de compétence des acteurs, (ii) l'insuffisance de suivi sur terrain, (iii) la mauvaise et/ou le non-respect des planifications de la mise en œuvre des activités et des procédures, (iv) le manque d'information, (v) l'insuffisance de la capacité de gestion financière se traduisant par une faible capacité d'absorption financière à tous les niveaux et

des justifications des dépenses non systématiques, (vi) la non maîtrise de la planification et insuffisance de culture de suivi-évaluation à tous les niveaux, (vii) la non séparation de tâches dans la gestion financière surtout au niveau périphérique, (viii) la non utilisation à bon escient de chaque personnel selon leur TDR et leur responsabilité.

Le pays suggère de :

- responsabiliser un membre de l'EMAD pour assurer le rôle de comptable au niveau de chaque SDSP pour le suivi financier des activités de GAVI.
- mettre à jour le manuel de procédures de l'UCP.
- renforcer les capacités des membres de l'EMAD en gestion financière
- réviser le TDR des GCR en leur attribuant la responsabilité de validation des pièces, l'agence fiscale et l'UCP joueront les rôles de contrôleur.

### **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, le Secrétariat de GAVI a procédé à l'investigation et demandé au pays de rembourser les dépenses inéligibles, avec une suspension de l'utilisation des fonds alloués dans les comptes du PEV, de la DDS et de l'UCP et du financement pour Madagascar.

D'après cette situation, GAVI Alliance en concertation avec le Ministère de la Santé Publique ont mis en place un système de gestion dite « hybride » jusqu'à nouvel ordre. Un plan de remboursement établi par le pays a été exigé par GAVI Alliance pour la régularisation de cette situation. Les lignes budgétaires pour le remboursement des fonds seront imputées dans le budget de l'Etat sur l'exercice budgétaire 2018 et 2019.

Le système de gestion dite « hybride » consiste à répartir la gestion financière des fonds du RSS2 à l'UNICEF, OMS et l'UCP en fonction de leur compétence (avantage comparatif).

### **Rapport financier :**

Le non suivi du modèle de rapportage financier de GAVI a démontré d'un manque global de rigueur et de respect de calendrier selon les directives.

### **Système de gestion financière:**

Un Manuel de Procédures pour la Gestion Administrative, Financière, Comptable et Passation de marchés des subventions de GAVI pour les deux Directions de mise en œuvre (DDS et DPEV) est disponible et validé par le CCIA/CCSS décisionnel en date du 25/07/2017.

La coordination des activités prioritaires 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 DPEV, des 22 régions et des 54 Districts sont 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. La DPEV assure le suivi des activités techniques et financières du niveau opérationnel. L'UCP procède au déblocage des fonds auprès de Régions et Districts Sanitaires en vue de la mise en œuvre de leurs activités.

Pour la continuité du Projet RSS2, le système de gestion dite « hybride » a été instauré en concertation avec le Ministère de la Santé Publique. Ce système consiste à répartir la gestion financière des fonds du RSS2 entre l'UNICEF, OMS et l'UCP en fonction de leurs compétences respectives (avantages comparatifs).

### **4.5. Planification de la transition (le cas échéant, par ex. si le pays se trouve dans une phase de transition accélérée)**

Le PIB de Madagascar en 2017 est de 383 USD qui est encore en dessous du seuil pour entrer dans la phase de transition. Néanmoins, la loi sur le fonds national de vaccination est déjà promulguée. Le Décret d'application est rédigé et en attente d'approbation.

### **4.6. Assistance technique**

En plus de l'assistance technique habituelle que les partenaires techniques et financiers présents à Madagascar offrent depuis plusieurs années, le pays a demandé pour la 4ème année consécutive, l'appui de l'alliance GAVI pour des appuis spécifiques afin d'accompagner le programme dans la gestion et la mise en œuvre, le renforcement des couvertures et l'équité ainsi que le renforcement des capacités.

Pour cette année 2018, l'OMS, l'UNICEF, JSI, CARDNO et le CRS ont été sollicités pour appuyer le programme aussi bien au niveau central qu'opérationnel dans les principaux domaines suivants : (i) la mise en œuvre du programme / couverture et équité, (ii) le financement, (iii) la qualité des données, (iv) la chaîne d'approvisionnement, (v) l'appui spécifique aux vaccins et (vi) la promotion de la demande.

Le volet renforcement des capacités en vue du transfert de compétence a été un élément essentiel de l'appui technique à tous les niveaux.

**Tableau 7: Répartition des appuis techniques par institution et domaine**

Domaines	OMS	UNICEF	JSI
La mise en œuvre du programme / couverture et équité	<b>Central</b> - 01 International - 01 National <b>Régions</b> - 10 nationaux	<b>Central</b> - 02 Internationaux - 02 Nationaux <b>Régions</b> - 08 nationaux	- 01 National Central <b>Régions</b> 01 national
Le financement		- 01 National / <b>Central</b>	
La qualité des données	- 01 National / <b>Central</b>	-	- 01 National Central
La chaîne d'approvisionnement		- 01 International / <b>Central</b>	
L'appui spécifique aux vaccins	- 01 International / <b>Central</b>		
La promotion de la demande	-	- 01 National / <b>Central</b>	- 01 National central

### Approche stratégique à adopter pour une assistance technique permettant d'améliorer la couverture et l'équité

L'amélioration de la couverture et l'équité requiert une identification des différents goulots et les actions correctrices adaptées au contexte. A Madagascar, le problème de gestion, de gouvernance, de disponibilité de ressources (humaines et matériels vaccins de qualité y compris) et la faible implication au niveau communautaire ont été identifiés comme les principales contraintes. Le rôle de l'appui technique serait d'assurer la mise en œuvre des mesures stratégiques dans les domaines critiques sous le leadership du Ministère.

Les axes stratégiques suivants sont identifiés :

- ✓ **Le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux** à travers une organisation des activités avec les acteurs afin d'assurer le transfert de compétences pour une prise de relais à la fin de l'assistance technique sous le leadership du Ministère. A ceci s'ajoute le renforcement des capacités des participants par le biais des séances de coaching, participation aux ateliers et diverses sessions.
- ✓ **Le développement et mise à jour des outils et guides à l'usage de tous les acteurs**
- ✓ **La mise en œuvre de stratégies innovantes** : l'assistance technique contribue à la mise en œuvre de l'approche atteindre chaque enfant et l'approche ville dans le district de Tana ville.

Le déploiement de l'Assistance Technique au niveau régional permet le renforcement sur la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de vaccination non seulement au niveau régional mais également au niveau des Districts et des CSB.

#### ▪ Progrès enregistrés

Sous le leadership du Ministère, l'assistance technique apportée par l'alliance GAVI et les autres partenaires a permis entre autres de mettre en œuvre un certain nombre d'activités qui devraient induire une nette amélioration de la couverture et l'équité en mettant l'accent sur les domaines essentiels du Partner's Engagement Framework.

- ✓ **Coordination et mise en œuvre du programme :**
  - Organisation régulière des réunions d'analyse mensuelles des progrès du programme et des téléconférences
  - Développement des documents stratégiques comme le PTA, le PPAC, l'application pour la seconde dose rougeole et la campagne rougeole 2019 ;
- ✓ **La qualité des données**
  - La conduite des audits de qualité des données ;
  - Le développement d'un draft de plan d'amélioration de la qualité des données
  - Le développement d'un draft d'outil d'analyse et d'utilisation des données pour la décision
  - L'analyse mensuelle et partage des données de couverture ;
- ✓ **Le financement**
  - La signature de la loi sur la vaccination et le suivi pour le décret d'application ;
  - Le solde du passif sur le cofinancement des nouveaux vaccins et l'accroissement progressif de la contribution du gouvernement pour l'acquisition des vaccins traditionnels
- ✓ **La chaîne d'approvisionnement**
  - La soumission des plans de déploiement et de déviation pour lancer la procédure d'acquisition des

## Évaluation conjointe (JA complète)

- équipements et matériels de froid dans le cadre du CCEOP ;
- L'organisation de réunions périodiques du sous comité logistique pour le suivi des activités et monitoring de la gestion des intrants ;
- L'acquisition et la dotation des structures sanitaires des équipements et matériels de froid avec le reliquat de RSS1 (112 frigos Solaires, 20 frigo électriques, 06 UNILOG-contrôle de température à distance, 236 glacières et 2,571 porte vaccins);
- ✓ **La promotion de la demande**
  - Le Développement de document stratégique ;
  - La production de support de communication (poster, flyers, vidéo etc.)
- ✓ **Appui sur la planification**
  - Formation et développement des micro-plans ;
  - Formation sur la mise à jour du DVDMT et utilisation des données pour action ;

### ▪ Difficultés liés à la mise en œuvre du plan d'appui technique

Les difficultés majeures suivantes ont été constatées :

- ✓ Le retard de déblocage des fonds dans la mise en œuvre du RSS2 : le non-respect des conditions exigées pour permettre au secrétariat de GAVI de mettre en œuvre le modèle hybride et de débloquer les financements, certaines activités du niveau opérationnel n'ont pas pu être mise en œuvre;
- ✓ La mécompréhension de l'appui technique : le rôle d'accompagnement du programme par l'AT n'était pas bien clarifié au niveau opérationnel.

