

**REPOBLIKAN' I MADAGASIKARA**  
**Tanindrazana – Fahafahana – Fandrosoana**

-----  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DU**  
**PLANNING FAMILIAL**

-----  
**SECRETARIAT GENERAL**

-----  
**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE**

-----  
**DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L' ENFANT**

-----  
**SERVICE DE LA VACCINATION**

**PLAN PLURIANNUEL COMPLET**  
**PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

**2010 - 2014**

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX .....	4
LISTE DES FIGURES .....	5
LISTE DES ACRONYMES .....	6
INTRODUCTION .....	8
CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	12
ANALYSE DE LA SITUATION PAR INITIATIVE DE CONTROLE ACCELEREE DES MALADIES BASEES SUR LES DONNEES DES ANNEES PRECEDENTES (2006-2008) : .....	20
ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV DE ROUTINE PAR COMPOSANTE DU SYSTEME SUR LA BASE DES DONNEES DES ANNEES PRECEDENTES :.	22
RECOMMANDATIONS CLES DES EVALUATIONS, ETUDES ET ESTIMATIONS ANTERIEURES :.....	28
OPPORTUNITES : .....	34
OBJECTIFS POUR LA PERIODE 2010-2014 .....	35
PRIORITES STRATEGIQUES 2010-2014 .....	42
STRATEGIES 2010-2014 :.....	43
STRATEGIES ET ACTIVITES PAR COMPOSANTE DU SYSTEME PEV 2010-2014 :.....	48
CADRAGE DES ACTIVITES SELON GIVS 2010-2014 :.....	54
CALENDRIER DES ACTIVITES 2010-2014 :.....	61
ESTIMATION DES COUTS DU PROGRAMME :.....	68
ECARTS FINANCIERS ET INDICATEURS AVEC LES VACCINS PNEUMOCOQUE ET ROTAVIRUS EN USD :.....	71
ELEMENTS DES COUTS NON FINANCES ET COMPOSITION DES ECARTS FINANCIERS POUR LA VACCINATION AVEC LE PNEUMOCOQUE ET ROTAVIRUS (COUTS SPECIFIQUES UNIQUEMENT :.....	73
ANALYSE DE LA CHAINE DU FROID) :.....	80
DONNEES DE BASE ISSUE DU PPAC ET DU PLAN D'INTRODUCTION	80

QUANTITES DES VACCINS ET VOLUME REQUIS PAR ANNEE	81
LA CHAINE DU FROID DU NIVEAU CENTRAL	82
RESPONSABILITES DES PARTENAIRES DU PEV	84
SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE	86
PLAN D'ACTION 2010	87
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	94

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau1: Analyse de la situation pour l'initiative de contrôle accéléré des maladies, basée sur les données des années précédentes 2006-2009 (Janvier-Juin 2009) .....	20
Tableau 2 : Analyse de la situation du PEV de routine par composantes du système sur la base des données des années précédentes .....	22
Tableau 3 : recommandations clés des évaluations, études et estimations antérieures .....	28
Tableau 4: Objectifs Nationaux et repères, buts régionaux et mondiaux .....	36
Tableau 5: stratégies et activités par composante du système PEV 2010-2014 .....	48
Tableau 5A : Prestation de services et gestion du programme .....	48
Tableau 5 B : Plaidoyer et communication .....	50
Tableau 5 C: Surveillance des maladies cibles du PEV .....	51
Tableau 5 D : Fourniture, qualité et logistique des vaccins .....	52
Tableau 6 : Utilisation du cadre GIVS comme liste de contrôle .....	54
Tableau 7: Chronogramme des activités .....	61
Tableau 8 Tendance des coûts en 2008 .....	68
Tableau 9: Ecart financiers et indicateurs avec les vaccins pneumocoques et rotavirus en USD .....	71
Tableau 10 Eléments des Coûts Non Financés et Composition des Écart Financiers pour la vaccination avec les pneumocoques et rotavirus .....	73
Tableau 11 Analyse de la Viabilité Financière .....	74
Tableau 12 : Cofinancement des vaccins contre Pneumocoque par le pays .....	75
Tableau 13 : Cofinancement des vaccins anti Rotavirus par le pays .....	75
Tableau 14 : Objectifs du programme pour 2010 – 2014(routine) .....	80
Tableau 15 : Objectifs du programme pour 2010 – 2014 (activités supplémentaires) ...	81
Tableau 16 : Quantités et volume des vaccins par année de planification .....	81
Tableau 17 : Volume de stockage de la chaîne du froid, niveau central .....	82
Tableau 18 : Besoins en ressources futures en USD .....	83
Tableau 19: Plan de travail annuel .....	87

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Evolution de la couverture vaccinale complète des enfants de 12 à 23 mois à Madagascar de 1992 à 2003.....	16
Figure 2 : Profil des coûts du programme de vaccination de l'année 2008 .....	69
Figure 3 : Evolution des besoins par ressources.....	69
Figure 4 : Evolution des coûts par stratégie .....	70
Figure 5 : Composition des écarts financiers .....	73

## **LISTE DES ACRONYMES**

ACD	Atteindre Chaque District
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
CCIA	Comité de Coordination Inter Agences
CDC	Center of Diseases Control
CSB	Centre de Santé de Base
DRSPF	Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DTC	Diphtérie – Tétanos – Coqueluche (vaccin)
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPM	Enquête Périodique auprès des Ménages
FAR	Femmes en Age de Reproduction
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIVS	Global Immunization Vision and Strategy
Hep B	Hépatite du type B (vaccin)
IEC	Information, Education, Communication
IFP	Institut de Formation des Paramédicaux
INSPC	Institut National de Santé Publique et Communautaire
INSTAT	Institut National des Statistiques
Hib	Haemophilus Influenzae de type b (infection ou vaccin)
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MAPI	Manifestations Post-vaccinales Indésirables
MLM	Middle Level Management
MSPF	Ministère de la Santé et du Planning Familial
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet du PEV
PPPS	Premier Périmé, Première Sortie
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RNDH	Rapport National sur le Développement Humain
SAB	Seringue Autobloquante
SISG	Système d'Information Sanitaire pour la Gestion
SSD	Service de Santé de District
SSME	Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant
TCV	Taux de Couverture Vaccinale
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti-Tétanique
VDPV	Virus Dérivé du Polio Virus
VPO3	Vaccin Polio Oral (3 <sup>ème</sup> administration)

## **INTRODUCTION**

Depuis des décennies, Madagascar s'est attelé à améliorer les conditions de vie de sa population, notamment les mères et les enfants. En 2000, en adhérant à la résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), il s'est engagé d'ici 2015 dans la lutte pour la réduction de la pauvreté. Cet engagement a été renforcé par sa participation active à la vingt-septième session extraordinaire consacrée aux enfants de l'Assemblée Générale des Nations Unies, en 2002.

En 1976, le Gouvernement de Madagascar, en collaboration avec ses partenaires a instauré le Programme Elargi de Vaccination. En plus de la vaccination de routine des enfants de moins de 5 ans contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la tuberculose, les prestations ont été renforcées en 1982, par l'introduction du vaccin antipoliomyélitique chez les enfants et du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes. En 1985, les activités de vaccination ont été complétées par la mise en route de la vaccination anti-rougeoleuse chez les enfants, suivie plus tard par l'introduction du vaccin contre l'hépatite B (2002).

Entre 1988 et 1990, le PEV a connu une phase d'accélération dans le sens structurelle qui a permis d'intégrer les activités de vaccination dans les activités de routine de toute formation sanitaire du pays en tant que composante des soins de santé primaire. Le vaccin contre l'hépatite B a été introduit en 2002. Dans le cadre de l'assurance de la sécurité des injections, l'utilisation des seringues autobloquantes est devenue effective. En 2008, le vaccin contre l'hémophilus influenzae B est introduit sous forme de pentavalent (DTCHepB+Hib).

Concernant le secteur de la santé, environ 60% de la population ont accès à une formation sanitaire à moins de 5 km. Le taux d'utilisation de centre de santé varie de 40% à 50%. A Madagascar les ménages sont exposés à de nombreux risques qui menacent les familles vulnérables. De ce fait, la santé de la mère fait partie des priorités du Ministère de la Santé et du Planning Familial. La plupart des programmes sanitaires prennent en compte la santé de la mère en particulier au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Une progression lente des indicateurs en matière de mortalité maternelle et néonatale a été observée: le taux de mortalité maternelle est passé de 488 à 469 pour 100.000 naissances vivantes de 1997 à 2003 (EDSII-EDSIII). Le taux de mortalité néonatale est passé de 40 à 32 pour 1000 naissances vivantes (EDSII-EDSIII)

La santé maternelle demeure une préoccupation à Madagascar. Moins de la moitié des femmes enceintes (40%) effectuent en moyenne quatre visites de consultation prénatale alors que 10% des grossesses attendues présentent des risques. Concernant les accouchements; 51% sont assistés par un personnel qualifié dont 32% dans les formations sanitaires. La couverture vaccinale en VAT2 et plus a augmenté de 39.77% à 44.50% (ECV 2008).

Selon les statistiques recueillies entre 1999 et 2005, le taux de mortalité infantile a diminué significativement. Ainsi, entre 1992 et 2005 le taux de mortalité infantile est passé de 102‰ à 58‰, soit une baisse de 43,5 points. Ce résultat provient des activités relatives à la vaccination, à la promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif, à la supplémentation en Vitamine A, à la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et à la mise en place des centres de récupération nutritionnelle. La mortalité infantile présente un taux élevé en milieu rural (76‰) par rapport au milieu urbain (43‰). L'EDS 2003-2004 indique une variation allant de 53‰ à 90‰.

La mortalité infanto-juvénile a également connu une diminution notable grâce aux interventions relatives à la santé de l'enfant. Entre 1992 et 2004, elle a varié de 162,6‰ à 94‰, soit une baisse de 68,6 points.

La première cause de morbidité vue en consultation était l'Infection Respiratoire Aigue (IRA) (34.2%) (PDSSP 2007). En 2002, les cas de rougeole étaient de 13 281 et les cas compliqués 273, les décès y afférent étaient de 13. Une diminution drastique de la morbidité due à la rougeole a été constaté après la campagne de vaccination contre la rougeole (Campagne de rattrapage HIAKA 2004, et Campagne de suivi en 2007). Deux cas de rougeole ont été confirmés en 2008. Le dernier cas de poliomyélite à virus sauvage datait de 1997. Après les 3 séries de JNV organisées en 1997, 1998, 1999, Madagascar n'a plus enregistré aucun cas de poliovirus sauvage.

La tuberculose reste endémique à Madagascar, les nouveaux cas dépistés se situent autour de 65% à 71% des 20 000 cas suspects par an, au cours des années 2002 à 2004.

La plupart des maladies causant la mortalité infanto-juvénile est évitable par la vaccination. Les données rapportées par les enquêtes de couverture vaccinale respectives en 2003 et 2008 sont les suivantes:

- BCG : 71.80% et 81%, DTCHepB 1 : 71.30% et 92%, DTCHepB3 : 61.40 et 88%,
- VAR : 59 % et 81 %, VPO : 61.40 % à 88%, VAT2 et plus : 39.77% et 44.50%.

Afin de renforcer et d'optimiser les effets de la vaccination sur la survie de l'enfant et les autres cibles, L'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF ont conjointement conçu le projet « la vaccination dans le monde : vision et stratégie » pour la période 2006-2015, lequel vise à maintenir la couverture vaccinale à son taux actuel (ou l'accroître), mettre les services de vaccination à la portée de ceux qui n'en bénéficient pas actuellement et de classe d'âge autre que les nourrissons, adopter de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies, et à associer la vaccination à d'autres interventions sanitaires et au développement du secteur sanitaire en général<sup>1</sup>. Cette conception de la vaccination nécessiterait le renforcement de la surveillance des maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV), du suivi et de l'évaluation du programme de vaccination, ainsi que de la gestion orientée vers la qualité du programme fondée sur des données solides et fiables. Cette nouvelle vision de la vaccination est jugée être l'approche la mieux adaptée à la situation de la République de Madagascar qui en a fait partie intégrante de son Plan de

---

<sup>1</sup> OMS/UNICEF, Cinquante-huitième Assemblée Mondiale de la Santé, A58/12, 28 avril 2005.

Développement du Secteur Sanitaire 2007 – 2011, dont la mise en œuvre implique l'existence d'un Plan d'action adéquat du domaine de la vaccination.

Parmi les objectifs nationaux que Madagascar s'est assignés pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement, dans son Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté<sup>2</sup>, y figurent ceux relatifs à la promotion de la survie de la mère et de l'enfant. Notamment, ils concernent la réduction de 2/3 du taux de mortalité infanto juvénile (OMD n°4) et de 3/4 le taux de mortalité maternelle (OMD n°5) par rapport à leur niveau de 1990, par la vaccination complète des enfants de moins d'un an, soit une couverture d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts sanitaires (WHA 53.12).

Ce programme, conformément à la vision de la Région Africaine<sup>3</sup> vise l'amélioration de la santé des enfants par la lutte contre les maladies évitables par la vaccination et plus particulièrement : l'éradication de la poliomyélite, le contrôle de la rougeole, l'élimination du tétanos néonatal, dans un contexte de renforcement du système de santé. Les services de vaccination et de surveillance des maladies cibles couvrent toute l'étendue du pays.