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

Sur les 15 recommandations émises avant 2017, 13 ont été réalisées (86%) et 2 (14%) partiellement mises en œuvre.

A l'issue de l'évaluation conjointe de Juin 2017, sur toutes les recommandations émises, 9 (50%) ont été réalisées, 6 (33%) partiellement réalisées et 4 (17%) non réalisées. (Cf Annexe 7).

## 6. PLAN D'ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN RESSOURCES/SOUTIEN IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE

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

Les principales activités sont axées sur l'amélioration de la couverture et équité, l'amélioration de la logistique et gestion des vaccins pour rationaliser l'utilisation de vaccins de qualité. Un focus particulier est apporté à l'amélioration de la qualité des données ; important pour le pays pour ses statuts de « pays ayant éliminé le tétanos néonatal » et « pays libre de la poliomyélite ». Une enquête de couverture vaccinale est essentielle pour évaluer les réalisations accomplies. Notons que la dernière enquête de couverture date de 2008.

Pour le financement, l'accélération de la sortie du décret d'application de la loi du financement de la vaccination est une priorité pour le pays.

Principal résultat/action 1	Couverture et l'équité améliorées
Réaction actuelle	54 districts sont pris en charge pour la mise à la disposition des outils de gestion
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer le Plan d'action annuel 2019 du PEV en mettant l'accent sur la mise en œuvre d'interventions à haut impact sur les résultats de vaccination: stratégies pour l'amélioration de l'équité y compris stratégies urbaines (revisiter le ciblage des districts prioritaires) ;</li> <li>- Elaborer d'ici mi-2019 un plan national de formation et de mise à jour des agents des formations sanitaires sur la gestion du PEV de routine ;</li> <li>- Renforcer de façon systématique les capacités des Coaches et acteurs à tous les niveaux avec développement et mise à jour des outils, manuels et guides y afférents selon les thématiques prioritaires avec transfert de compétence ;</li> <li>- Mettre à disposition des 114 Districts les outils de gestion mis à jour du PEV y compris les outils de supervision ;</li> <li>- Mettre en place un mécanisme mensuel et trimestriel de suivi des performances du PEV de routine, du cadre de performance des subventions (CCIA technique) ;</li> <li>- Utiliser l'opportunité des fonds Gavi alloués à Madagascar pour montrer leur impact sur l'atteinte des objectifs de C&amp;E lors de la revue à mi-parcours de la stratégie Gavi en mi-décembre 2018 ;</li> <li>- Accélérer la mise en place et le fonctionnement effectif du NITAG;</li> <li>- Réaliser des supervisions formatives conjointes au niveau central et au niveau décentralisé;</li> </ul>
Produits/résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils de gestion disponibles dans toutes les formations sanitaires des 114 districts et des 22 régions</li> <li>- Coaches et acteurs formés ;</li> <li>- Outils, manuels, guides et curricula y afférents élaborés et distribués</li> </ul>

## Évaluation conjointe (JA complète)

	- NITAG mis en place ; - PTA 2019 élaboré avant la fin de l'année 2018 ;
Calendrier associé	Juin 2018-Juin 2019
Ressources/soutien nécessaires	Assistance technique pour la mise en place du NITAG.
<b>Principal résultat/action 2</b>	<b>Logistique et chaîne de froid améliorées</b>
Réaction actuelle	Dotation de réfrigérateurs, pièces de rechange, glacières et portes vaccin
Actions convenues du pays	- Construire et équiper un local adapté pour le stockage des vaccins et les bureaux du PEV - Elaborer un plan de maintenance des équipements d'ici fin septembre 2018 - Assurer la disponibilité des ressources nécessaires pour la gestion du PEV au niveau des CSB (Mèches, pétroles, carburant pour la mise en œuvre des stratégies avancées) - Mettre en place un système d'information pour renforcer la gestion des vaccins à tous les niveaux - Identifier le terrain pour le nouvel local de la DPEV et rendre opérationnels des dépôts régionaux; - Etendre l'étude sur le coût de transport des vaccins à l'étude sur le système d'approvisionnement
Produits/résultats escomptés	Disponibilité permanente de vaccins de qualité à tous les niveaux Local pour la construction du magasin de stockage et local pour le DPEV identifié Magasin de stockage, bureau de la DPEV construit Plan de maintenance des équipements de la chaîne de froid élaboré
Calendrier associé	Juin 2018-Juin 2019
Ressources/soutien nécessaires	Appui technique pour le renforcement des capacités en gestion logistique
<b>Principal résultat/action 3</b>	<b>Gestion et qualité des données améliorées</b>
Réaction actuelle	Ecart important de la couverture administrative et l'estimation WUENIC
Actions convenues du pays	- Redynamiser le sous-comité du système d'information <ul style="list-style-type: none"> <li>- La signature du texte officiel pour sa mise en place</li> <li>- La tenue régulière des réunions périodiques</li> </ul> - Formaliser officiellement la mise en place de l'équipe amélioration des données <ul style="list-style-type: none"> <li>- Désignation des membres de l'équipe</li> <li>- Signature de la note d'installation</li> </ul> - Actualiser le RMA intégré pour y ajouter les éléments des données manquantes relatives au PEV et promouvoir l'utilisation du seul RMA intégré révisé au niveau des formations sanitaires et s'assurer que les mêmes éléments sont intégrés dans le DHIS2 - Restituer l'utilisation du registre de vaccination dans toutes les formations sanitaires et s'assurer que tous les outils sont à jours avant leur distribution - Corriger l'estimation de femmes enceintes et naissances vivantes en utilisant la même source de données (recalculer les couvertures vaccinales antérieures à l'aide de cibles corrigées (SIS, DPEV) (Aout 2018) - Elaborer un plan d'amélioration de la qualité des données en identifiant les stratégies pour réduire les différences significatives entre données administratives et estimations WUENIC, dans le cadre d'une approche globale du SIS. - Organiser un dénombrement de qualité au niveau opérationnel - Analyser l'enregistrement des données VAT et prendre les mesures correctrices - Mettre en place un outil pour le suivi des stocks et l'état des vaccins au niveau des régions et districts - Former les agents des districts à la production du DVD-MT - Réaliser l'enquête de couverture vaccinale
Produits/résultats escomptés	Ecart entre la couverture administrative et l'estimation WUENIC est inférieur à 10 points.
Calendrier associé	Juin 2018-Juin 2019
Ressources/soutien nécessaires	Appui financière de la mise en œuvre de l'enquête de couverture vaccinale
<b>Principal résultat/action 4</b>	<b>Gouvernance, Management, coordination, financement RSS2 améliorés</b>
Réaction actuelle	Capacités de gestion technique et financière des agents de santé insuffisantes
Actions convenues du pays	- Accélérer la signature du décret d'application de la loi sur la vaccination et l'opérationnalisation du fonds spécial pour la vaccination y compris la surveillance des maladies évitables par la vaccination et la surveillance sentinelle;

## Évaluation conjointe (JA complète)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la gestion du Programme Elargi de Vaccination en mettant en place des mécanismes de stabilisation des personnels du PEV et la mise à jour de l'organigramme du programme</li> <li>- Mettre en place des mécanismes de redevabilité et de remontée à temps des pièces justificatives des financements de GAVI et des partenaires au niveau décentralisé;</li> <li>- Renforcer les capacités en gestion technique et financière des agents à tous les niveaux</li> </ul>
Produits/résultats escomptés	Les AS sont formés sur la gestion financière et sur le PEV pratique.
Calendrier associé	Juin 2018-Juin 2019
Ressources/soutien nécessaires	
<b>Principal résultat/action 5</b>	<b>Surveillance des MEV et MAPI renforcée pour le maintien des statuts « Elimination TNN » et « Pays libre de la poliomyélite »</b>
Réaction actuelle	Obtention du statut polio free pour le pays
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un plan d'élimination de la rougeole/rubéole et en assurer le financement suffisant</li> <li>- Elaborer un plan de travail annuel du comité MAPI</li> <li>- Former les comités MAPI au niveau des régions</li> <li>- Elaborer un plan de travail annuel des sites sentinelles surveillances des nouveaux vaccins</li> <li>- Elaborer et mettre en œuvre le plan de transition polio afin de pérenniser les acquis</li> <li>- Elaborer les plans de maintien de l'élimination du TNN</li> <li>- Mettre en place des stratégies permettant de renforcer l'appropriation des activités de surveillance active par les points focaux surveillance notamment à travers l'utilisation des nouvelles technologies (ISS);</li> <li>- Mettre en place la surveillance du Syndrome de Rubéole congénitale en vue de fournir des évidences pour soutenir l'introduction du vaccin MR après 2018;</li> <li>- Intégrer dans le cadre du budget de l'état des lignes destinées au financement des activités de surveillance</li> </ul>
Produits/résultats escomptés	Plan de maintien de statut « Madagascar Pays libre de poliomyélite » et de l'élimination du TNN élaboré Comité MAPI fonctionnel Etudes sur l'impact socio-économique et l'ampleur du syndrome de rubéole congénitale mises en œuvre
Calendrier associé	Juin 2018-Juin 2019
Ressources/soutien nécessaires	Appui technique sur les études sur le syndrome de rubéole congénitale
<b>Principal résultat/action 6</b>	<b>Assistance Technique décentralisée dans les régions/districts renforcée</b>
Réaction actuelle	Le transfert de compétence n'est pas encore acquise
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un comité de suivi mensuel et de la coordination de l'Assistance Technique sous l'égide de la Directrice du PEV.</li> <li>- Réaliser une cartographie des appuis des partenaires en Renforcement du Système de Santé et de la vaccination et de l'Assistance technique (chef de file des PTFs /BCC/UCP).</li> <li>- Assurer le transfert de compétence de l'Assistance Technique à des agents du Ministère clairement identifiés</li> </ul>
Produits/résultats escomptés	Suivi de l'assistance technique réalisé
Calendrier associé	Juin 2018-Juin 2019
Ressources/soutien nécessaires	Appui technique et financier

### 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 quotidiennement et un débriefing de l'avancement des travaux se fait à chaque fin de semaine.

Le premier draft du canevas a été transmis aux membres du CCIA-CCSS technique et tous les partenaires pour information, analyse et éventuelles retro-informations.

**Pendant l'évaluation conjointe :** L'EC s'est tenue du 11 au 13 Juillet 2018.

## Évaluation conjointe (JA complète)

Le premier jour a été consacré à une série de présentations faites par les différents membres du comité préparatoire selon les thèmes du canevas suivis des discussions. Des recommandations ont été émises. (Cf annexe 8)

L'orientation de GAVI a précédé les travaux de groupe au cours de la deuxième journée.

Un debriefing 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 13 juillet 2018.

**N.B** : Une visite sur le terrain a été faite pour constater de visu les réalités.

### Après l'évaluation conjointe :

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

Le rapport préliminaire, finalisé par le Comité de rédaction a été soumis aux membres du CCIA-CCSS décisionnel le 11 Septembre 2018 pour approbation avant son envoi au Secrétariat de GAVI

### 8. ANNEXE : Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

	Oui	Non	Non applicable
<b>Cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) *</b> Rapports sur tous les indicateurs obligatoires		X	
<b>Rapports financiers *</b>			
Rapports financiers périodiques	X		
État financier annuel	X		
Rapport d'audit financier annuel		X	
<b>Rapport de niveau de stock de fin d'année</b> (qui doit être fourni le 15 mai dans le cadre de la demande de renouvellement de vaccin) *		X	
<b>Rapports de campagne *</b>			
Rapport technique d'activité de vaccination supplémentaire	X		
Rapport sur les enquêtes concernant les couvertures des campagnes	X		
Informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination	X		
<b>Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes</b>			
Revue documentaire annuelle de la qualité des données	X		
Plan d'amélioration des données (DIP)		X	
Rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration des données		X	
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	
<b>La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)</b>	X		
<b>(POECF) : inventaire mis à jour des ECF</b>		X	
<b>Évaluation post-introduction (EPI)</b>	X		
<b>Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans</b>		X	
<b>Plan opérationnel pour le programme de vaccination</b>	X		
<b>Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS</b>			X
<b>Rapports spécifiques au VPH</b>			
<b>Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF</b>	x		

**LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau 1** : Résultat de monitoring de campagne sur les non vaccinés pour cause de refus..... 2  
**Tableau 2** : Projection de besoin de capacité en chaîne de froid et magasin sec ..... 1443  
**Tableau 3** : Situation globale du pays par rapport à ses obligations de cofinancement ..... 2322  
**Tableau 4** : Exigence de cofinancement pour 2018 par le Ministère de la Santé Publique ..... 2423  
**Tableau 5** : Subvention de GAVI pour achat vaccins et intrants en 2018..... 2423  
**Tableau 6** : Problèmes rencontrés et leçons apprises au cours des différentes campagnes ..... 2423  
**Tableau 7** : Répartition des appuis techniques par institution et domaine..... 3130

**LISTE DES GRAPHIQUES**

**Graphique 1** : Taux de couverture vaccinal tout antigène 2017..... 3  
**Graphique 2** : Tendances de la couverture vaccinale en Penta1- Penta3 et du taux d'abandon de 2012 à 2017 au niveau national. (Source: JRF) ..... 3  
**Graphique 3** : Evolution du nombre d'enfant vaccinés en Penta 3 par rapport aux cibles ..... 4  
**Graphique 4** : Evolution des taux de couverture en VAR au niveau national de 2013 à 2017 ..... 4  
**Graphique 5** : Analyse comparative de la performance en DTC HepB Hib3 en 2015- 2016- 2017 aux niveaux régional et district ..... 5  
**Graphique 6** : Analyse de la situation des huit plus grandes villes en Penta et VAR..... 5  
**Graphique 7** : Evolution de la catégorisation des SDSP ..... 6  
**Graphique 8** : Nombre d'enfants vaccinés par mois en Penta3, Janvier – Avril 2016 – 2017 - 2018 ..... 7  
**Graphique 9** : Nombre d'enfants à vacciner en DTC –Hepb hib3 avant fin 2018..... 7  
**Graphique 10** : Evolution du taux de PFA non polio et de l'adéquation des selles de 2008 à 2017 à Madagascar..... 8  
**Graphique 11** : Evolution du statut vaccinal des cas de PFA âgés de 6 à 59 mois de 2015 à la semaine 24 de l'année 2018 à Madagascar ..... 98  
**Graphique 12** : Evolution du nombre de cas de rougeole et de rubéole 2008 à Juin 2018..... 109  
**Graphique 13** : Cartographie du résultat de l'analyse de risque rougeole de 2018 ..... 10  
**Graphique 14** : Evolution des cas de tétanos néonatal notifiés de 2004 à Juin 2018 ..... 1140  
**Graphique 15** : Evolution des cas positifs à Rotavirus depuis l'introduction du Vaccin anti rotavirus ..... 1244  
**Graphique 16** : Evolution de cas de méningites à pneumocoque CHUMET de 2012 -2018..... 1244  
**Graphique 17** : Contribution de la COMARESS aux activités de vaccination de Janvier – Mars 2017 et Juillet et Décembre 2017 ..... 1644  
**Graphique 18** : Co financement et financement du PEV Madagascar par l'Etat..... 1846  
**Graphique 19** : Distribution des équipements de la chaîne du froid selon la source d'énergie : Inventaire d'équipement au 31 Octobre 2017 ..... 1947  
**Graphique 20** : Comparaison des nombres d'enfants vaccinés en DTC-HépB-Hib avec le nombre de vaccin à la disposition des régions sanitaires en 2017 ..... 2049  
**Graphique 21** : Dépenses totales pour la vaccination: participation de l'état par rapport aux dépenses totales toutes sources..... 2224