En effet, pour la Région Africaine, les objectifs du PEV pour la période 2006-2009 découlent de son plan stratégique en vue d'accélérer les efforts pour l'éradication de la poliomyélite, le contrôle/l'élimination de la rougeole, l'élimination du tétanos néonatal et le contrôle de la fièvre jaune, ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies appropriées dans les programmes nationaux de vaccination<sup>4</sup>. Il s'agira spécifiquement :

- en terme de vaccination de routine d'augmenter la couverture en DTC3 à 90% au niveau national et à 80% dans tous les districts sanitaires dans 80% des pays de la région
- pour la surveillance des maladies cibles du PEV d'éliminer les cas de paralysies flasques aiguës dues au virus du poliomyélite, de réduire à 90% les cas de rougeole, à 80% les cas de fièvre jaune, d'éliminer le tétanos néonatal et maternel dans 80% des pays de la région
- d'intégrer les activités de vaccination dans les interventions de survie de l'enfant dans 80% des pays de la région
- dans le domaine de l'appui au système PEV d'utiliser équitablement des seringues autobloquantes ou des seringues sécurisées dans tous les pays de la région
- d'introduire le vaccin contre l'hépatite B dans tous les pays et le vaccin contre l'haemophilus influenzae type b dans 80% des pays de la région.

---

<sup>2</sup> DSRP, version juillet 2003 et version mise à jour, 2005.

<sup>3</sup> DDC, WHO/AFRO, Vision and Objectives 2001-2005, <http://www.afro.who.int/ddc/vpd/index.html>.

<sup>4</sup> Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, Strategic plan 2006-2009, 14<sup>th</sup> TFI Meeting and 13<sup>th</sup> ARICC Meeting, Maputo, WHO/AFRO, 27-29 novembre 2006.

Le présent document représente le Plan Pluriannuel Complet du Programme Elargi de Vaccination mis à jour du PPAC de 2007-2011, et ce pour la période 2010- 2014 et a été élaboré en collaboration avec les différents Ministères du Gouvernement, notamment les Ministère de la Santé et du Planning Familial, Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget, avec l'appui de plusieurs partenaires en l'occurrence l'UNICEF, l'OMS, etc.... Etant donné sa vision multidimensionnelle et sa longue durée de vie, la mise au point de ce plan facilitera la coordination adéquate et l'exécution intégrée des activités de vaccination comme l'une des interventions primordiales pour le développement général du pays. Sa mise en œuvre garantira sûrement non seulement l'accroissement des performances du Programme Elargi de vaccination, mais aussi le développement et la pérennité des autres programmes sanitaires en particulier ceux concourant à l'amélioration de la santé de la mère et de la survie de l'enfant. Les problèmes dus à l'existence de nombreux plans d'action et surtout aux disparités des contenus entre les plans stratégiques du développement global du pays et ceux de nombreux plans d'actions circonstanciels du Programme Elargi de Vaccination seront résolus par son alignement sur le Plan de Développement du Secteur Sanitaire.

Des nouveaux vaccins tels que les vaccins contre les pneumocoques, les diarrhées dues au rotavirus sont disponibles .L'OMS a ainsi recommandé aux pays en développement d'inclure ces vaccins dans leurs programmes de vaccination afin de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité dues aux pneumonies dues aux pneumocoques et aux maladies diarrhéiques

De même, les partenaires tels que GAVI ont pu mobiliser des ressources additionnelles requises pour l'introduction de ces nouveaux vaccins. D'autres partenaires : UNICEF et JICA ont aussi apporté leur appui dans l'augmentation de la capacité de stockage de vaccins, nécessaire pour la conservation de ces nouveaux vaccins

Par ailleurs les activités de vaccination sont déjà intégrées avec d'autres activités pour la survie de l'enfant telles que La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau clinique et communautaires visant essentiellement le paludisme, les Infections Respiratoires Aigües , les diarrhées et la malnutrition

Le Gouvernement de Madagascar s'étant engagé à la réduction de la mortalité infanto-juvénile à l'instar des autres pays du monde d'ici 2015, a ainsi accepté de contribuer au co-financement des vaccins .

C'est dans ce contexte que ce Plan Pluri Annuel PEV 2010-2014 a été mis à jour.

## **CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

Madagascar, quatrième île du monde avec une superficie de 581.041 km<sup>2</sup> est située dans l'hémisphère sud, dans l'Océan Indien et séparé de l'Afrique par le canal de Mozambique par sa côte ouest. Administrativement, il est subdivisé en 22 régions, 115 districts, 1597 communes et 17 222 fokontany. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,8%<sup>5</sup>, la population est estimée en 2008 à 20 530 142 habitants, dont les 3,53% représentent les enfants de moins de 12 mois, les 18% les enfants de moins de 5 ans, les 48% les moins de 15 ans et les 23,4% les femmes en âge de reproduction<sup>6</sup>. La population de 2008 a été réajustée pour 15 districts qui ont accusé un taux de couverture vaccinale de plus de 100%. Ce réajustement a été pris du recensement issu de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (microplanification).

Madagascar, demeure parmi les plus pauvres du monde, avec 72,1% de la population vivant avec moins d'un dollar par jour en 2004 contre 69,6% en 2001<sup>7</sup>, affectant pour la majorité les ménages en milieu rural. Selon l'indice de développement humain en 2002, le pays occupait le 147<sup>e</sup> rang parmi 173 pays les plus pauvres du monde.<sup>8</sup> Le taux de croissance économique n'a pas toujours suivi la croissance démographique de 2,8%, ce qui a entraîné un appauvrissement de la population touchant plus particulièrement les femmes et les enfants au cours des deux dernières décennies.

La densité moyenne de 21 habitants/km<sup>2</sup>, est très inégale à travers le territoire avec des zones très faiblement peuplées à côté des zones à peuplement concentré. 62habitans/km<sup>2</sup> dans la province d'Antananarivo contre 9 seulement dans celle de Mahajanga

En 2009, la population totale est estimée à 21 104 956 avec 745 006 naissances vivantes. La mortalité chez les enfants de moins de 5 ans présente une disparité énorme suivant les conditions d'existence des familles (142‰ de mortalité infanto-juvénile dans les ménages les plus pauvres contre 50‰ dans les ménages les plus riches) ou encore le lieu de résidence (120‰ en milieu rural contre 73‰ en milieu urbain). Des maladies justiciables de la prévention par la vaccination telles que: la rougeole, la poliomyélite, le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, la tuberculose, l'hépatite B, l'Haemophilus Influenzae, les pneumonies, les diarrhées etc., jouent un rôle important dans leur survenue. Ceci est lié entre autres aux faibles taux de couverture vaccinale (53% des enfants étaient complètement vaccinés en 2003-2004) et l'introduction tardive ou la non introduction des nouveaux vaccins tels ceux contre l'hépatite B et l'Haemophilus Influenzae, les pneumocoques, les vaccins contre les rotavirus dans le PEV de routine. Entre 2002 et 2008, selon les données de routine, les taux de couverture en DTC Hep B3 étaient passés respectivement de 62% à 87,80%, ceux du VPO3 de 61% à 89,40%, tandis que les taux de couverture en VAR étaient de l'ordre de 61% puis 90,87%). En terme de mortalité, la pneumonie est la première cause chez les enfants de moins de 5 ans (22%), le paludisme à 20%, les diarrhées à 17% avec comme cause sous jacente, la malnutrition à 35% (Lancet maternal and child Nutrition

<sup>5</sup> Estimation à partir du Recensement Général de la Population et de l'Habitat, INSTAT, 1993.

<sup>6</sup> Estimation selon l'Enquête Démographique et de Santé, INSTAT/Macro ORC, 2003-2004.

<sup>7</sup> EPM, 2001, 2004.

<sup>8</sup> RNDH, 2002.

Series 2008. Pour la mortalité attribuable à la rougeole, seuls des cas compliqués vus en milieu hospitalier (Centres hospitaliers de district, Centres hospitaliers de référence au niveau régional) ont été rapportés, avec des taux de mortalité allant de 4,85% en 2000 à 9% en 2004<sup>9</sup>. Depuis 2007, aucun cas de rougeole confirmé n'a été rapporté. Or, plusieurs études ont montré qu'une couverture vaccinale complète de 80% de tous les enfants avant leur premier anniversaire permettrait une réduction jusqu'à 25% du taux de mortalité infanto-juvénile.

Le système sanitaire, de structure pyramidale et épousant la division administrative décentralisée du pays est composé:

1. au niveau central par les directions centrales et services centraux du Ministère de la Santé et du Planning Familial ;

2. au niveau intermédiaire par 22 directions régionales de la santé et du planning familial ou DRSPF, 111 Services de la Santé de District, 2 Centres Hospitaliers Universitaires situés à Antananarivo et Mahajanga, 20 Centres Hospitaliers de référence Régionaux, 140 Centres Hospitaliers de Districts dont 106 CHD publics (73 CHD1 et 33 CHD2) et 34 CHD privés (12 CHD1 et 22CHD2). Cette situation évoque une disparité importante en matière de ressources pour les CHRR et constitue le principal problème de la régionalisation.

Les CHD du secteur privé ne sont pas complémentaires aux structures publiques si on considère l'accessibilité financière, la disparité géographique et la fourniture de soins.

3. au niveau périphérique par 111 districts sanitaires ou Services de Santé de District, représentant l'unité opérationnelle du système de santé national et englobant 3026 formations sanitaires publics et privés<sup>10</sup>.

En ce qui concerne l'accessibilité aux points de prestation de premier contact, selon les données de l'EDS 2003-2004, 2 femmes sur cinq (41%) parmi les enquêtées n'ont pas accès aux soins de santé pour des raisons d'éloignement des centres de santé, et le problème touche plus celles vivant en milieu rural (45%) qu'en milieu urbain (29%)

Dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, le programme élargi de vaccination à Madagascar a comme objectifs :

- D'ici 2011, atteindre une couverture nationale de 95% en DTCHépB3 Hib3 et maintenir ce TCV à au moins 95% jusqu'en 2014 (situation en 2008 : Taux de couverture national en DTC HépB3Hib3 =88 %).
- D'ici 2011, 100% des districts auront une couverture en DTCHépB3 Hib3 > ou = 80% (Objectif national en 2010 : DTC HépB3 Hib3 = 95 % des districts)
- D'ici 2011, réduire le taux d'abandon à moins de 10% dans au moins 80% des districts
- D'ici 2011, introduire et atteindre un taux de couverture vaccinale de 95% pour les vaccins contre les pneumocoques

---

<sup>9</sup> MSPF/UNICEF, Annuaires statistiques du secteur santé, 2000, 2004.

<sup>10</sup> MSPF, SISG, 2005.

- D'ici 2013, introduire et atteindre un taux de couverture vaccinale de 85% et augmenter à 90% pour les vaccins contre les rotavirus
- D'ici 2014, accroître les performances de la surveillance des maladies (rougeole, TMN, Hib, Pneumocoques, Rotavirus, etc)
- D'ici 2010, Interrompre la transmission de la poliomyélite,
- D'ici 2010, éliminer le TMN.

Pour la période 2010-2011, en corollaire avec les programmes retenus dans le cadre des dépenses à moyen terme du secteur santé (CDMT) de la même période, la Politique Générale de l'Etat et la nouvelle Politique Nationale de Santé et le Plan de Développement du Secteur de la Santé et de la Protection Sociale (PDSSP) le Ministère de la Santé et du Planning Familial a défini parmi les sept priorités du programme santé<sup>11</sup> :

- d'accroître l'accès aux services de santé par l'extension de la couverture des populations desservies ; la disponibilité des médicaments et autres consommables et la mise en œuvre des actions complémentaires, telles l'hygiène et l'assainissement
- d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant par le renforcement des interventions en matière de maternité sans risque, de vaccination et de santé scolaire
- de lutter contre les maladies transmissibles surtout les maladies endémo-épidémiques, les infections sexuellement transmissibles et le SIDA.

Des progrès ont été certes accomplis, à travers diverses stratégies orientées vers la qualité et la performance du programme de vaccination, quoique évoluant dans un environnement instable et dont les plus défavorables étaient les crises politiques de 2002 et 2009. Nous pouvons citer entre autres,

**\*en terme de planification et de gestion des activités de vaccination** : l'élaboration et l'application de la nouvelle Politique PEV en (1998)<sup>12</sup> et sa mise à jour en 2009

la fonctionnalité du CCIA , la disponibilité et l'utilisation de plan pluri-annuel national et de Plan de Travail Annuel intégré à tous les niveaux du système de santé, le renforcement et l'utilisation de système d'information pour la gestion (SIG) informatisé au niveau national, régional(22 régions) , et périphérique (111 SSD), la gestion régulière de la complétude et de la promptitude des rapports d'activités et des pertes de vaccins, la disponibilité de système pour la déclaration des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI), la disponibilité de plan d'achat des vaccins et des matériels vaccinaux , l'actualisation et la mise en œuvre du plan de réhabilitation de la chaîne de froid au niveau national, la disponibilité de politique nationale de la gestion des déchets et de la sécurité des injections (dont la mise en œuvre se fera en collaboration avec le Service d'Assainissement et Génie Sanitaire du Ministère de la Santé et du Planning Familial) et de guide pour la surveillance des maladies cibles du PEV,

**-dans le domaine des prestations de services** : l'intégration des activités de vaccination dans le paquet minimum des activités des centres de santé de base ou CSB , la réalisation du plan de relance du PEV (2003-2004) et 2009, la mise en œuvre de la stratégie « Atteindre Chaque District » ou ACD dans les districts sanitaires pour le renforcement du PEV de

<sup>11</sup> MSPF, Cadre de Dépenses à Moyen Terme, 2006 – 2008.