**LISTE DES FIGURES**

**Figure 1** : Inéquité en vaccination selon les caractéristiques de la population (Madagascar 2011) ..... 6

**LISTE DES ANNEXES**

**Annexe 1** : Performance de la surveillance des PFA (TPFA-NP; Adéquation des selles) par régions, Madagascar de 2015-2017  
**Annexe 2** : Incidence annuelle par région de la rougeole et de la rubéole en 2016 et 2017  
**Annexe 3** : Couverture en VAR et DTC3 de 2011 à 2017  
**Annexe 4** : Goulots d'étranglement par rapport au Penta3 par région en 2017  
**Annexe 5** : Niveau de réalisation du POECF au Juillet 2018  
**Annexe 6** : Situation des recommandations des évaluations conjointes antérieures.  
**Annexe 7** : Recommandations issues de l'évaluation conjointe  
**Annexe 8** : Situation financières des activités prioritaires au 25/07/2018

## ANNEXES

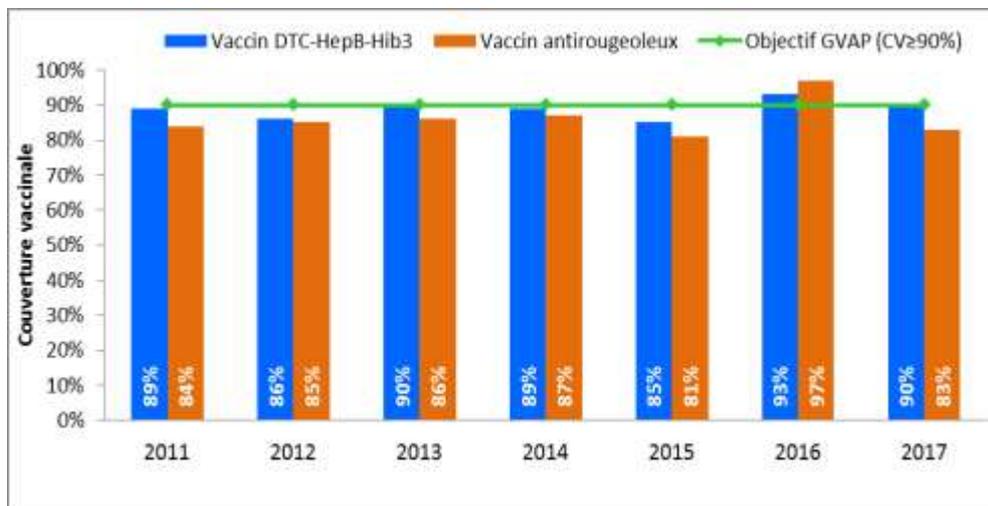
Annexe 1 : Performance de la surveillance des PFA (TPFA-NP; Adéquation des selles) par régions, Madagascar de 2015-2017

REGIONS	Taux PFA NP				% selles adéquates			
	2015	2016	2017	2018*	2015	2016	2017	2018
Alaotra Mangoro	2,59	4,86	4,88	7,02	64	96	96	100
Amoron'i Mania	3,07	6,48	15,89	13,26	75	96	93	100
Analamanga	3,99	6,27	4,45	4,99	89	92	98	94
Analanjirifo	3	6,01	4,31	4,84	67	81	96	93
Androy	3,17	7,41	5,52	5,59	35	67	100	100
Anosy	2,97	9,54	7,08	3,71	64	73	96	71
Atsinanana	6,26	8,68	6,09	4,84	37	81	98	100
Betsiboka	5,84	10,1	8,06	8,28	73	94	93	100
Boeny	4,99	5,72	4,67	5,45	79	95	88	90
Bongolava	2,76	4,93	3,77	4,25	100	91	100	100
Diana	3,29	8,14	7,65	7,48	55	83	89	100
Haute-Matsiatra	12,12	8,21	10,34	6,57	65	92	89	90
Ihorombe	3,98	7,75	11,38	6,30	50	83	100	83
Itasy	2,01	2,24	5,14	5,43	71	100	95	70
Melaky	4,9	10,9	7,02	5,90	13	63	67	40
Menabe	5,06	12,76	6,74	3,82	56	82	88	100
Sava	3,85	7,32	4,57	6,75	52	93	92	100
Sofia	3,41	8,38	6,21	5,37	48	85	98	94
Sud-Est	2,58	7,3	4,30	5,44	17	78	85	92
Sud-Ouest	4,64	7,48	5,88	10,61	84	83	90	95
Vakinankaratra	6,16	7,69	4,96	1,88	76	85	96	100
Vatovavy Fitovinany	3,78	4,47	4,82	3,42	38	79	88	100
Madagascar	4,45	7,14	6,02	5,64	63	85	93	94

Annexe 2 : Incidence annuelle par région de la rougeole et de la rubéole en 2016 et 2017

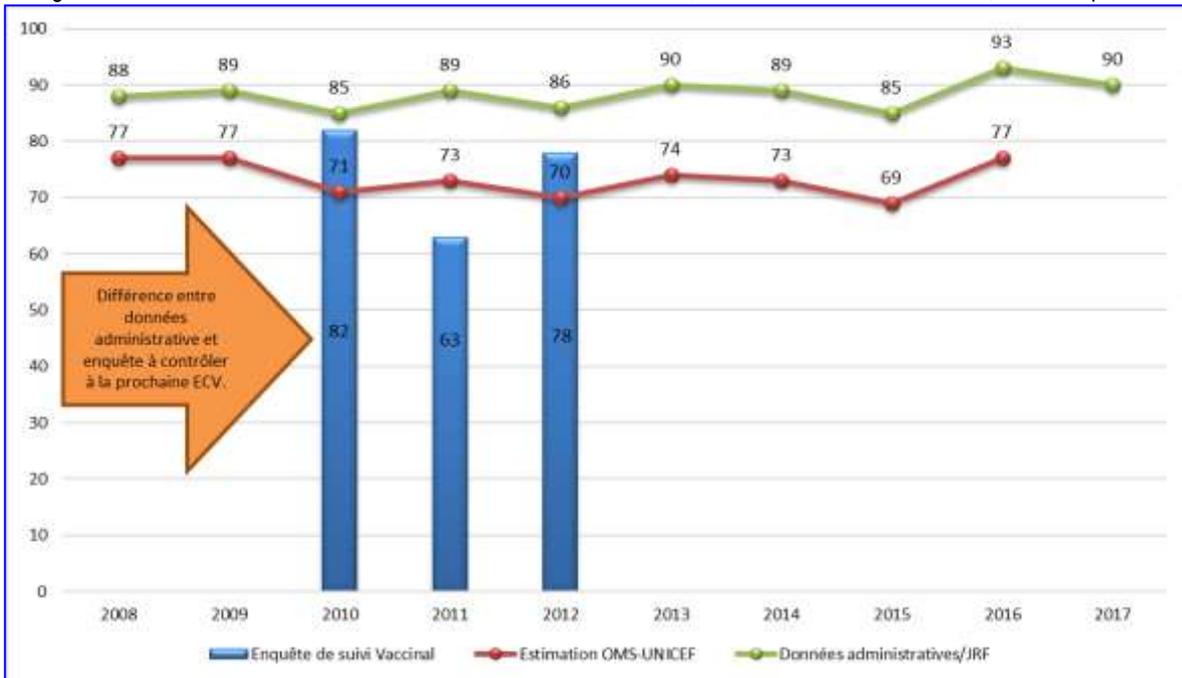
REGIONS	ANNEE 2016			ANNEE 2017		
	ROUGEOLE		RUBEOLE	ROUGEOLE		RUBEOLE
	Taux investigation non rougeoleux (≥ 2/100000 habitants)	Seuil élimination (< 1/1000000 habitants)	Seuil élimination (Norme < 1/1000000 habitants)	Taux investigation non rougeoleux (≥ 2/100000 habitants)	Seuil élimination (< 1/1000000 habitants)	Seuil élimination (Norme < 1/1000000 habitants)
ALAOIRA MANGORO	3,00	0,0	14,6	2,4	0,0	1,3
AMORONT MANIA	4,60	2,2	14,6	9,9	0,0	18,8
ANALAMANGA	3,74	0,6	13,8	1,9	0,0	6,5
ANALANJIROFO	1,97	0,0	1,5	2,3	0,0	0,7
ANDROY	2,09	0,0	0,0	2,4	0,0	4,1
ANOSY	3,64	0,0	1,3	6,4	0,0	15,4
ATSINANANA	5,42	0,0	6,2	4,1	0,0	8,2
BETSIBOKA	4,83	0,0	2,8	3,9	0,0	13,6
BOENY	2,19	0,0	0,0	1,5	0,0	5,0
BONGOLAVA	1,01	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0
DIANA	11,13	0,0	2,6	11,1	0,0	1,7
HAUTE MATSIATRA	6,58	0,0	10,7	5,0	0,0	10,9
IHOROMBE	3,78	0,0	11,6	2,7	0,0	5,8
ITASY	6,55	0,0	30,2	2,0	0,0	4,9
MELAKY	6,44	3,1	3,1	8,1	2,7	2,7
MENABE	4,31	0,0	9,1	2,5	0,0	3,7
SAVA	3,37	0,0	7,2	2,4	0,0	0,0
SOPIA	5,48	0,0	16,4	2,0	0,0	1,3
SUD-EST	3,08	0,0	6,2	2,6	0,0	6,0
SUD-OUEST	1,96	0,0	0,0	3,2	0,6	15,3
VAKINANKARATRA	3,46	0,0	7,6	2,8	0,0	4,3
VATOVAVY FITOVINANY	2,96	0,0	4,7	2,6	0,0	3,4
<b>MADAGASCAR</b>	<b>4,00</b>	<b>0,2</b>	<b>8,3</b>	<b>3,4</b>	<b>0,1</b>	<b>6,1</b>