<sup>12</sup> MSPF, Plan de Viabilité Financière du PEV, Madagascar, mars 2004.

routine (90% d'entre eux), le renforcement des compétences du personnel responsable du PEV en management (Middle Level Management ou MLM) à tous les niveaux du système de santé et l'introduction du cursus dans les modules de formation des instituts de santé publique et de formation des paramédicaux (INSPC, IFP, Faculté de Médecine)<sup>13</sup>, la mise en place et le renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV, l'existence de la politique nationale de santé communautaire (14 bis) ainsi que le plan de communication national et l'organisation de séances d'IEC aux CSB et dans les communautés . Il existe également un plan stratégique de la PCIME Communautaire (2007 )

\* **Concernant la logistique PEV** , les efforts suivants ont été déployés pour améliorer la gestion des vaccins et de la chaîne du froid : le renforcement de la capacité des responsables à tous les niveaux, la disponibilité et l'application correcte du plan d'approvisionnement en vaccins et équipements de vaccination (diluants, compte-gouttes, matériels d'injection) au niveau national<sup>14</sup>, la maintenance régulière avec l'inventaire annuel de la chaîne du froid , le suivi et l'évaluation de la gestion des vaccins et de la chaîne du froid( VMA depuis 2005) . En 2008, avec la dotation en équipements froid, la couverture effective de chaîne de froid dans les services de prestations à tous les niveaux atteignait les 90% avec un volume de stockage et une capacité de conservation suffisants.

\***Dans le cadre du suivi et de l'évaluation du programme**, la base de données informatisée est fonctionnelle et permet de disposer des informations sur l'état de stock des vaccins et intrants. Les revues externes du PEV et de la surveillance des maladies effectuées régulièrement (revue externe, en août 2006, évaluation externe de la mise en œuvre de l'approche ACD en juillet 2007 et revue externe de la surveillance en novembre 2008) ont permis de mesurer nos performances et de les améliorer selon les recommandations<sup>15</sup>,

\***en terme de financement du programme** : l'augmentation de la participation du Gouvernement à l'achat des vaccins qui s'élevait en 2005 à 359.305 USD, représentant les 13% du coût total en vaccins excluant les nouveaux vaccins et ceux destinés pour les campagnes, avec une projection de progression de l'apport de l'Etat passant à 25% de la totalité des dépenses en vaccins en 2011, incluant sa participation à l'achat des nouveaux vaccins, soit un accroissement annuel moyen de 2 points de pourcentage.<sup>16</sup>

Concernant la performance du programme, depuis les années 90 jusqu'en 2001, la couverture vaccinale complète chez les enfants de 12 à 23 mois évoluait à la baisse. Au lendemain de la crise politique qui sévissait dans le pays en 2002 et qui a eu des répercussions négatives sur l'état de santé de la population, la relance du programme de vaccination a été plus que dynamique. Le Gouvernement a fait des investissements

---

<sup>13</sup> République de Madagascar/MSPF, Plan stratégique pour la survie de l'enfant 2006-2010 - Atelier de préparation du plan pluri-annuel complet 2007-2011, Analyse FFOM, Vah'iny, septembre 2006.

<sup>14</sup> République de Madagascar/MSPF, Plan stratégique pour la survie de l'enfant 2006-2010

<sup>15</sup> MSPF, DSF/SV, Rapport annuel d'activités, 2005 - Revue externe du PEV, Madagascar, rapport provisoire, août 2006.

<sup>16</sup> MSPF, Plan de Viabilité Financière, 2003 – 2013.

conséquents en ressources humaines et financières pour organiser des campagnes nationales de renforcement de la couverture vaccinale contre la poliomyélite en 2002, contre la rougeole en 2004 (HIAKA) et en 2007, l'introduction d'un nouveau vaccin en 2002 (vaccin anti-hépatite B) et en 2008 (vaccin Hib). La campagne menée pour le contrôle de la rougeole a pu couvrir les 95% de la population de 9 mois à 14 ans des 111 districts sanitaires. La campagne de vaccination anti-rougeoleuse de suivi en 2007 a pu aussi couvrir plus de 99% de la population de 9 mois à 59 mois

En 2005, une campagne de vaccination contre la poliomyélite a été menée au niveau de 27 districts ciblés de la province de Toliara après la découverte de cas de virus dérivés du poliovirus ou VDPV dans lesdits districts. Au cours de la même période, l'approche « Relance PEV 100 jours » a donné un résultat satisfaisant sur la couverture vaccinale en DTC HepB3 qui était de l'ordre de 92%.



Source : MSPF. Plan de Viabilité Financière. 2004

Pour le tétanos maternel et néo-natal des activités de vaccination supplémentaires (AVS) pour les femmes en âge de reproduction (FAR) dans 19 districts à haut risque classés de priorité 1 ont été réalisées en 2005, 2006, selon le protocole OMS d'administration du vaccin. Ainsi, lors des trois passages entre octobre 2005 et juin 2006, on a pu assurer respectivement la vaccination de 70% des FAR au premier passage, 71% lors du second passage et 78% des FAR au cours du troisième passage<sup>17</sup>, soit au total, un taux de protection des femmes à 75%<sup>18</sup>. En 2007 et 2008, 23 districts à haut risque de priorité 2 ont fait l'objet du même programme avec un taux de protection des femmes à 80% en 2007 et à 65% en 2008. Madagascar est ainsi candidat à la validation de l'élimination du tétanos néo-natal en 2010

Les taux de PFA non polio durant ces cinq dernières années étaient tous supérieurs à « 1 ». Ainsi de 2004 à 2008, ces taux étaient respectivement de 1,47 ; 2,27 ; 2,28 ; 2,15 et 1,98. Des efforts ont été déployés pour que les prélèvements soient adéquats. Les taux d'adéquation des prélèvements s'étaient améliorés d'année en année : de 85% en 2004, il est passé à 90,16% en 2008

Eu regard à la surveillance épidémiologique des maladies prioritaires du PEV, les comités nationaux de confinement, d'experts, ou encore de certification sont opérationnels et un plan de surveillance à tous les niveaux du système de santé est disponible. Dans le domaine de la surveillance des cas de PFA, un laboratoire accrédité

Indicateurs de performance de surveillance des cas de PFA en 2008	
• Échantillons prélevés dans les 14 jours:	90 %
• Cas enquêtés dans les 48 heures:	91 %.
• Échantillons envoyés dans les 72 heures:	58 %
• Échantillons adéquats:	90%

<sup>17</sup> MSPF, DSF/SV, Rapport sur les AVS pour l'élimination TMN, octobre-novembre 2005.  
<sup>18</sup> Femmes ayant reçu VAT 2 + selon les données de leur carnet de santé.

dans la surveillance biologique des cas de PFA et des cas suspects de rougeole est fonctionnel au niveau national, au niveau de l'Institut Pasteur de Madagascar. Le rapport sur la revue trimestrielle des activités de vaccination 2008 mentionne la notification de 434 cas suspects de rougeole contre 460 cas suspects en 2005<sup>19</sup>, et aucun cas de rougeole n'a été détecté sur l'ensemble de cas suspects examinés biologiquement. Par ailleurs, 183 cas de PFA non polio sur 105 attendus ont été détectés contre 167 cas en 2005, soit un taux de 1,98 pour 100.000 enfants de moins de cinq ans contre 1,8% en 2005<sup>20</sup>. Dans le cadre de l'élimination du tétanos maternel et néonatal, aucun district n'a rapporté plus d'un cas pour 1000 naissances vivantes depuis 2002. En 2008, 11 notifications de cas de tétanos ont été rapportées

En dépit des performances de la surveillance PFA, Madagascar n'a pas été déclaré exempté de la circulation de poliovirus sauvage pour cinq principales raisons qui sont :

- le non respect du format /canevas (rapport jugé volumineux)
- la non-conformité de la classification des cas (cas classés compatibles avant la classification virologique)
- diagnostics erronés des cas rejetés
- Nombre importants de districts silencieux pendant plus de trois ans
- L'application limitée des recommandations de la revue externe de 2006 (catégorisation des sites de surveillance)

Ainsi le maintien d'un taux élevé de couverture vaccinale contre la poliomyélite et la rougeole chez les enfants et contre le tétanos maternel et infantile, le renforcement du système de surveillance des nouveaux cas de paralysie flasque aiguë, de cas de rougeole et de tétanos s'avèrent primordiaux pour permettre au pays d'aller à la rencontre des objectifs mondiaux auxquels il a souscrit (éradication de la poliomyélite, contrôle de la rougeole, et élimination du tétanos maternel et néonatal).

Des efforts importants restent encore à fournir pour avoir un Programme de vaccination efficace. En effet, les résultats obtenus en matière de vaccination ou de surveillance épidémiologique des maladies prioritaires du PEV méritent d'être renforcés. On peut citer entre autres les besoins en:

- renforcement du système de suivi et évaluation de la gestion des activités de vaccination, incluant le renforcement des capacités gestionnaires des responsables et personnel affecté aux activités de vaccination (Plan stratégique pour la survie de l'enfant, OS 2), les supervisions formatives, la surveillance active des maladies cibles du PEV basée sur la performance, l'exploitation et l'utilisation des données, le suivi des achats et de la distribution des vaccins, la gestion des stocks de vaccins et des intrants, le plan de maintenance et de réhabilitation de la chaîne de froid, le plan de gestion des déchets<sup>21</sup>
- amélioration de la mobilisation, de l'allocation et de la répartition des ressources financières et matérielles en fonction des besoins à différents niveaux de prestations de services

---

<sup>19</sup> Les 460 cas suspects ont été notifiés par 12% des districts sanitaires.

<sup>20</sup> MSPF, DSF/SV, Rapport annuel d'activités, 2005 – Rapport sur la revue trimestrielle PEV, Hôtel Panorama, avril 2006. rapport sur la revue semestrielle, 2008 et 2009

<sup>21</sup> MSPF, DSF/SV, Rapport annuel d'activités, 2005 – Rapport sur la revue trimestrielle PEV, Hôtel Panorama, avril 2006.

- augmentation de l'accès aux services de vaccination de routine de qualité, orienté sur les populations marginalisés ou vivant dans les zones enclavées et sur la recherche active des populations cibles perdues de vue (stratégies mobile et avancée), et intégrés avec les activités de survie de l'enfant (rattrapage)
- implication des communautés (plan stratégique pour la survie de l'enfant, OS 3), des ONG et de la société civile dans l'opérationnalité du système de santé décentralisé pour la promotion des activités de vaccination et l'efficacité de leur participation active dans la surveillance active des maladies prioritaires du PEV, dans le cadre de la promotion des activités intégrées de santé (application de la contractualisation).

Le programme devrait ainsi : assurer une adéquation des activités de vaccination aux besoins des populations vulnérables ; renforcer l'accès aux services de vaccination de routine par toutes les populations, en particulier celles vivant dans les zones enclavées et les groupes défavorisés.

<b>Besoins en chaîne de froid par type d'équipement et par niveau du système de santé de 2007 à 2011</b>					
	Central	DRSPF	SSD	CSB	Total
Cold boxes	6	136	0	0	<b>142</b>
Réfrigérateurs/congérateurs SIBIR V170KE	0	124	0	1601	<b>1725</b>
Réfrigérateurs/congérateurs SIBIR V240KE	6	0	289	121	<b>416</b>
Réfrigérateurs/congérateurs Vestafrost			2	986	<b>988</b>
Réfrigérateurs/congérateurs Zero (electric)	0	0	29	0	<b>29</b>
Porte vaccins	0	0	0	63	<b>63</b>
Large Vaccine Carrier (G)	0	0	0	450	<b>450</b>
Large Vaccine Carrier (H)	0	0	0	1729	<b>1729</b>

Il devrait en outre garantir les approvisionnements réguliers en vaccins, la sécurité des injections, la disponibilité et la fonctionnalité de la chaîne de froid; instaurer des mesures d'amélioration de la mobilisation, de la répartition et de l'utilisation des ressources ; améliorer la qualité des données sur la vaccination et la surveillance épidémiologique des maladies et leur utilisation pour des prises de décision et actions .

Par ailleurs, ce programme devrait prévoir de renforcer le système de santé sur la gestion du programme de vaccination (formations, supervisions formatives, suivi et évaluation) et sur l'intégration de ce dernier avec les autres interventions sanitaires pour l'amélioration des qualité et performance des services et sa pérennisation ; ainsi que d'augmenter la participation communautaire dans la promotion de la vaccination et la surveillance des maladies cibles du PEV ;.

Un partenariat solide s'est instauré entre le Ministère de la Santé et du Planning Familial et les agences internationales en appui au développement sanitaire, en l'occurrence l'UNICEF, l'OMS, l'USAID, JICA, la Banque Mondiale, Rotary International, GAVI, l'Institut Pasteur de Madagascar, Centre of Diseases Control Atlanta... dans le but de contribuer au bien-être des enfants malagasy par la réduction de la mortalité de ces derniers. L'appui du Global Alliance for Vaccines and Immunizations ou GAVI a été et demeure une

opportunité pour renforcer les stratégies de vaccination, ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins, tels les vaccins anti-hépatite B, contre l'Heamophilus influenzae b, les vaccins contre le pneumocoque et les rotavirus l'intégration des activités de vaccination dans les autres interventions des Services de Santé de la Mère et de l'Enfant, le renforcement du système de santé et la décentralisation du Comité de Coordination Inter-Agences ou CCIA au niveau des régions.

**Tableau 1: Analyse de la situation pour l'initiative de contrôle accéléré des maladies, basée sur les données des années précédentes 2006-2009**

Système composante	Indicateurs	NATIONAL							
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ( Janv -Juin) Complétude et Promptitude 89%
Polio	Couverture en VPO3	60,80%	85,80%	79,30%	87,40%	92,03%	94,98%	89,5%	71%
	Taux de PFA non polio pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	0,8	1,9	1,5	2,1	2,1	2	2,1	1,12
	Ampleur : Journées Nationales de Vaccination/Journées Locales de Vaccination	JNV 2/an 109 % et 116%			JNV 2/an 107,3% et 103,9%	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT
TMN	Couverture en VAT2 et plus	34,80%	49,10%	S	47,10%	46,00%	57,23%	63,77%	45%
	Nombre de districts qui rapportent >1 cas pour 1000 Naissances Vivantes	0	0	0	0	0	0	2	0
	Nombre de cas notifiés				17	27	10	11	1

TMN	Y a-t-il une Activité de Vaccination Supplémentaire (Oui/Non)	Non	Non	Non	Oui (2/an)	Oui	Oui	Oui	Non
					68% et 73,7%	Femmes protégées : 49,21%	Femmes protégées : 80%	Femmes protégées : 65,09%	Néant
<b>Rougeole</b>	Couverture de la rougeole	61,40%	85,90%	98,10%	83,80%	84,00%	96,87%	90,96%	71%
	Nombre d'épidémies signalées	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nombre de cas suspects notifiés				460	210	179	434	138
	Proportion de districts notifiant des cas suspects de rougeole				12%	35%	41%	67%	37%
	Ampleur :Journée Nationale de Vaccination/Vaccin Anti Rougeoleuse			HIAKA	Néant	Néant	Campagne	Néant	Néant
	Tranche d'âge			9 mois à 15 ans révolus			9 à 59 mois révolus		
Couverture			99%			102%			

**Tableau 2: Analyse de la situation du PEV de routine par composantes du système sur la base des données des années précédentes**

Composantes du système	Indicateurs	National							
		2002	2003	2004	2005,0	2006	2007	2008	2009 (Janv Juin) Complétude et Promptitude 89%
Couverture de routine	Couverture en DTC3	62,00%	86,90%	74,80%	0,9	93,40%	94,90%	87,90%	72%
	% de districts avec > ou = à 80% de couverture	22,50%	34,20%	40,50%	0,7	80%	84%	78%	40%
	Taux national d'abandon DTC1-DTC3 >10%	18%	12%	13%	0,0				
		(relance PEV: recherche active)				6,28%	9,10%	13,24%	10%
	Pourcentage de districts ayant un taux d'abandon DTC1-DTC3 >10%	12%	34%	68%	0,4	41%	44%	59,46%	27,90%
Nouveaux vaccins	Couverture Hib B3 ( cf DTC)							52,00%	72%
	Couverture Hép B3 ( cf DTC)	62,00%	86,90%	74,80%	0,9	93,40%	94,93%	87,90%	72%
Surveillance de routine	% de rapports de surveillance reçus au niveau national des districts par rapport au nombre de rapports attendus	ND	45%	57%	0,4				
						39%	51%	57%	29%

Chaîne de froid/ logistique	Pourcentage de districts ayant un nombre suffisant de matériels de chaîne de froid fonctionnel		73%	80%	0,9				
						92%	92%	92%	92%
Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts ayant reçu un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour toutes les vaccinations de routine	88%	92%	83%	1,0				
						100%	100%	100%	100%
Fourniture de vaccins	Y a-t-il eu une rupture de stock au niveau national pendant l'année dernière ?	O	N	N	N				
						Oui		Oui	Oui
	Si oui, préciser la durée	1 mois				1mois		45jours, 1mois, 15jour	1mois
	Si oui, préciser quels antigènes							BCG	
	VPO							DTChepB	
	BCG					BCG DTChepB		VAR	BCG

<b>Perte des vaccins</b>		DTC :13,8%	DTC :12%	VPO : 14%	DTC: 10,5%	VPO : 10%	VPO :12 %	VPO : 12%	VPO : 24%
				DTCHépB :11%		DTCHépB :8%	DTCHépB :8%	DTCHépB :0 %	DTCHépB Hib: 2%
				BCG : 42%		BCG : 39%	BCG : 40%	BCG : 41%	BCG : 43%
				VAR : 18%		VAR : 27%	VAR : 58%	VAR : 55%	VAR : 28%
				VAT : 36%		VAT : 49%	VAT : 49%	VAT : 47%	VAT : 34%
<b>Communication</b>	Disponibilité d'un plan O/N					Oui ( intégré dans le plan de secteur de santé)	Oui ( intégré dans le plan de secteur de santé)	Oui ( intégré dans le plan de secteur de santé)	Oui ( intégré dans le plan de secteur de santé)
	Pourcentage de districts ayant un plan de communication PEV					Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
	Pourcentage des responsables d'enfants moins de 1ans connaissant l'importance de la vaccination					EDS 2003-2004 SSME 2006	SSME 2007	ECV 2008 SSME 2008	SSME Avril 2009 95%

<b>Viabilité financière</b>	Quel pourcentage des dépenses totales pour la vaccination de routine est financé par le Gouvernement excluant les financements externes publics					13,27%	26%	12%	Non disponible
<b>Gestion du programme</b>	Des séries d'indicateurs sont-elles collectées régulièrement au niveau central ( O/N)					Oui	Oui	Oui	Oui
	Pourcentage des districts ayant un microplans					100%	100%	100%	100%
<b>Etude et recherche</b>	Nombre d'études sur les vaccins menées ou en cours					Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
<b>Autorités Nationales de Régulation</b>	Nombre d'activités effectuées					16	16	16	8
<b>CCIA National</b>	Nombre de réunions tenues durant l'année					4	4	5	8 (CCIA technique) 1 (CCIA sénior)

<b>Disponibilité des ressources humaines</b>	Pourcentage de régions et districts pourvus de Responsables PEV					100%	100%	100%	100%
<b>Disponibilité des ressources humaines</b>	Pourcentage de centres de santé ayant au moins un vaccinateur					100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de temps consacré à la vaccination de routine pour un vaccinateur					25%	25%	25%	25%
	Nombre de vaccinateurs / 10000 habitants					0,66	0,65	0,71	0,73
	Pourcentage des districts ayant un superviseurs disposant d'un moyen de transport					85%	80%	75%	70%
<b>Gestion des déchets</b>	Disponibilité d'un plan de gestion des déchets					Oui	Oui	Oui	Oui
	Suivi de gestion des déchets générés par les vaccins au niveau national (O/N)					Oui	Oui	Oui	Oui

<b>Intégration avec d'autres interventions de santé</b>	Les services de vaccination sont ils systématiquement intégrés avec d'autres interventions (paludisme, nutrition, santé de l'enfant etc)?					Oui	Oui	Oui	Oui
---	---	--	--	--	--	-----	-----	-----	-----

<b>Efficiéce du programme</b>	Promptitude de déblocage des fonds vers les districts et centres de santé					Non	Non	Non	Non
<b>Activités de vaccination à l'Ecole</b>	Age	Antigenes	Couverture 2006	Couverture 2007	Couverture 2008				
	Non applicables	Non applicables	Non applicables	Non applicables	Non applicables				

**Tableau 3 RECOMMANDATIONS CLES DES EVALUATIONS, ETUDES ET ESTIMATIONS ANTERIEURES**

Intitulé et année	Recommandations principales	Objectifs requis pour le nouveau plan
<p><b>2007 : Evaluation externe de l'approche ACD en juillet 2007</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tenir compte des 5 composantes de l'approche ACD et impliquer la communauté dans le processus de planification au niveau des districts et CSB</li>   <li>▪ Mise en place d'un système de gestion intégrée de différents financements</li>   <li>▪ Formation de tout le personnel impliqué dans les activités de vaccination (technique de communication et mobilisation sociale)</li>   <li>▪ Amélioration de la répartition des ressources (réfrigérateurs, moyens transport pour les stratégies avancées et mobiles)</li>   <li>▪ Renforcement de la supervision formative et intégrée des agents de santé au niveau des districts et CSB</li>   <li>▪ Renforcement des stratégies avancées et mobiles</li>   <li>▪ Utilisation des données collectées mensuellement pour actions correctrices</li>   <li>▪ Utilisation correcte des bacs à fiches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire le plaidoyer auprès des autorités locales pour une participation effective de la communauté dans la gestion et la mise en œuvre des activités de vaccination</li> <li>- Renforcer la recherche active par les mobilisateurs (approche ACD)</li>   <li>- Former les responsables à tous les niveaux sur la gestion financière.</li>   <li>- Effectuer des supervisions formatives et des échanges entre les SSD pendant les revues formatives</li> <li>- Former les responsables et le personnel affecté aux activités de vaccination</li>   <li>- Effectuer un inventaire annuel des matériels PEV</li> <li>- Plaidoyer pour une mobilisation de ressources supplémentaires</li>   <li>- Réviser la grille de supervision intégrée</li>   <li>- Former les responsables sur l'utilisation des outils de gestion et la gestion du PEV niveau moyen/MLM : Middle level Management : courbe, fiche de pointage ...)</li> </ul>

Intitulé et année	Recommandations principales	Objectifs requis pour le nouveau plan
<p><b>2007 :</b>  <b>Evaluation de la gestion des vaccins à Madagascar (Vaccina management Assessment ou VMA) en novembre 2007</b></p>	<p><b>Pour tous les niveaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respect du plan de distribution des vaccins</li> <li>▪ Application des normes pour la gestion et le renforcement des connaissances des agents</li> <li>▪ Meilleure gestion des achats et de l’approvisionnement en pièces détachées de base pour la chaîne du froid</li> <li>▪ Meilleure gestion de l’information sur les équipements de la chaîne du froid et gestion du renouvellement des appareils</li> </ul> <p><b>Pour les niveaux intermédiaire et périphérique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capitalisation des bonnes pratiques de la gestion du PEV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place un système de suivi des stocks des vaccins et des intrants</li> <li>▪ Mettre en œuvre le plan de distribution des vaccins et autres intrants</li> <li>▪ Plaidoyer pour la mise à disposition des ressources pour l’approvisionnement en pièces détachées de la chaîne du froid district.</li> <li>▪ Assurer le suivi de la disponibilité effective de l’aide mémoire et manuel de référence de la logistique du PEV et outils de gestion à tous les niveaux</li> <li>▪ Renforcer l’appui par l’approche coach et la fonctionnalité du système de supervision formative pour l’encadrement et la formation des responsables PEV de régions afin de développer leur capacité</li> </ul>

Intitulé et année	Recommandations principales	Objectifs requis pour le nouveau plan
<p><b>2008 : Enquête nationale de couverture vaccinale en février 2008</b></p>	<p><i><b>Pour le Ministère de la santé et du Planning Familial</b></i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition d'une politique nationale claire en rapport avec l'intégration des activités en matière de continuité de la santé du couple mère enfant car les informations prénatales et les services de consultations post natales sont toujours nécessaires</li> </ul> <p><i><b>Pour le Programme Elargi de Vaccination</b></i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui des districts pour la planification des activités avancées de vaccination dans les aires d'accès difficile</li> <li>- Développement et mise en œuvre des interventions clés en rapport avec les raisons d'échec de vaccination complète des enfants et des femmes</li> </ul> <p><i><b>Pour les partenaires membres du CCIA</b></i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration du mécanisme d'identification des enfants perdus de vue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre à jour la politique nationale PEV et le guide PEV selon les nouvelles approches stratégiques.</li> <li>▪ Effectuer la mise à l'échelle de l'approche « ACD »</li> <li>▪ Impliquer la communauté dans la gestion du PEV</li> <li>▪ Tenir des réunions régulières du CCIA</li> </ul>

Intitulé et année	Recommandations principales	Objectifs requis pour le nouveau plan
<p><b>2008 :</b>  <b>Evaluation de la gestion des vaccins (VMA) en Novembre 2008</b></p>	<p><i>Pour le niveau central et intermédiaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui technique continu des responsables</li> <li>- Elaboration et mise en œuvre du plan de maintenance</li> <li>- Suivi de la distribution et de l'utilisation des matériels</li> <li>- Maintien de la performance du système de distribution.</li> </ul> <p><i>Au niveau CSB</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion des vaccins (estimation des besoins, commande et suivi des stocks)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Former les nouveaux responsables PEV des régions, des districts et périphériques en gestion des vaccins et maintenance froid.</li> <li>▪ Elaborer et distribuer un canevas de plan de maintenance</li> <li>▪ Effectuer des supervisions formatives.</li> <li>▪ Doter le niveau central en équipements homologués par l'OMS</li> <li>▪ Maîtriser l'utilisation des outils de gestion logistique PEV disponible.</li> <li>▪ Maîtriser et utiliser le Manuel de procédure logistique PEV.</li> </ul>

<p><b>2008 : Revue externe de la surveillance des maladies, en particuliers la Paralysie Flasque Aigüe</b></p>	<p><i>Pour le niveau central</i>  *Renforcement de la coordination, du suivi/évaluation</p> <p>*Appui logistique et financier</p> <p><i>Pour le niveau régional</i>  *Renforcement des capacités techniques</p> <p>*Coordination, suivi et évaluation</p> <p>*Appui logistique</p> <p><i>Pour le niveau District</i>  * Renforcement des capacités techniques</p>	<p>-Actualiser les guides de surveillance à tous les niveaux</p> <p>-Appuyer les Points Focaux des régions dans la formation des points focaux des districts, des formations sanitaires et des cliniciens</p> <p>-Intégrer les éléments clef de la surveillance dans les canevas de supervision</p> <p>-Elaborer des termes de référence pour la coordination de la Surveillance Intégrée au niveau central</p> <p>-Assurer un feedback régulier à toutes les Régions sur la complétude, la promptitude des rapports et l'analyser des performances de surveillance</p> <p>-Organiser des missions de validation des cas de PFA</p> <p>-Assurer la mise à disposition des fonds de surveillance dans les régions et districts à temps et assurer le suivi de l'utilisation des fonds</p> <p>-Elaborer un plan d'équipement et de réhabilitation des moyens de transport et de communication</p> <p>-Planifier et mettre en œuvre les visites de supervision et transmettre les rapports de supervision dans un délai de deux semaines</p> <p>-Prendre les dispositions pour l'actualisation des sites de surveillance active,  -Valider les cas de PFA notifiés et investigués par les districts de santé</p> <p>-Rendre disponibles les kits au niveau des Districts</p> <p>-Rendre disponibles dans toutes les Formations Sanitaires les outils techniques standards sur la définition des cas et les procédures de gestion des cas (affiches, posters, documents plastifiés, etc.)</p>
--	---	---