Annexe 3 : Couverture en VAR et DTC3 de 2011 à 2017



## ✓ Consistance externe / Triangulation

Triangulation entre les données de couverture vaccinale administrative, estimations de l'OMS / Unicef, et les enquêtes.

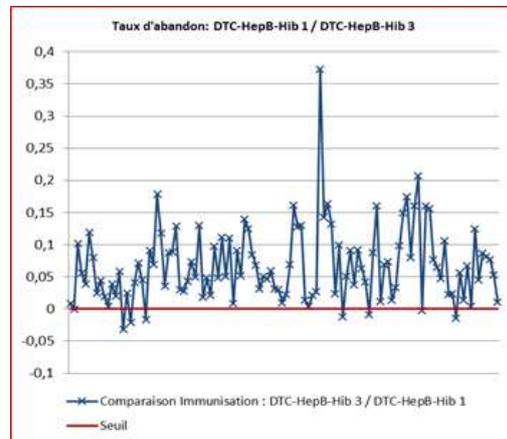


Depuis 2011, on note une différence de 16 points entre les données administratives et l'estimation de l'OMS – Unicef.

## ✓ Taux d'abandon DTC-HépB-HiB (1/3) négatif

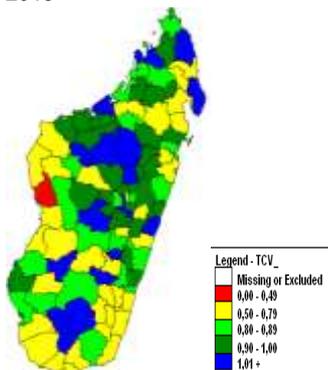
Liste des districts ayant un taux d'abandon négatif

Région	District	TAB
ANALAMANGA	ANTANANARIVO-AVARADRANO	-3%
ANALAMANGA	MANJAKANDRIANA	-2%
ANALANJIROFO	Nosy-Boraha (Sainte Marie)	-2%
MENABE	MANJA	-1%
SOFIA	ANALALAVA	-1%
VAKINANKARATRA	Antsirabe I	-1%

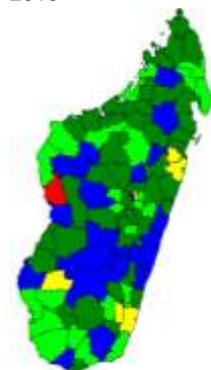


## ✓ Couverture supérieure à 100%

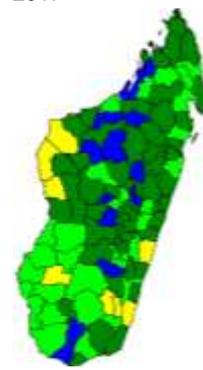
2015



2016



2017



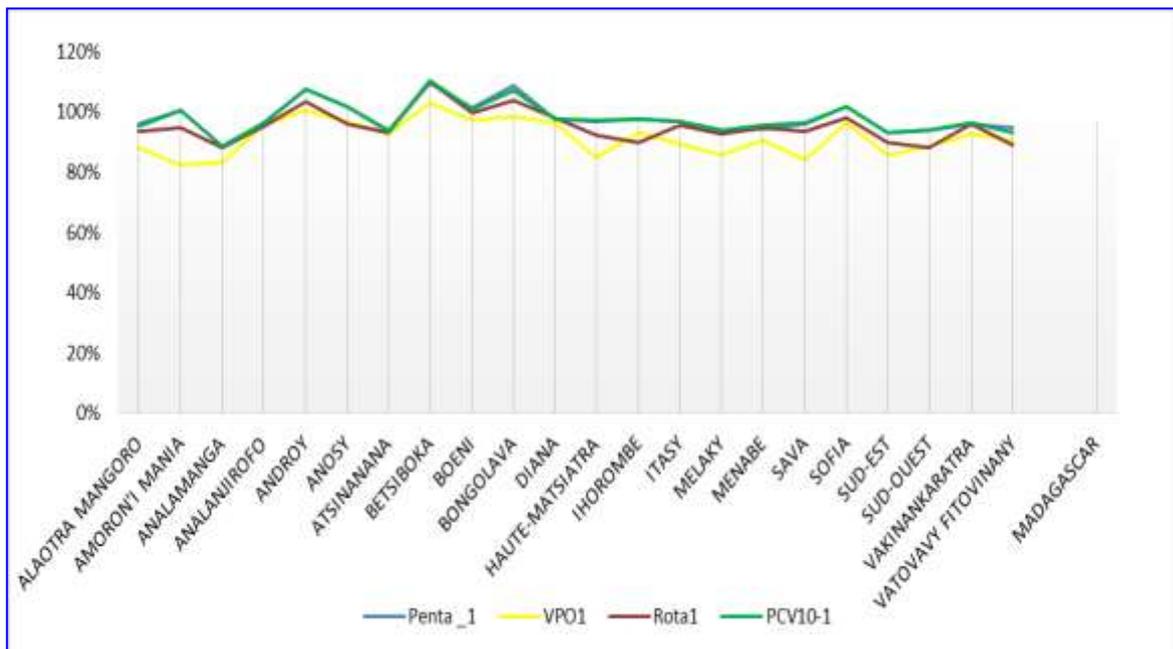
## Évaluation conjointe (JA complète)

20 Districts ont un taux de couverture supérieur à 100% en 2015

30 Districts ont un taux de couverture supérieur à 100% en 2016

14 districts ont un taux de couverture supérieur à 100% en 2017

### ✓ Comparaison entre DTChepBHib1-VPO1-Rota1-PCV10-1



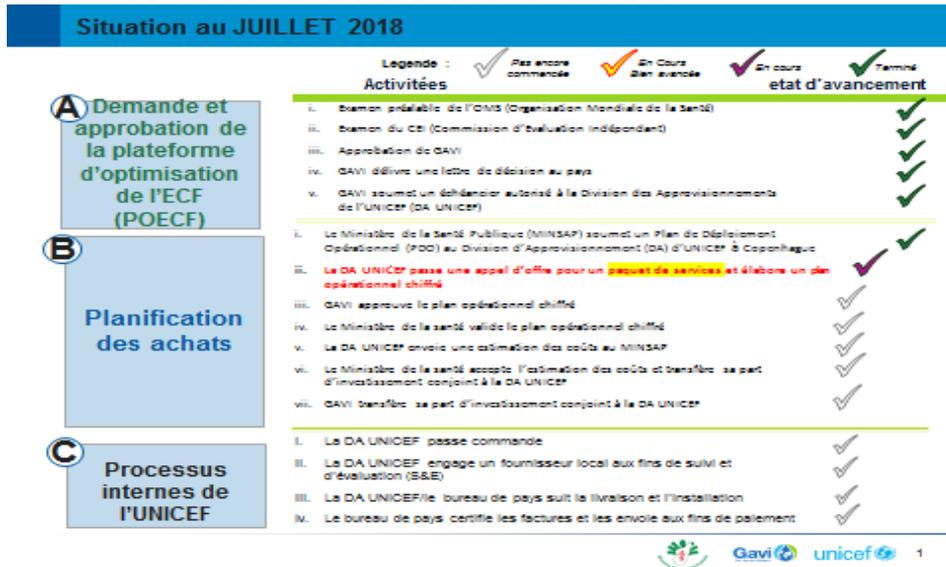
Au niveau des régions, des petites déviations sont observées entre les Antigènes qui se donnent au même moment, spécialement pour le VPO1 dans les régions de Alaotra Mangoro, Amoron'i Mania, Betsiboka, Haute-Matsiatra, Itasy, Melaky, Menabe, SAVA ;