	<p>*Coordination, suivi et évaluation</p> <p>*Surveillance à base communautaire</p> <p><b>Partenaires</b> *Appui financier</p>	<p>-Former et impliquer les points focaux et cliniciens des formations sanitaires dans l'investigation des cas</p> <p>-Actualiser la liste des sites de surveillance active avec les Points Focaux régionaux et transmettre la liste en prenant en compte les Formations Sanitaires privées, confessionnelles et les tradipraticiens</p> <p>-Planifier et mettre en œuvre toutes les visites de surveillance active</p> <p>-Impliquer les agents de santé communautaires dans la recherche active des cas</p> <p>-établir un système de rapportage</p> <p>-Contribuer au financement des activités de surveillance</p> <p>-Contribuer au financement au plan d'équipement et de réhabilitation des moyens de communication et de transport</p>
--	--	--

## OPPORTUNITES

L'expansion future du PEV bénéficie de plusieurs opportunités, à savoir :

- La multiplication des initiatives mondiales pour le soutien, la redynamisation et le renforcement des programmes de vaccination, à travers des alliances et synergies d'actions, telles : l'initiative de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI en anglais) avec le Fonds Mondial pour la Vaccination dans le but d'enrayer le déclin et de développer la couverture vaccinale des enfants dans les pays en développement ; ou encore le projet conjoint de stratégie mondiale de vaccination conçu par l'OMS et l'UNICEF sur « la vaccination dans le monde : Vision et Stratégies » pour 2006-2015 (GIVS) ;
- L'engagement politique au plus haut niveau dans le pays pour la santé publique en général et pour le PEV en particulier,; la participation effective du Gouvernement à la mise en œuvre du programme PEV tels l'achat des vaccins, du pétrole pour le fonctionnement de la chaîne de froid (Plan de Viabilité Financière 2003-2013 ; Cadre des Dépenses à Moyen Terme 2006-2008,et 2009-2011, Plan de Développement du Secteur Santé 2007-2011) ; la mise en place au niveau national d'une politique de recouvrement de coûts dans le système de santé dans le cadre de la participation financière des usagers ;
- L'existence d'un environnement politique favorable à la mise en œuvre des programmes de vaccination de qualité et à large impact, notamment : la décentralisation du système de santé au niveau des régions et des districts sanitaires pour un meilleur suivi des réalisations des activités et une rationalisation de l'utilisation des ressources, la disponibilité de documents de politiques pour la gestion des programmes de vaccination (politique nationale PEV, politique nationale sur la sécurité des injections et de la gestion des déchets, ...), l'opérationnalisation d'une structure de concertation sur le PEV au niveau national (CCIA) entre les partenaires au développement sanitaire et le Ministère de la Santé et du Planning Familial;
- L'adoption de stratégies de mise en œuvre performantes et de qualité : l'expérimentation de l'approche « Atteindre Chaque District » et sa potentialité à être mise à l'échelle sur l'ensemble du territoire national, la promotion de l'approche « Kaominina Mendrika » où l'un des critères majeurs pour devenir « championne » est la couverture vaccinale élevée, la disponibilité de ressources humaines compétentes pour les prestations de services et la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV de qualité à tous les niveaux, la couverture effective en chaîne de froid au niveau national, régional et district, l'implication des communautés de base dans les activités de mobilisation sociale (mobilisateurs et agents communautaires, ONG) pour l'amélioration de la couverture vaccinale dans les zones difficiles d'accès (stratégies mobiles, stratégies avancées, surveillance active de qualité, activités de vaccination supplémentaires).

Le plan de renforcement du secteur santé ou RSS a déterminé et précisé les besoins en amélioration globale du système, et qui fera bénéficier largement le programme de vaccination. Y figurent entre autres : les besoins en développement professionnel des ressources humaines, incluant le système de motivation et les critères de performance et de gestion de carrière ; en ressources matérielles additionnelles ou de remplacement, en infrastructures et équipements, ... .

## **OBJECTIFS POUR LA PERIODE 2010 - 2014**

Partant de l'analyse de la situation incluant les données disponibles et les évaluations du programme pour les années 2007 et 2008, les objectifs, ainsi que les stratégies afférentes tiennent compte notamment des principes suivants : la non discrimination, l'équité, l'atteinte de la population difficile d'accès aux services de vaccination et de soins de santé primaires, l'assurance de la qualité et la sécurité des produits et services, l'intégration avec les autres interventions sanitaires, la gestion de qualité du programme de vaccination à tous les niveaux, l'autonomie à terme du Programme Elargi de Vaccination, la solidarité et la participation de la communauté à la mise en œuvre du programme (réponse locale). Dans ce cadre, ils visent à contribuer à l'atteinte des objectifs mondiaux à couvrir les groupes vulnérables par les maladies évitables par la vaccination.

D'ici 2014, Madagascar a fixé les Objectifs généraux<sup>22</sup> suivants:

1. Améliorer la couverture vaccinale et la protection de la population contre les maladies évitables par la vaccination.
2. Garantir l'accès aux vaccins de qualité au niveau national tout en assurant la sécurité des injections et la gestion des déchets selon les normes.

Ces objectifs généraux sont traduits en termes d'indicateurs d'effets et d'impacts et sont présentés dans les tableaux ci-après :

---

<sup>22</sup> Atelier de préparation du plan pluriannuel complet PEV, Vah'iny, 12-15 septembre 2006.

Tableau 4: Objectifs Nationaux et repères, buts régionaux et mondiaux				
Priorités Nationales	Objectifs nationaux du PEV	Repères nationaux	Buts régionaux et mondiaux	Ordre de priorité
Couverture vaccinale de Routine :	D'ici 2011, 100% des districts auront une couverture en DTCHépB3 > ou= 80%	% de districts atteignant une couverture DTC3 > ou = 80% 2010 : 95% 2011 - 2014 : 100%	1. D'ici 2010, tous les pays auront une couverture de vaccination de routine de 90% au niveau national avec au moins 80% de couverture dans chaque district..	1
<p><u>Problème 1 :</u> 22% ( 24 districts sur 111) ont une couverture vaccinale en DTCHepBHib3 inferieur à 80% en 2008</p> <p><u>Problème 2 :</u> Taux d'abandon national DTC1-DTC3 est de 13,24%; 59 % soit 53 districts ont un taux d'abandon supérieur à 10%</p>	<p>- D'ici 2011, réduire le taux d'abandon à moins de 10% dans au moins 80% des districts</p> <p>- D'ici 2011, atteindre une couverture nationale de 95% en DTCHépB3 et maintenir ce TCV à au moins 95% jusqu'en 2014</p>	% de districts ayant un taux d'abandon moins de 10% 2010 : 70% 2011 - 2014 : 80% TCV national DTCHépB3 : 2010- 2014 : 95%		
Polio : Faible taux de couverture vaccinale en VPO3 au niveau national et dans certains districts : 54% soit 59districts ayant un TCV en VPO3 < à 90%	D'ici 2010, interrompre la transmission de la poliomyélite D'ici 2011, atteindre un TCV nationale en VPO3 à au moins 95% et le maintenir à au moins 95% jusqu'en 2014	TCV national VPO3 : 89,50% 2010 - 2014 : 95%	.D'ici 2009, éliminer les cas de paralysies flasques aiguës dues au virus du poliomyélite dans 80% des pays de la région. D'ici 2010, le monde sera certifié sans poliomyélite	1

Rougeole : Problème 33% des districts( 37) ont un taux de couverture vaccinal moins de 80%	D'ici 2010, augmenter le taux de couverture nationale à 95% et le maintenir à au moins 95% jusqu'en 2014	Taux de couverture national VAR : 2010-2014 : 95%	D'ici 2010, 90% de réduction de la mortalité des nourrissons par rapport à 2000 D'ici 2009, réduire à 90% les cas de rougeole dans 80% des pays de la région	1
TMN : faible couverture vaccinale en VAT 2+ chez les femmes enceintes	D'ici 2014, atteindre un TCV VAT 2 + à au moins 80% chez les femmes enceintes D'ici 2010, éliminer le TMN	TCV VAT2+ ( femmes enceintes): 2010 : 75% 2011 -2014 : 80%	D'ici 2010, élimination dans chaque district D'ici 2009, Eliminer le tétanos maternel et néonatal dans 80% des pays de la région	1
Hepatitis B	cf DTC			1
Hib : Faible taux de couverture	D'ici 2008, introduire l'Hib  D'ici 2011, atteindre une couverture nationale de 95% en Hib et maintenir ce taux à au 95% jusqu'en 2014	TCV national en Hib :2008 : 52,37% 2009 - 2011 : 95%	D'ici 2008, tous les pays ayant des systèmes de prestation suffisants auront introduit le vaccin contre le Hib D'ici 2009, introduire les vaccins Hep B et Hib dans 80% des pays de la région	1
Fièvre jaune	Sans objet			
Rubella	Sans objet			
Supplémentassions en Vitamine A	Maintenir le taux de couverture nationale : 95% pour les enfants de 6 à 59mois et à 80% pour les femmes nouvellement accouchées	Taux de couverture nationale : 2008 - 2014 : 95% pour les enfants de 6 à 59mois 2008 - 2014 : 80% pour les femmes nouvellement accouchées		2
Pneumo	En 2011, atteindre un taux de couverture vaccinale de 95% et le maintenir à au moins à 95% jusqu'en 2014	Taux de couverture nationale : 2011 : introduire et atteindre un TCV 95% 2012- 2014 : Maintenir le TCV à 95% au niveau national et au moins à 80% des districts à un taux de 95% de TCV		1

Rota	En 2013 , atteindre un taux de couverture vaccinale de 95%	Taux de couverture nationale : 2013 : introduire et atteindre un TCV 85% 2014 : 90% au niveau national et au moins à 80% des districts ont un taux de 90% de TCV		1
HPV	Sans objet			
Sécurité des injections	Maintenir l'utilisation exclusive de seringues autobloquantes dans 100 % de services de vaccination opérationnelles	Taux d'utilisation SAB : Utilisation à 100% du SAB 2010-2014 : 100%	D'ici fin 2003, tous les pays n'utiliseront que les seringues autobloquantes pour la vaccination D'ici 2009, utiliser équitablement les seringues autobloquantes ou les seringues sécurisées dans tous les pays de la région	3
Gestion des déchets : Insuffisance de l'élimination des déchets selon les normes	D'ici 2014, assurer l'élimination correcte des déchets à 95 % des centres vaccinant	Equiper en dispositifs d'élimination des déchets conformes à la PN : 2010 : 40% des CSB et 50% des CHD 2011 : 60% des CSB et 60%CHD 2012: 80% des CSB et 80% CHD 2013 : 90% des CSB et 90 % des CHD 2014 : 95% des CSB et 95% des CHD		3

<p>Surveillance : Faible notification de cas de PFA : Taux de PFA non Polio 2,1 au niveau national mais 30% des districts silencieux</p>	<p>D'ici 2010, Interrompre la transmission de la poliomyélite , D'ici 2014 Accroître les performances de la surveillance des maladies (rougeole, Hib, TMN, Hib, Pneumo, etc)</p>	<p>Taux de PFA non polio : 2007 – 2011 : &gt; ou =2 Pourcentage des districts silencieux : 2010-2014 : 10%  % des districts ayant fait des rapports de surveillance communautaire de TNN : 2010 – 2014 : 90%  2007-2014 : 100% des districts ayant notifié et envoyé à l'IPM des cas suspects de rougeole 2008 : 70 % 2009 : 85% 2010 : <b>95%</b> 2011 -2014 :100 %</p>		2
<p>Approvisionnement en vaccins : Problème :Rupture de stock pour certains antigènes ( BCG, DTCHep B)</p>	<p>Approvisionner périodiquement les FS en vaccins</p>	<p>2008 : 90% des FS sans ruptures de stock 2009 : 95% sans rupture 2010 -2014: 100% de FS sans ruptures de stock</p>		1
<p>Chaîne du froid / Logistique : Au niveau national , insuffisance de la capacité de stockage</p>	<p>D'ici 2014, réhabiliter la chaîne de froid à au moins 95% D'ici 2014, maintenir et entretenir la chaîne de froid</p>	<p>Taux de couverture effective en chaîne de froid  2010 - 2014 : 95% Taux de chaîne de froid fonctionnelle  2010 : 95% 2011 - 2014 : 100%</p>		3