### Annexe 4 : Goulots d'étranglement par rapport au Penta3 par région en 2017

Région	District de Santé	Couverture Vaccinale Penta3	Goulot d'étranglement
Analamanga	Antananarivo Renivohitra	69%	Non maitrise de la population en zone urbaine Zones d'accès difficile périodique du fait des inondations pouvant limiter les services et/ou d'insécurité.
Atsinanana	Toamasina I	79%	
Ihorombe	Iakora	66%	
Melaky	Antsalova	62%	
	Besalampy	73%	
	Maintirano	76%	
Sud-Est	Midongy Atsimo	59%	
	Vangaindrano	75%	
Sud-Ouest	Ankazoabo Atsimo	70%	
	Beroroaha	71%	
Vakinankaratra	Faratsiho	79%	Facteurs liés à la motivation du personnel.
Vatovavy Fitovinany	Mananjary	76%	

Les districts à faible couverture vaccinale sont à risque d'épidémie de maladies évitables par la vaccination.

Annexe 5: Niveau de réalisation du POECF au Juillet 2018



Annexe 6 : Situation des recommandations des évaluations conjointes antérieures.

Situation des recommandations antérieures (évaluations conjointes avant 2017)	
Recommandations lors de l'évaluation conjointe	État actuel au 30 Juin 2018
1. Soumettre le projet de loi sur le financement durable de la vaccination au parlement	Projet de décret d'application de la loi relative à la vaccination élaboré par la DPEV et transmis au Service de la Législation (SLRC) du MSANP pour demande d'avis technique
2. Finaliser et mettre à jour les documents de politique et de stratégie sur le financement durable de la vaccination (PPAC, Politique Nationale (PN) du PEV, PDSS)	<b>PPAC</b> : Le draft du PPAC pour la période de 2018 – 2020 est disponible. Toutefois, la validation prévue le 26 Avril 2018 par le CCIA/CCSS décisionnel n'a pas été réalisée faute de quorum. <b>PN</b> : Politique Nationale de la Santé intégrant la vaccination <b>PDSS</b> : mis à jour
3. Régulariser à temps le paiement de la contribution de l'Etat sur le cofinancement et la TVA	<b>Partiellement réalisée:</b> <b>Cofinancement</b> : En 2017 la contribution de l'Etat sur le cofinancement a été régularisée à 100%. Pour l'année 2018, il reste à régulariser 3 298 374 000 MGA soit 1 030 898,12 USD
4. Assurer la disponibilité en pétrole/cash power et des pièces de rechange ;	* <b>Allocations en Pétrole:</b> - L'Etat assure de façon prévisionnelle l'achat de pétrole pour 10 mois dont 02 mois à travers la DPEV et 08 mois sur le budget de fonctionnement des Districts. Compte tenu du changement de procédure de l'approvisionnement ; le prix unitaire est révisé à la hausse à travers l'appel d'offre par rapport à l'achat direct. Ainsi, la période effective peut être réduite à moins de 10 mois.  L'approvisionnement pour 1 mois au lieu de 3 mois à compter du mois de Décembre 2017 est assuré par GAVI/RSS2 – Activités prioritaires.  * <b>Cash Power</b> : assuré avec le budget de fonctionnement des districts en priorisant cette activité dans le respect des procédures  * <b>Pièces de rechange</b> Les pièces de rechanges disponibles sur le financement RSS1 assurent une partie des besoins pour 8 mois de Décembre 2017 au mois de Juillet 2018.

## Évaluation conjointe (JA complète)

	Les stocks disponibles en mèches couvriront les besoins jusqu'au mois d'Août 2018 et ceux des autres pièces de rechanges jusqu'au mois d'Octobre 2018.
5. Soumettre une demande de soutien pour la plateforme de la dotation en réfrigérateurs solaires (CCE plateforme) en vue d'un remplacement accéléré de la chaîne du froid selon le PPAC (assurer l'acquisition par l'Etat des 140 réfrigérateurs pour une période de 3 ans)	<p><b>CCEOP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déjà validé par le CCIA/CCSS le 30/08/2016</li> <li>- Déjà soumis à GAVI Alliance le 09/09/2016</li> <li>- Approbation officielle après la suspension du financement</li> <li>- Liste des CSB à doter en réfrigérateurs solaires validé par l'Equipe de Gestion de Projet (EGP) le 29 Mai 2018 puis envoyé à l'UNICEF Copenhague pour lancement de l'Appel d'offre.</li> </ul> <p><b>Réfrigérateurs solaires de l'Etat :</b></p> <p>En 2016, acquisition par l'Etat des 57 réfrigérateurs solaires dont 27 pour la prestation du PEV et les restes pour les kits de fidélisation des Chefs CSB.</p> <p>Pour 2017, acquisition de 30 réfrigérateurs solaires destinés pour la prestation du PEV.</p>
6. Tenir une réunion du CCIA pour décider de la suite du programme HPV	<p>Vaccins anti-HPV introduits dans le système de vaccination de routine</p> <p><b>Actions entreprises :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à l'échelle graduelle au niveau national : intégrée dans le PPAC 2018 – 2020</li> <li>- Participation de la DPEV à l'atelier régional de renforcement des capacités en matière de VPH de l'Afrique Centrale et de l'Afrique de l'Ouest organisé à SALY / MBOUR - Sénégal au mois de Février 2018</li> </ul> <p><b>Action à entreprendre :</b> Soumission de Proposal à GAVI au mois de Septembre 2018</p>
7. Suivre les recommandations de la récente évaluation indépendante de la réponse à l'épidémie de polio	<p>Acceptation du document de certification à Abuja dans la semaine de 18 juin 2018.</p> <p><b>Résultat :</b> Madagascar déclaré « Polio free »</p>
8. 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><b>Activités réalisées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité du Plan de Renforcement du système de surveillance des MEV : à mettre en œuvre tout au long de l'année</li> <li>- Redynamisation de la surveillance communautaire suite à l'atelier organisé avec les APART et les Formations Sanitaires privées au mois de Janvier 2018</li> <li>- Formation et mise en œuvre de la surveillance électronique</li> <li>- Dotation de 124 Motos pour les SDSP par OMS (24/05/2018)</li> <li>- Préparation de la documentation de la Polio free</li> <li>- Soumission de deux plans rougeole (campagne et introduction de la 2<sup>ème</sup> dose de VAR) pour demande de soutien auprès de Gavi : en attente de validation.</li> <li>- Formation sur la surveillance des MEV des 114 Points focaux de SDSP et 22 Points Focaux des Régions</li> <li>- Formation des Chefs CSB dans les 4 Districts de la Région Melaky et le District de Beroroha</li> </ul>
9. Réaliser le recensement 2016 et la DQS tous les 02 ans pour assurer l'amélioration de la qualité des données	<p><b>Réalisées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recensement</b> 2016 par les Districts Sanitaires (initiative prise par le MSANP via la DPEV : sectorisation sanitaire 2017).</li> </ul> <p>RGPH en cours par l'Institut National de la Statistique</p> <p>Dénombrement dans les 54 Districts réalisé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DQS</b> : avec le financement du RSS2 – Activités prioritaires</li> </ul>