Mobilisation sociale et Communication ( Problème : Environ 20 % des parents ne sont pas suffisamment informé sur la vaccination)	Réduire à au moins 5 % les parents insuffisamment informés sur la vaccination d'ici 2014	% Parents informés sur la vaccination: 2010 : 80% 2011: 85% 2012 :90% 2013 - 2014 :95 %		3
	D'ici 2014, faire le suivi du système de gestion des données du PEV mise en place au niveau de toutes les régions et des districts	suivi de l'utilisation de l'outil informatisé : 2009: au niveau de 25% des régions et districts afférents 2010 : 35% des régions et districts afférents 2011 : 50% des régions et districts afférents 2012 : 75% des régions et districts afférents 2013 -2014 : 100% des régions et districts afférents		1
Efficiéce du Programme	Intégrer les activités du PEV aux activités des autres programmes de la survie de l'enfant et la santé de la mère	Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant 2 fois par an		2
Viabilité financière	Accroître le financement national des vaccins d'au moins 5% par an	2010-2011 :70% de contribution de l'Etat (vaccins traditionnels) et 6% pour le co financement des nouveaux vaccins 2012-2014: 75% de contribution de l'Etat (vaccins traditionnels) et 6% pour le co financement des nouveaux vaccins		3
Gestion des Ressources humaines	D'ici 2011, pourvoir les régions et districts en responsables PEV et points focaux de surveillance	% des régions et districts ayant des responsables PEV (PEV/maintenance/surveillance) 2010 :90% 2011-2014 :100%		2

Formation et Supervision	D'ici 2012, former et remettre à niveau tous les responsables PEV régionaux en gestion PEV D'ici 2011, superviser 100% des régions et districts	% des responsables PEV remis à niveau 2010 : 50% 2011 : 75% 2012 -2014: 100%  % régions et districts supervisés 2010 : 50% 2011 : 75%  2012 -2014 : 100%		2
Recherche et études	D'ici 2014, effectuer des études sur la recherche des causes de la faible de notification des cas , sur le taux d'abandon négatif et sur la qualité des données	2010: Etude sur la recherche des causes de la faible notification des cas des maladies 2011 et 2013: DQA 2011 : Recherche sur le taux d'abandon négatif 2011- 2014 : Etudes sur la qualité des données : DQS		3
Liens avec les autres interventions de santé	Accroître l'administration de la vitamine A chez les enfants intégrés avec les autres activités de la survie de l'enfant (2 fois/an)  Distribuer un Moustiquaire Imprégné d'Insecticide aux enfants complètement vaccinés avant 1 an (plus Femmes enceintes CPN 1+)  Effectuer le rattrapage vaccinale des enfants lors PCIME	2010-2014 : Mise en œuvre du plan stratégique pour la survie de l'enfant		2

## **PRIORITES STRATEGIQUES 2010-2014**

Afin d'atteindre ces objectifs généraux, conformément à l'analyse de la situation de la mise en œuvre du PEV à Madagascar, il a été développé des priorités lesquelles sont traduites en axes stratégiques et sont présentés par le tableau n°4 :

1. Généralisation de la mise en œuvre de l'approche ACD
2. Amélioration de la Disponibilité de ressources humaines qualifiées en PEV
3. Intégration des services de vaccination à d'autres interventions de santé
4. Disponibilité permanente des vaccins
5. Renforcement de la surveillance des maladies cibles du PEV
6. Plaidoyer et communication pour la vaccination
7. Fonctionnalité de la chaîne de froid
8. Amélioration de la qualité des données au niveau des régions et districts
9. Introduction de nouveaux vaccins
10. Pérennité financière du programme
11. Renforcement de la sécurité des injections et la gestion des déchets selon les normes

## **STRATEGIES 2010 – 2014**

### **❑ Généralisation de la mise en œuvre de l'approche ACD, d'ici 2010.**

L'approche « Atteindre Chaque District » a été développée en vue d'améliorer l'organisation des services de vaccination, afin de garantir la vaccination de manière durable et équitable pour chaque enfant. Il s'agit d'améliorer les capacités des districts sanitaires à planifier, à mettre en œuvre et à gérer les programmes de vaccination. Ayant été initié dans 84 SSD, soit 76% de l'ensemble et compte tenu des résultats obtenus, notamment l'accroissement de la couverture vaccinale de routine pour tous les antigènes, la mise à l'échelle de l'approche se focalisera à la fois sur : son introduction à tous les SSD et le renforcement des capacités des responsables PEV et du personnel affecté au programme de vaccination en planification des activités, supervision formative, utilisation des données pour diriger ou orienter les actions relatives à la vaccination, ainsi qu'à l'intensification des stratégies avancées de concertation avec les communautés et autant que possible intégrées avec les autres interventions du secteur santé.

### **❑ Amélioration de la disponibilité de ressources humaines qualifiées en PEV**

Cette stratégie repose sur la mise à disposition à tous les niveaux du système de santé de personnel compétent pour fournir des services de vaccination et de surveillance des maladies cibles du PEV de qualité à toute la population, incluant les groupes mal desservis, en collaboration avec la Direction du Développement des Districts Sanitaires. Les actions planifiées englobent entre autres : la remise à niveau de l'équipe de mise en œuvre du programme de vaccination à l'utilisation des outils informatiques, la formation des agents du niveau régional et des districts sur la maintenance et l'entretien de la chaîne de froid, sur l'utilisation de l'outil informatisé dans la gestion des données du PEV y compris la gestion des vaccins, des déchets et de la chaîne de froid), sur la supervision formative à tous les niveaux. En outre, il sera envisagé le suivi de la formation en pré-service en l'occurrence l'introduction de la formation en MLM/PEV dans le programme des instituts de formation comme l'Institut de Formation des Paramédicaux, l'Institut National de Santé Publique et Communautaire, les Facultés de Médecine.

### **❑ Intégration des services de vaccination à d'autres interventions de santé**

Etant donné que le programme de vaccination fait partie intégrante du paquet minimum d'activités des centres de santé de base dans les SSD, son intégration à d'autres interventions de santé permettra la réduction des taux d'abandon et des perdus de vue, interventions telles que : la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant ou PCIME (rattrapage), la supplémentation en vitamine A (campagnes) en collaboration avec le service de nutrition, la prévention contre le paludisme (dotation en moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes lors des consultations prénatales (CPN) ou aux enfants ayant complété leur série de vaccins), les activités d'IEC/CCC en stratégies fixes. De même, l'institutionnalisation de la semaine de la santé de la mère et de l'enfant, deux fois par an dont parmi les activités figurent la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes permettra le

rattrapage des enfants et des femmes enceintes perdus en vue et de vacciner les cibles difficiles à atteindre

#### **❑ Disponibilité permanente des vaccins**

La mise en œuvre de mesures d'amélioration du système de gestion des vaccins conditionne en grande partie la réussite du programme de vaccination. Dans ce cadre, le système d'approvisionnement des vaccins et des matériels de vaccination se basera sur les besoins réels des niveaux opérationnels, afin d'éviter les ruptures de stock en vaccins, produits et matériels de vaccination. Par ailleurs, des efforts concertés entre le Gouvernement malagasy par le biais du Ministère de la Santé et du Planning Familial et les partenaires d'appui du secteur de santé se feront en faveur d'une mobilisation efficace de ressources financières potentielles, aussi bien au niveau de la contribution effective de l'Etat que d'aides extérieures. Il s'agit entre autres de solliciter une contribution progressive du Gouvernement à l'achat des vaccins de routine et celle des partenaires pour le financement de nouveaux vaccins (Plan de Viabilité Financière du PEV, Cadre de Dépenses à Moyen Terme du Secteur Santé et Global Alliance for Vaccines and Immunization).

#### **❑ Renforcement de la surveillance des maladies cibles du PEV**

Des actions correctrices seront mises en œuvre pour améliorer la surveillance épidémiologique, telles : le recensement et la formation des points focaux, l'amélioration du circuit de surveillance, l'extension de la surveillance à tous les centres de santé de base ou CSB avec la priorisation des sites en basse, moyenne et haute priorité, l'implication des autres acteurs de santé avec la participation active des cliniciens surtout dans les districts à faible performance y compris la communauté dans la recherche active et le rapportage des cas de Paralysies flasques aiguës non polio, de rougeole suspecte ou de tétanos maternel et néonatal, la facilitation des procédures pour l'utilisation des fonds de motivation au niveau du Service de Santé de District, la révision de la directive pour l'acheminement des échantillons et leur suivi (téléphone et autres moyens de communication) jusqu'au niveau du laboratoire de référence.

Une collaboration étroite sera établie avec le Service de Vaccination, le Service des Soins de Santé de Base, le Service de Santé de la Mère et de l'Enfant et l'Institut Pasteur de Madagascar pour la vérification de la cohérence des données par le biais des réunions périodiques du comité d'experts. A travers ce dernier, le renforcement et l'intégration aux autres interventions du secteur santé de la surveillance des maladies cibles du PEV seront une priorité.

#### **❑ Plaidoyer et communication pour la vaccination**

A l'image du Comité de Coordination Inter-Agences instauré au niveau central, la mise en place de structures similaires au niveau des régions et districts est nécessaire et autant que faire se peut intégrées aux comités pour la survie de l'enfant. Ces dernières, servant de plate-forme de coordination et de plaidoyer pour une intégration des activités de PEV dans les autres interventions santé auront à charge principalement de : valider le plan de mise en œuvre du programme de vaccination au niveau périphérique, plaidoyer selon les opportunités pour la mobilisation de ressources, assurer la coordination des activités du PEV et le suivi des recommandations des évaluations menées, prendre des décisions au moment opportun face aux contraintes /problèmes qui

risquent d'entraver la bonne marche du programme sur le terrain. Toutefois, les grands aspects programmatiques demeureront la responsabilité du CCI-A au niveau central.

De même, l'implication des communautés dans la mise en œuvre du programme de vaccination se traduira par l'engagement des autorités locales à soutenir la mise en place et l'opérationnalisation de structures de base pour la mobilisation sociale en faveur des soins de santé primaires et du PEV, la surveillance active des maladies cibles du PEV, la participation aux stratégies mobiles et avancées de vaccination, ainsi que la recherche active des perdus de vue.

#### **❑ Fonctionnalité de la chaîne de froid**

Les principales actions consisteront à : la mise aux normes de la couverture en chaîne de froid nécessite son renouvellement selon le plan de réhabilitation, l'inventaire périodique avec outils disponibles auprès des SSD selon une périodicité annuelle, l'évaluation de la fonctionnalité effective de la chaîne de froid, l'évaluation de la logistique PEV, intégrées dans l'évaluation/revue annuelle du programme PEV. Les commandes de nouveaux équipements pour la chaîne de froid, des pièces détachées, des kits de maintenance, des tests de stérilisation, des thermomètres et autres supports sur les procédures de rangement des vaccins seront effectuées sur la base de ces inventaires et évaluations. En outre, un système de maintenance des appareils sera mis en place pour déterminer les besoins en remplacement des équipements de conservation des vaccins à long terme. Il en sera de même en ce qui concerne la dotation des SSD et des Chefs CSB en motos.

L'introduction des nouveaux vaccins (pneumo et rotavirus ) générera une augmentation des besoins en volume ....

#### **❑ Amélioration de la qualité des données au niveau des régions et des districts**

Le Service de Vaccination et les niveaux régionaux élaboreront des plans de supervision coordonnés, intégrés à ceux des services concernés par la Santé de la Mère et de l'Enfant, identifiera les besoins pour ce qui concerne les outils de gestion existants pour les activités de surveillance des maladies cibles et autres supports pour les activités de vaccination (cartes infantiles et maternelles, fiches de pré-rapport ...), assurera leur production et distribution à tous les niveaux. Des instructions écrites et claires seront transmises aux SSD sur les réunions périodiques, la justification dans les délais impartis des fonds alloués par les partenaires et le Gouvernement.

Le rapportage de routine sera intégré dans le rapport mensuel d'activités des formations sanitaires. L'auto évaluation de la qualité des données du PEV sera réalisée au niveau des districts. Cependant, le contrôle de la qualité des données au niveau des régions et des districts sera renforcé par la réalisation d'une auto-évaluation des données (Data Quality Survey) tous les ans et le contrôle externe de la qualité des données (Data Quality Assessment ) tous les 2 ans.

#### **❑ Introduction de nouveaux vaccins**

Les décisions relatives à l'introduction du nouveau vaccin contre le streptococcus pneumoniae et le rotavirus , telles que le choix et la présentation des vaccins, prendront en considération le financement à long terme de tous les vaccins de PEV, les implications sur l'accès aux services et le rythme de services, les taux acceptables de perte de vaccins, et la réduction des taux de perdus de vue. Toute planification prendra en considération les logistiques nécessaires dont la capacité de la chaîne du froid, le rythme d'introduction, la formation et les supports d'IEC requis. Ainsi, la

communication sera renforcée pour faciliter l'introduction de ces nouveaux vaccins auprès des communautés. Des guides, directives et fiches techniques sur les nouveaux vaccins seront élaborés avant la formation des prestataires

En ce qui concerne les initiatives de contrôle des maladies cibles de PEV telles que les activités de vaccinations supplémentaires (campagnes) contre la rougeole et le tétanos maternel et néonatal, elles seront faites dans un contexte d'un plan global de lutte contre ces maladies.

A cet effet, la révision de la Politique Nationale PEV sera finalisée avant la fin de l'année 2009.

### □ Pérennité financière

En terme de programme de vaccination, les besoins en financement consistent essentiellement en : achat des vaccins et matériels d'injection, dotation en équipements de la chaîne de froid et matériels roulants, renforcement des capacités du personnel de santé, supports des activités de mobilisation sociale, de stratégies mobiles et avancées, de suivi et de surveillance des maladies cibles du PEV.

La pérennité financière du programme se base ainsi sur la répartition des contributions entre le Gouvernement malagasy et ses partenaires, à savoir : l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, JICA, GAVI, ... . D'ici 2014, ce plan pluriannuel complet PEV, qui fait suite au plan de viabilité financière du PEV (2003-2013) prévoit la prise en charge par l'Etat malagasy et de manière progressive, des achats des vaccins de routine et le pétrole, ainsi que le fonctionnement du système de santé (rémunération du personnel de santé et charges récurrentes), considérant que l'appui au PEV est inscrit au programme d'investissement public dans le cadre d'appui au bien-être familial. Quant au coût de mise en œuvre et la procurement de nouveaux vaccins, les partenaires tels que l'UNICEF, l'OMS et l'USAID apporteront leur participation selon l'évolution du programme et des paramètres de l'environnement socio-économique intérieur et extérieur.<sup>23</sup>

### □ Renforcement de la sécurité des injections et la gestion des déchets selon les normes

En se basant sur la déclaration conjointe de l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA concernant l'adoption d'une « stratégie de lot » pour la dotation des vaccins<sup>24</sup>, à laquelle Madagascar a adhéré (2000), l'utilisation des seringues autobloquantes ou SAB pour l'administration des injections du PEV concernant tous les antigènes est devenue systématique et est préconisée sur le long terme.

Il s'agit ainsi d'assurer le suivi de l'application des normes :

- sur les SAB, à savoir : (i) le type doit correspondre à chaque antigène et être en quantité suffisante, en tenant compte du taux de perte et du stock régulateur, (ii) l'utilisation de seringues à usage unique pour la reconstitution et en quantité suffisante selon le nombre de doses de vaccins, (iii) la disponibilité de boîtes de sécurité en quantité correspondant au nombre total de seringues utilisées

- sur les boîtes de sécurité qui doivent être spécifiques pour le recueil des seringues, permettant une sécurité des personnels de santé, des usagers et de la communauté et répondant aux cinq

---

<sup>23</sup> MSPF, Plan de Viabilité Financière du PEV de Madagascar, mars 2004, p. 36.

<sup>24</sup> Déclaration conjointe de l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA, WHO/VAB/99.25, décembre 1999.

caractéristiques préconisées dans les normes et standards en équipements pour la sécurité des injections<sup>25</sup>

- sur les conditions de traitement des déchets dans les formations sanitaires à travers la formation du personnel de soins, la sensibilisation des communautés, la mise en place d'un plan de gestion des déchets au niveau des établissements de soins, la mise à disposition des formations sanitaires d'équipements adéquats d'élimination des déchets, selon le volume de déchets générés et le lieu d'implantation desdites formations sanitaires
- sur l'adoption et l'utilisation de l'incinération qui doivent impérativement respecter les exigences liées au caractère polluant et aux risques sanitaires et environnementaux produits.

---

<sup>25</sup> MSPF, Politique Nationale de gestion des déchets des établissements des soins et de sécurité des injections, septembre 2005, p.15.

**Tableau 5: STRATEGIES ET ACTIVITES PAR COMPOSANTE DU SYSTEME PEV 2010-2014**

**Tableau 5A : Prestation de services et gestion du programme**

Objectifs spécifiques (1)	Stratégies (2)	Activités clés (3)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D'ici 2011, 100% des districts auront une couverture en DTCHépBHib3 &gt; ou= 80%</li> <li>▪ D'ici 2011, réduire le taux d'abandon à moins de 10% dans au moins 80% des districts</li> <li>▪ D'ici 2011, atteindre une couverture nationale de 95% en DTCHépBHib3 et maintenir ce TCV à au moins 95% jusqu'en 2014</li> </ul> <p>D'ici 2010, Interrompre la transmission de la poliomyélite ,</p>	Généralisation de l'Approche ACD dans tous les districts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre à niveau les connaissances et aptitudes des agents</li> <li>- Organiser les ateliers de micro planification au niveau des districts</li> <li>- Mettre en œuvre des activités des composantes ACD au niveau des districts</li> <li>- Effectuer le Suivi et les supervisions des districts prioritaires</li> <li>- Déployer les équipes sanitaires mobiles dans les districts ciblés moins performants</li> </ul>
<p><b>D'ici 2014 Accroître les performances de la surveillance des maladies (rougeole, Hib, TMN, Hib, Pneumo, etc)</b></p> <p>D'ici 2011, atteindre un TCV nationale en VPO3 à au moins 95% et le maintenir à au moins 95% jusqu'en 2014)</p>	Renforcement de la mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réinstaurer l'utilisation des bacs à fiche</li> <li>▪ Impliquer les agents communautaires de la recherche des perdus de vue et la sensibilisation</li> <li>▪ Equiper les agents communautaires en cahiers pour l'enregistrement et le suivi des enfants</li> </ul>
	Amélioration de la disponibilité de ressources humaines qualifiées en PEV Pré-service training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réévaluer les besoins en formation du personnel de santé concerné par le PEV</li> <li>- Actualiser un plan de formation continue pour les agents de santé</li> <li>- Former des formateurs de l'IFP en gestion PEV</li> <li>- Suivre le développement du cursus de formation PEV au niveau de l'INSPC et les facultés de - médecine ( module MLM) et IFP</li> </ul>
	Intégration de services de vaccination de routine à d'autres interventions de santé	<p>Organiser une campagne de supplémentation en Vit A tous les six mois dans le cadre de la mise en œuvre de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME)</p> <p>Effectuer le rattrapage vaccinale lors de la prise en charge de l'enfant (PCIME)</p> <p>Distribuer des moustiquaires imprégnées aux enfants de moins d'un an, complètement vaccinés ou lors DTCHépB +Hib3 et femmes enceintes lors CPN/VAT dans les zones à forte endémicité palustre</p>
	Amélioration de la qualité des données au niveau des régions et districts (Contrôle de la qualité des données PEV et de la performance des systèmes de suivi)	<p><b>Former les Responsables PEV et Points focaux de surveillance en gestion des données</b></p> <p><b>Tenir des réunions mensuelles de contrôle des données au niveau central</b></p> <p><b>Organiser des réunions trimestrielles de revue du PEV</b></p> <p><b>Effectuer un contrôle d'auto-évaluation des données (DQS)</b></p> <p><b>Effectuer un contrôle externe de la qualité des données (DQA)</b></p> <p><b>Effectuer une évaluation de la gestion des vaccins périodiquement (VMA)</b></p> <p>Doter en équipements informatiques et outils de gestion les prestataires et les responsables PEV</p> <p><b>Effectuer des enquêtes de couvertures vaccinales</b></p>

D'ici 2010, augmenter le taux de couverture nationale en VAR à 95% et le maintenir à au moins 95% jusqu'en 2014	Intégration de services de vaccination de routine à d'autres interventions de santé	Inclure la Vit A, le déparasitage dans les AVS contre la rougeole
	Renforcement des Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS)	Organiser des campagnes de vaccination de suivi (rattrapage) contre la rougeole chez les enfants de 9 mois à 59 mois en 2010 et 2013
D'ici 2014, atteindre un TCV VAT 2+ à au moins 80% chez les femmes enceintes D'ici 2010, éliminer le TMN	Intensification de la vaccination des populations cibles dans les districts à haut risque	Organiser les activités de vaccination en VAT chez les jeunes filles scolarisées
		Mener une enquête de validation de l'élimination dans les zones à haut risque
En 2011, atteindre un taux de couverture vaccinale en Pneumo de 95% et le maintenir à au moins à 95% jusqu'en 2014	Intégration du vaccin contre pneumocoque dans le calendrier vaccinal	Former les prestataires sur le vaccin contre pneumocoque
		Elaborer le guide et différents supports Réviser les outils de gestion
En 2013, atteindre un taux de couverture vaccinale en Rotavirus de 95%	Intégration du vaccin contre le rotavirus dans le calendrier vaccinal	Former les prestataires sur le vaccin contre les rotavirus
		Elaborer le guide et différents supports Réviser les outils de gestion
Maintenir l'utilisation exclusive des seringues autobloquants	Renforcement de la sécurité des injections	Rendre effective l'utilisation des seringues autobloquantes au niveau des 100% de centres de prestation de vaccination
		Approvisionner périodiquement en seringues autobloquantes les centres de prestation de vaccination
		Remettre à niveau les prestataires sur la sécurité des injections
D'ici 2014, assurer l'élimination correcte des déchets à 95 % des centres vaccinant	Renforcement de la la gestion des déchets selon les normes	Mettre en œuvre la construction des incinérateurs au niveau des CHD2 et CHD1, CHRR et CHRP
		Remettre à niveau les prestataires la gestion des déchets
		Former les gestionnaires des incinérateurs des CSB2 et CHD en maintenance des incinérateurs

**Tableau 5 B : Plaidoyer et communication**

<b>Objectifs spécifiques (1)</b>	<b>Stratégies (2)</b>	<b>Activités clés (3)</b>
Réduire à au moins 5 % les parents insuffisamment informés sur la vaccination d'ici 2014:	Implication des ONG dans la mobilisation sociale	Recenser les ONG concernés Former les agents de ces ONG sur la vaccination Equiper les ONG en supports de communication Suivre la mise en œuvre des activités
	Renforcement de la coordination des comités de santé pour des activités de sensibilisation en faveur de la vaccination au niveau communautaire	Redynamiser les comités de santé Former les membres des comités de santé et les agents communautaires Tenir des réunions de suivi et évaluation avec les comités de santé
	Renforcement des activités de sensibilisation au niveau des formations sanitaires	- Organiser les séances de sensibilisation au niveau des formations sanitaires - Equiper les formations sanitaires en supports d'IEC
	Renforcement de la coordination et du plaidoyer au niveau du CCIA et du comité pour la survie de l'enfant (CSE)	- Traiter de l'utilisation des services de vaccination par la population dans des réunions de CCIA - Orienter le Service de Vaccination sur les nouvelles approches pour l'incitation de la population à l'utilisation des services de vaccination - Faire le plaidoyer pour la promotion de la vaccination lors d'autres interventions de santé - Effectuer des plaidoyers auprès des décideurs politico-administratifs pour l'augmentation du financement national des activités de vaccination
	Plaidoyer et communication auprès des décideurs politiques et financiers pour des Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS)	- Produire les documents d'information - Tenir des séances de travail avec les autorités
	Implication des media dans la sensibilisation de la communauté sur le PEV y compris l'introduction des nouveaux vaccins	Elaborer des messages et spots audio-visuels Diffuser des messages dans les presses écrites et audio-visuels
Mobiliser au moins 80 % des cliniciens pour l'acceptabilité de l'introduction des nouveaux vaccins dans le calendrier vaccinal national	Amélioration du plan de communication en faveur d'une augmentation de la demande	Mener des Recherches Opérationnelles sur les profils épidémiologique Fournir de la documentation sur les nouveaux vaccins Organiser les réunions d'informations avec les cliniciens

**Tableau 5.C : Surveillance des maladies cibles du PEV**

<b>Objectifs spécifiques (1)</b>	<b>Stratégies (2)</b>	<b>Activités clés (3)</b>
<p>D'ici 2010, Interrompre la transmission de la poliomyélite ,</p> <p>D'ici 2014 Accroître les performances de la surveillance des maladies (rougeole, TMN, Hib, Pneumo, Rotavirus, etc)</p>	<p>Renforcement des activités de surveillance active et communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioriser et Organiser les sites pour la recherche active des cas</li> <li>- Former des nouveaux points focaux chargés de la surveillance</li> <li>- Equiper les services de Kits de prélèvement /transport d'échantillons, outils de gestion</li> <li>- Organiser les activités de surveillance active avec la participation communautaire et les cliniciens</li> <li>- Allouer les fonds de fonctionnement au laboratoire de référence / Institut Pasteur</li> <li>- Suivre et superviser les prestations de surveillance des maladies</li> <li>- Evaluer périodiquement les performances du système de surveillance.</li> <li>- Documenter les activités d'éradication de polio, contrôle de la rougeole, élimination de TNM</li> <li>- Mettre en place les services de surveillance de Hib, Pneumocoque, Rotavirus</li> <li>- Tenir des réunions périodiques avec les différents comités ( Comité National des Experts, Comité pour le confinement et Comité National de certification)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effectuer la recherche des MAPI</li> <li>▪ Reproduire et distribuer des bulletins d'informations trimestrielles</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Amélioration de la qualité des données au niveau des régions et districts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equiper les services régionaux de surveillance des moyens de communication rapide ( téléphone cellulaire) et équipements pour la gestion des données ( ordinateurs)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiser des revues périodiques</li> <li>▪ Tenir des réunions d'harmonisation des données avec le laboratoire</li> </ul> </li> </ul>

**Tableau 5.D : Fourniture, qualité et logistique des vaccins**

<b>Objectifs spécifiques (1)</b>	<b>Stratégies (2)</b>	<b>Activités clés (3)</b>
Maintenir l'utilisation exclusive des seringues auto-bloquants dans 100 % de services de vaccination opérationnelles	Approvisionnement régulier des points de vaccination en SAB	- Elaborer le plan d'approvisionnement et de distribution des matériels cv d'injection
		Effectuer des supervisions formatives et intégrées de la qualité et la logistique des vaccins
		Doter les formations sanitaires en Outils de Gestion (OG)
Réduire à zéro la fréquence des ruptures des stocks des vaccins et intrants au niveau central, centres de stockage régionaux et districts ainsi qu'au niveau de tous les centres de vaccination	Approvisionnement régulier du Service de vaccination au niveau central, les centres de stockage régionaux, districts et tous les centres de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former le personnel sur la gestion des vaccins et chaîne de froid</li> <li>- Superviser la gestion des stocks à tous les niveaux</li> <li>- Effectuer les commandes adéquates des vaccins et matériels</li> <li>- Fournir les outils de gestion (fiches de stock, Fiche de t°, SMT)</li> <li>- Doter des moyens de transport aux niveaux central, régional et districts</li> <li>- Fournir les intrants pour la maintenance et le fonctionnement de la chaîne du froid</li> </ul>
	Augmentation de la capacité de stockage des vaccins et matériels au niveau central, régional et districts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construire et équiper les magasins de stockage au niveau central et régional</li> <li>- Réhabiliter le parc de chaîne du froid.</li> </ul>