## Évaluation conjointe (JA complète)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de la qualité du système de suivi des données (DQS) auprès des 12 districts par l'équipe centrale</li> <li>- Collecte et analyse des données (23 au 25/05/2018)</li> <li>- Elaboration du plan d'amélioration de la qualité des données prévue le mois de Juillet 2018</li> </ul>
10. 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.	<p><b>Réalisée</b> : Réallocation et budgétisation du RSS2 déjà validées par le CCIA/CCSS du 22/12/2016</p> <p>Mise en œuvre des activités prioritaires depuis le mois de Juillet 2017 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formation sur la micro-planification au niveau régional et District</li> <li>2. Dénombrement des cibles pour la vaccination par les agents communautaires</li> <li>3. Acheminement des intrants</li> <li>4. Dotation en pétrole pour 1 mois</li> <li>5. Supervision formative par l'EMAR dans les 20 régions et EMAD dans les 12 Districts</li> <li>6. Revue trimestrielle au niveau de 4 Districts</li> <li>7. Mise en œuvre de la stratégie avancée en cours dans les 11 Districts</li> </ol> <p>Revue des indicateurs qui sont à intégrer dans le cadre de performance : à réaliser selon les directives de la téléconférence en date du 03/07/2018</p>
11. Revoir avec les autorités compétentes la question des procédures et taxes douanières	<b>Réalisée</b> : Vaccins et consommables exonérés de taxe, frais de transit payés par l'Etat.
12. 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 ;	<b>Partiellement réalisée</b> : TDR mis à jour par le Comité Technique CCIA/CCSS en attente de l'Assistance Technique du Cabinet MAC KINSEY pour la finalisation
13. Assurer la liaison avec le groupe parlementaire- santé	<b>Réalisée</b> : Des rencontres avec le groupe parlementaire- santé ont été effectuées en 2017 notamment sur le décret d'application de la loi sur la vaccination, la mise en place de NITAG
14. Discuter, valider et documenter les mesures correctrices au niveau central des données périphériques et mettre en place un système de rétro-information systématique	<p><b>Réalisées</b> par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- élargissement de l'équipe d'analyse par l'implication des autres directions et partenaires pour améliorer la performance du PEV</li> <li>- harmonisation et analyse des données PEV organisées mensuellement à la DPEV</li> <li>- mise en place du système de coaching assurant les rétro-informations</li> <li>- diffusion des informations/recommandations issues des réunions d'analyse mensuelle des données des districts</li> <li>- 2017 : début de processus de l'élaboration du plan d'amélioration de la qualité des données</li> </ul>
15. Former les acteurs à tous les niveaux en leadership et management (Centraux, DRS, Médecins Inspecteurs), PEV pratique, procédures Administrative et financière	<p><b>Réalisées</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La formation sur le PEV Pratique a été réalisée pour les 54 Districts avec le financement du RSS2 – Activités prioritaires</li> <li>- Validation du manuel des procédures au niveau de l'UCP par le Comité CCIA/CCSS décisionnel</li> </ul>
<b>Situation des recommandations de l'évaluation conjointe - Juin 2017</b>	
<b>Recommandations lors de l'évaluation conjointe</b>	<b>État actuel au 30 Juin 2018</b>

## Évaluation conjointe (JA complète)

1. Prioriser l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre d'un plan d'amélioration de la qualité des données par le Ministère de la Santé Publique	<b>Réalisée</b> : avec le financement du RSS2 – Activités prioritaires <ul style="list-style-type: none"> <li>– DQS</li> <li>– Collecte et analyse des données (23 au 25/05/2018)</li> <li>– Formation sur la DVDMT (10 au 13/06/2018)</li> <li>– Elaboration du plan d'amélioration de la qualité des données prévue au mois de Juillet 2018</li> </ul>
2. Rendre fonctionnel le comité SIS pour assurer la qualité de gestion des données	<b>Réalisée</b> : Comité SIS opérationnel depuis le 17 Février 2017 et feuille de route du Comité élaborée
3. Mettre en œuvre le plan d'amélioration GEV	<b>Partiellement réalisée</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'opérationnalisation de contrôleur de température pour les chambres froides au niveau central (Multilog) ;</li> <li>- L'acquisition de 06 contrôleurs de température pour les chambres froides au niveau régional (Unilog) ;</li> <li>- La formation des techniciens en maintenance préventive et curative dans les 114 Districts ;</li> <li>- Le suivi des stocks hebdomadaires par l'utilisation des canevas électroniques.</li> </ul>
4. Renforcer la coordination des interventions des partenaires: revoir les TDRs du CCIA/CCSS, démembrement du CCIA au niveau périphérique ;	<b>Partiellement réalisée</b> : TDR mis à jour par le Comité Technique CCIA/CCSS en attente de l'Assistance Technique du Cabinet MAC KINSEY pour la finalisation
5. Faire un diagnostic organisationnel des structures de coordination	<b>Non réalisée</b>
6. Mettre en place le NITAG ;	<b>Partiellement réalisée</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Note conceptuelle élaborée</li> <li>– Plaidoyer et orientation du MSANP sur la mise en place et le fonctionnement du NITAG</li> </ul>
7. Sécuriser et prioriser le financement de vaccination	<b>Partiellement réalisée</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Régularisation à 100% du cofinancement en 2017 ; et 50% pour 2018 ;</li> <li>- Création de l'Agence Nationale pour le Fonds National de la Vaccination</li> </ul>
8. Accélérer la rédaction et l'adoption du décret d'application de la loi sur le financement de la vaccination	Projet de décret d'application de la loi relative à la vaccination élaboré par la DPEV et transmis au Service de la Législation (SLRC) du MSANP pour demande d'avis technique
9. Elaborer et mettre en œuvre le plan de transition de la Polio	<b>Non réalisée</b>
10. Mettre en œuvre du PNDRHS (plan de carrière, plan de formation, fidélisation, renforcement des effectifs ...)	<b>Partiellement réalisée</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kit de fidélisation : en attente des évaluations des mesures déjà entreprises (AFD, PASSOBA) avant vulgarisation du kit standard</li> <li>– Activités préalables effectuées sur le Plan de carrière : étude Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences (GPEEC), collecte des données, simulation des besoins en personnel</li> <li>– Politique Nationale de Formation en Santé adoptée avec des Comités de pilotage et de mise en œuvre</li> <li>– Renforcement des effectifs : intégration dans la Fonction Publique des agents de santé contractuels des Projets</li> </ul>
11. Mettre en place les Pools de formateurs au niveau décentralisé	<b>Réalisée</b> : pool de formateurs opérationnel après la formation en micro-planification des DRSP/SDSP
12. Procéder à l'imprégnation des personnels nouvellement recrutés	<b>Réalisée</b> : Formation sur les tas en PEV pratique des nouveaux recrutés

## Évaluation conjointe (JA complète)

<p>13. Collaborer avec les autres parties prenantes (forces armées, autorités locales..)</p>	<p><b>Réalisée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication aux réunions de plaidoyer et mobilisation sociale au sein de leur campement</li> <li>- Participation aux activités de sensibilisation de leurs pairs</li> <li>- Implication dans les activités inter-campagne polio : briefing et distribution d'auto collant auprès des transporteurs et commerçants</li> <li>- plaidoyer et engagement des APART, des responsables d'écoles, des animateurs et blogueurs célèbres</li> <li>- réalisation de focus groupe et causeries éducatives avec les acteurs locaux, les organisations religieuses et féminines et les groupes réfractaires</li> <li>- Implication des forces armées dans les activités de vaccination (accompagnement dans les zones enclavées/insécurité)</li> </ul>
<p>14. Améliorer la collaboration «Public – Privé» (rapportage, communication ...)</p>	<p><b>Réalisée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaboration avec les FS privées et les différents ordres professionnels de santé : implication à la réunion de plaidoyer de la région Analamanga dans le cadre de FAV 12</li> <li>- Réunion avec les FS privées de la ville d'Antananarivo dans le cadre de pré-campagne FAV 12 : contribution sur la réalisation de la vaccination et le rapportage des activités (RMA)</li> </ul> <p><b>Non réalisé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaidoyer auprès des secteurs privés pour le financement de la vaccination</li> </ul>
<p>15. Prioriser les zones enclavées pour l'affectation des Agents nouvellement recrutés avec signature d'engagement</p>	<p>Les affectations des agents se font en fonction des besoins des SDSP en priorisant les zones enclavées et éloignées</p>
<p>16. Vulgariser les documents PNSC et le guide PAC révisé</p>	<p><b>Réalisée :</b> vulgarisation des documents PNSC dans les 22 régions</p> <p><b>Partiellement réalisée :</b> guide PAC mis à jour mais en attente de validation</p>
<p>17. Mettre en œuvre les stratégies urbaines et ACE</p>	<p><b>Réalisée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide et outils de micro planification au niveau des CSB urbains validés</li> <li>- Formation des 15 CSB publics de la grande ville d'Antananarivo en micro planification (19 au 21/06/2018)</li> </ul>
<p>18. Emettre les besoins en Assistance Technique selon les besoins du Ministère</p>	<p><b>Réalisée</b></p>

### Annexe 7 : Recommandations issues de l'évaluation conjointe

Domaines	Recommandations
<p>1. Ressources humaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaidoyer au sein du Ministère pour créer le poste de logisticien de Santé</li> <li>- Faire un plaidoyer au sein du Ministère de la Santé pour stabiliser les personnes formées</li> <li>- Elaborer les TDR du sous-comité logistique DPEV</li> <li>- Renforcer les capacités des ResPev dans le suivi des stocks et la supervision</li> <li>- Assurer la formation en cascade du personnel en logistique du PEV en utilisant les services du Centre Logivac</li> </ul>
<p>2. Suivi d'utilisation des vaccins par niveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la supervision formative</li> <li>- Doter en matériel informatique</li> </ul>

## Évaluation conjointe (JA complète)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre disponible le budget pour la multiplication des outils de gestion des vaccins</li> <li>- Rendre disponible le canevas d'analyse</li> <li>- Rendre disponible le fond sécurisé de l'Etat pour l'envoi des vaccins</li> <li>- Mettre en œuvre le PON pour le PEV</li> <li>- Elaborer et mettre en œuvre un calendrier périodique d'inventaire</li> </ul>
3. Chaîne d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redéfinir le système de distribution des vaccins par une analyse approfondie des coûts-efficacité</li> <li>- Installer des générateurs solaires pour les Régions Melaky et Androy</li> <li>- Doter le dépôt des régions en véhicule 4X4</li> <li>- Affecter un personnel formé</li> <li>- Délocaliser le dépôt de la DPEV</li> <li>- Evaluer la fiabilité de s'intégrer au système d'approvisionnement de SALAMA afin de résoudre le problème de faible capacité de stockage des intrants secs s'avèrent nécessaire.</li> </ul>
4. Planification des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser trimestriellement la revue du plan d'amélioration</li> <li>- Organiser une auto-GEV</li> </ul>
5. Equipements de la chaîne de froid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaidoyer auprès du Ministère de la Santé pour l'achat des pétroles</li> <li>- Etudier la possibilité de renforcement interne (stage au secteur privé) pour améliorer la compétence des 14 techniciens sur la prise en charge des chambres froides</li> <li>- Accélérer le processus du CCEOP et déblocage du RSS2</li> <li>- Elaborer un plan de maintenance des équipements froids</li> <li>- Elaborer une politique nationale de maintenance des équipements biomédicaux au niveau du Ministère de la Santé</li> <li>- Rechercher de fonds (Etat, reliquat RSS1) pour l'achat des extincteurs</li> <li>- Délocaliser la chambre froide d'Anosy vers Fianarantsoa</li> </ul>

## Annexe 8 Situation financières des activités prioritaires au 25/07/2018

**SITUATION BUDGETAIRE DES ACTIVITES PRIORITAIRES**

Situation au : 25/07/2018

Activités	Budget Initial	Budget réaménagé (A)	Exécution des activités				Reliquat des fonds (E = A-B-C)
			Total montant décaissé	Dépenses validées (B)	Dépenses en attente de vérification / validation / justification ('C)	Dépenses non validées (inéligibles) (D)	
Act 1.2.4.11 : Former les (128) EMAR/EMAD en Micro planification au niveau Régions	254	20	702	401	644	657	-
Act 1.2.4.12 : Former et développer le micro plan des chefs CSB au SDSP et Formation des agents de santé sur la gestion des vaccins (PEV pratique) (686 chefs CSB)	902	44	064	424	217	423	727
Activité 1.2.4.4: Atteindre les cibles par stratégie avancée		43	405	369	036	-	536
Act 1.2.4.52 : Mener des supervisions formatives au niveau SDSP par l'EMAR	154	10	292,76	430	203	659	659
Act 1.2.4.53 : Mener des supervisions formatives au niveau CSB par l'EMAD	126	10	398	858	540	-	854

**Évaluation conjointe (JA complète)**

<b>Act 1.2.4.51</b> : Mener des supervisions formatives au niveau SDSP par l'Equipe centrale			13	13			13							
	886		246		-	246		-	640					
<b>Act 1.2.4.32</b> : Fonctionnement de la chaine du froid, Dotation en pétrole (4 mois)	675	25	448	16	430	17	160	15	565	1	705	-	277	
<b>Act 1.2.4.31</b> : Assurer la disponibilité des intrants (vaccins, consommables)	143	3	304	3	340	3	475	2	760		106		69	
<b>Act 1.2.4.13</b> : Déterminer les cibles par Fokontany (recensement/dénombrement par l'utilisation du registre communautaire)	180	229	578	225	092	227	896	188	957	29	239	8	725	6
<b>Activité 3.1.1</b> : Former les responsables des Districts et Régions (SIG et PEV) sur logiciel PEV (DVD-MT) et de l'utilisation du GESIS intégré, et effectuer le suivi formatif			988	56	164	49		-	164	49		-	824	7
<b>Act 3.1.5</b> : Revue trimestrielle des Districts	135	62	707	54	236	13	313	10	923	2		-	471	41
<b>Act 3,1.3.1</b> : Doter en Outil de Gestion les responsables PEV et les prestataires à tous les niveaux (Carte infantile, Carte maternelle, registre de vaccination, registre de pointage, manuel UDD	890	179	743	68	305	49	305	49		-			438	19
<b>Activité 3.3.3</b> : Elaborer le DQRC (data quality report card) bulletin annuel de qualité des données			203	17	391	12		12		-	12		824	4
<b>TOTAL DES ACTIVITES</b>	<b>459</b>	<b>599</b>	<b>787</b>	<b>585</b>	<b>065</b>	<b>508</b>	<b>009</b>	<b>347</b>	<b>256</b>	<b>148</b>	<b>800</b>	<b>12</b>	<b>522</b>	<b>90</b>

## Évaluation conjointe (JA complète)

<b>Management Cost</b> : Salaire, Frais médicaux, Supervision/ Suivi sur l'utilisation des fonds et l'effectivité des activités : par le Central , les régions	586	28	258	42	523	41	614	37	910	3	734			
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>045</b>	<b>628</b>	<b>045</b>	<b>628</b>	<b>588</b>	<b>549</b>	<b>622</b>	<b>384</b>	<b>166</b>	<b>152</b>	<b>800</b>	<b>12</b>	<b>257</b>	<b>91</b>
							<b>61,24%</b>	<b>24,23%</b>	<b>2,04%</b>		<b>14,53%</b>			

<b>Taux de décaissement :</b>	<b>87,51%</b>
<b>Taux de justification :</b>	<b>74,98%</b>

Le calcul du taux de justification est basé sur les pièces justificatives reçues au niveau de l'UCP par rapport aux fonds débloqués

### LISTE DES ACRONYMES

AC	Agent Communautaire
ACD	Atteindre Chaque District
ACE	Atteindre Chaque Enfant
AF	Agence Fiscale
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
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

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
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
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
GESIS	Gestion du Système d'Information Sanitaire
GRH	Gestion des Ressources Humaines
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.
LRR	Laboratoire Régional de Référence
MAPI	Manifestation Adverse Post-Immunization
MBP	Méningite Bactérienne Pédiatrique
MEV	Maladie Evitable par la Vaccination
MSANP	Ministère de la Santé Publique
NITAG	National Immunization Technical Adversory
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
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
POECF	Plateforme d'Optimisation des Equipements de la Chaîne de Froid
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
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
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