D'ici 2007, assurer à 100% la sécurité des injections et la gestion des déchets	Renforcement de la sécurité des injections et la gestion des déchets selon les normes	Rendre effective l'utilisation des seringues autobloquantes au niveau des 100% des centres de prestation de vaccination
		Approvisionner périodiquement en seringues autobloquantes les centres de prestation de vaccination
		Mettre en œuvre la politique de l'approvisionnement en bundling (livrer automatiquement les mêmes quantités de vaccins que seringues) dans chaque district
		Remettre à niveau les connaissances des prestataires sur la sécurité des injections et la gestion des déchets
	Mise en place de réseau d'incinérateurs et système de gestion des déchets	Intégrer dans les rapports de districts le suivi de stock des seringues
Pas de ruptures de stock en vaccins et matériels d'injection au niveau national	Disponibilité permanente des vaccins au niveau national	Mettre en œuvre la politique nationale de la gestion des déchets et de la sécurité des injections
	Fonctionnalité de la chaîne de froid	Etablir périodiquement une commande adéquate des vaccins et matériels
		Exécuter le plan de maintenance et d'entretien des chaînes de froid
		Réhabiliter les chaînes de froid (30% des unités seront remplacées par année)
Mettre en œuvre un nouveau plan de communication en 2007	Intégration de l'entretien et de maintenance dans le plan de communication	Sensibiliser les communautés et les partenaires sur leur participation active dans l'entretien et de maintenance de la chaîne de froid
Augmenter le financement national des vaccins d'au moins 10% par an	Considération des activités de l'entretien et de maintenance dans le plan de Pérennisation financière du programme	Inclure les besoins de l'entretien et de maintenance dans le budget de fonctionnement du service

## **CADRAGE DES ACTIVITES SELON LE GIVS 2010 - 2014**

**Tableau 6 : Utilisation du cadre GIVS comme liste de contrôle**

Stratégies GIVS	Activités clés	Activités incluses dans le PPAC			
Domaine stratégique 1 : Protéger plus de personnes dans un monde en évolution		O	N	Sans objet	Nouvelle activité requise
Stratégie 1 : Utiliser une combinaison de stratégies pour atteindre tous ceux qui sont ciblés pour la vaccination	Renforcer les ressources humaines et la planification financière	X			
	Vacciner des enfants au delà du groupe cible traditionnel	X			
	Améliorer l'analyse des données et solutionner les problèmes	X			
	Maintenir une couverture vaccinale performante quand elle est atteinte	X			
	Inclure des activités de vaccination supplémentaires	X			
Stratégie 2 : Accroître la demande de la communauté pour la vaccination	Associer les membres de la communauté, les ONG	X			
	Evaluer les lacunes de communication existantes dans l'atteinte de toutes les communautés	X			
	Elaborer un plan de communication et de mobilisation sociale				
	Créer la demande	X			
Stratégie 3 : S'assurer que les groupes non desservis sont atteints dans chaque district au moins quatre fois par an	Développer des micro planifications au niveau district ou local <b>(Approche « ACD »)</b>	X			
	Réduire le nombre d'abandons	X			
	Développer et mettre à jour les mécanismes et outils de supervision	X			
	Fournir un financement prompt, un appui logistique et des fournitures pour la mise en œuvre du programme	X			

Stratégies GIVS	Activités clés	Activités incluses dans le PPAC			
		O	N	Sans objet	Nouvelle activité requise
<b>Domaine stratégique 1 : Protéger plus de personnes dans un monde en évolution</b>					
Stratégie 4 : Améliorer la sécurité des vaccins, de la vaccination et des injections	Acheter les vaccins uniquement auprès des sources qui satisfont aux normes de qualité internationalement reconnues	X			
	Assurer un stockage sûr et le transport des produits biologiques selon les normes prescrites	X			
	Introduire, soutenir et suivre les pratiques d'injection sûres	X			
	Surveiller les manifestations post-vaccinales indésirables et prendre les mesures qui s'imposent	X			
Stratégie 5 : Améliorer et renforcer la chaîne du froid et la logistique	Prévoir la demande avec exactitude pour assurer un approvisionnement ininterrompu	X			
	Renforcer les capacités pour une gestion efficace des stocks	X			
	Effectuer une planification et le suivi de la capacité de stockage de la chaîne du froid	X			
Stratégie 6 : Leçons apprises des expériences	S'orienter vers un financement et une gestion coordonnés et sectoriels des moyens de transport et de communications	X			
	Revue régulière du programme de vaccination	X			
Stratégie 6	Effectuer des recherches opérationnelles et des évaluations	X			
	Définir les types de maladies avec leurs coûts économiques aussi bien que l'impact	X			

Stratégies GIVS	Activités clés	Activités incluses dans le PPA			
		O	N	Sans objet	Nouvelle activité requise
<b>Domaine stratégique 2 : Introduire de nouveaux vaccins et technologies</b>					
Stratégie 7 : Renforcer la capacité du pays à définir des politiques et des priorités pour les nouveaux vaccins et technologies	Evaluer le fardeau de la maladie, le coût et le rapport coût-efficacité des nouveaux vaccins	X			
	Mener la surveillance, le suivi de la couverture et l'évaluation de l'impact des nouveaux produits	X			
Stratégie 8 : Assurer l'introduction efficace et durable de nouveaux vaccins et technologies	Intégrer l'introduction de chaque nouveau vaccin dans les plans sectoriels pluriannuels des pays et fournir une analyse financière	X			
	Disposer de matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC)	X			
	Surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)	X			
	Surveillance des maladies qui peuvent être évitées par les nouveaux vaccins et appui renforcé des laboratoires	X			
Stratégie 9 : Assurer l'approvisionnement effectif des vaccins et des technologies au niveau des pays	Approvisionnement à long terme des commandes en vaccins	X			
	Disponibilité à long terme avec le financement adéquat	X			
Stratégie 10 : Promouvoir la recherche et le développement pour les maladies ayant une importance en matière de santé publique	Documenter les preuves locales en vue d'influencer et de donner la priorité aux investissements publics et privés dans les nouveaux vaccins et technologies				X
	Faire engager les autorités sanitaires publiques locales pour des recherches au niveau communautaire en définissant le calendrier des recherches	X			
Stratégie 10	Renforcer la capacité pour mener les recherches et le développement des nouveaux vaccins			X	

Stratégies GIVS	Activités clés	Activités incluses dans le PPAC			
Domaine stratégique 3 : Placer la vaccination, d'autres interventions de santé connexes et la surveillance dans le contexte des systèmes de santé		O	N	Sans objet	Nouvelle activité requise
Stratégie 11 : Evaluer et développer des interventions appropriées pour l'intégration	Evaluer les priorités en matière de santé au niveau national et régional ainsi que l'impact des interventions intégrées en se focalisant sur la survie de l'enfant	X			
	Développer et tester sur terrain les interventions intégrées	X			
	Définir le paquet intégré d'interventions selon les besoins locaux	X			
Stratégie 11	Faire le suivi et l'évaluation de l'efficacité, l'effectivité et l'impact des interventions combinées	X			
Stratégie 12 : Etablir et optimiser les synergies	Elaborer un plan intégré des interventions au niveau national et district	X			
	Mettre en œuvre conjointement les interventions avec un accent particulier sur les équipes mobiles et les stratégies avancées	X			
	Faire le suivi et l'évaluation des impacts des interventions intégrées	X			
Stratégie 13 : Assurer que les synergies soient pérennes et viables	Créer des fonctions conjointes de financement, de suivi et d'évaluation	X			
	Regrouper les ressources requises pour couvrir les coûts opérationnels et autres	X			
	Assurer la qualité des informations pour rendre pérennes les supports communautaires	X			
	Préconiser davantage de synergies et explorer des liaisons supplémentaires	X			

Stratégies GIVS	Activités clés	Activités incluses dans le PPAC			
Domaine stratégique 4 : Vacciner dans un contexte d'interdépendance mondiale		O	N	Sans objet	Nouvelle activité requise
Stratégie 14 : Améliorer la gestion des ressources humaines	Planifier les ressources humaines et s'assurer qu'elles sont suffisantes, bien formées et correctement rémunérées	X			
	Effectuer des supervisions formatives	X			
	Effectuer l'inventaire des besoins en ressources humaines, engager Des ONG et le secteur privé	X			
	Motiver les agents de santé	X			
Stratégie 15 : Renforcer les programmes de vaccination avec la réforme du secteur santé	Se documenter sur les facteurs de succès et d'échecs	X			
	Effectuer des efforts collectifs pour mettre en œuvre les politiques sectorielles mondiales	X			
	Utiliser les expériences obtenues dans la réforme du secteur sanitaire	X			
	Préserver le rôle primordial de la vaccination dans le contexte de la réforme du secteur sanitaire	X			
Stratégie 16 : Renforcer le suivi de la couverture et la surveillance basée sur les cas pour guider les programmes de vaccination	Etendre les systèmes de surveillance existants tels que la surveillance polio et rougeole	X			
	Renforcer le suivi sur la base des expériences des pays	X			
	Faire le suivi de la performance des districts au niveau national	X			
Stratégie 17 : Développer les moyens de laboratoire en créant des réseaux de laboratoire	Développer les réseaux de laboratoire existants tels que le réseau de laboratoire pour la poliomyélite et la rougeole afin d'inclure d'autres maladies prioritaires vaccinale	X			
	Fournir la formation, les matériels, les réactifs et les procédures pour le contrôle de la qualité	X			
Stratégie 18 : Renforcer la gestion, l'analyse, l'interprétation, l'utilisation et l'échange de données à tous les niveaux	Améliorer la gestion des données par des activités régulières de formation, de surveillance et de retour d'informations au niveau local	X			
	Elaborer des outils plus efficaces (tels que des logiciels informatiques) pour le suivi de la couverture vaccinale, la gestion des vaccins et de la logistique et la surveillance des maladies	X			
	Examiner régulièrement les indicateurs de performance au niveau des districts	X			
	Utiliser les données de surveillance et de suivi pour promouvoir la nécessité d'améliorer l'accès à la vaccination et la qualité des services de vaccination	X			

Stratégies GIVS	Activités clés	Activités incluses dans le PPAC			
Domaine stratégique 4 : Vacciner dans un contexte d'interdépendance mondiale		O	N	Sans objet	Nouvelle activité requise
Stratégie 19 : Fournir l'accès à la vaccination dans les urgences humanitaires complexes	Enquêtes d'évaluation rapide des situations d'urgence complexes	X			
	Incorporer les services de vaccination dans les plans et activités de préparation aux situations d'urgence (SUCA/CNS/ESM)	X			
	Rétablir les services de vaccination pour les populations affectées par les urgences complexes (ESM)	X			
	Inclure les maladies évitables par la vaccination dans les systèmes de surveillance intégrés et de suivi créés en réponse à des urgences complexes	X			
Stratégie 20 : Garantir dans le monde entier un approvisionnement sûr en vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie	Assurer une prévision à long terme pour les vaccins existants et les nouveaux vaccins en améliorant les compétences en gestion des vaccins	X			
	Confiance nationale dans l'assurance qualité et le contrôle régulier	X			
	Promouvoir la production de vaccins d'un coût abordable et de qualité par les fabricants de vaccins dans les pays en développement et les pays développés			X	
Stratégie 21 : Veiller à ce que le financement des systèmes nationaux de vaccination soit suffisant et viable	Renforcer le potentiel national de planification financière	X			
	Allouer davantage de crédits à l'achat de vaccins au titre du budget national	X			
	Encourager les autorités au niveau local et à celui des districts à contribuer au financement des services de santé et des programmes de vaccination	X			
	Coordonner le financement des activités de vaccination par le biais du CCIA	X			
Stratégie 22 : Définir et reconnaître les rôles et responsabilités des partenaires	Mettre en place des mécanismes de partenariat à l'échelon régional et national	X			

Stratégies GIVS	Activités clés	Activités incluses dans le PPAC			
Domaine stratégique 4 : Vacciner dans un contexte d'interdépendance mondiale		O	N	Sans objet	Nouvelle activité requise
Stratégie 23 : Améliorer la communication et mieux diffuser l'information	Considérer la communication et la mobilisation sociale comme une partie intégrale du plan de vaccination	X			
Stratégie 24 : Inclure les vaccins dans les plans et mesures de préparation aux épidémies mondiales	Elaborer des plans nationaux de préparation aux épidémies et de prévention pour des maladies spécifiques	X			
	Elaborer et mettre en œuvre des plans et trouver les ressources nécessaires pour financer la constitution d'un stock de vaccins essentiels pour la lutte contre les épidémies et les campagnes de prévention	X			
	Entretenir un système de surveillance efficace reliée au réseau mondial d'alerte et d'action afin de pouvoir disposer des vaccins nécessaires au moment voulu en cas d'épidémies et partager l'information à l'échelle mondiale	X			
	Renforcer le potentiel de réglementation pour répondre aux besoins urgents de préparation et d'action face aux épidémies	X			

## **CALENDRIER DES ACTIVITES 2010-2014**

**Tableau 7 : Chronogramme des activités**

<b>Activités clés</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Prestation des services de vaccination et Gestion du Programme</b>					
▪ Mettre à niveau les connaissances et aptitudes des agents	x	x	x	x	x
▪ Organiser les ateliers de micro planification au niveau des districts	x	x	x	x	x
▪ Mettre en œuvre des activités des composantes ACD au niveau des districts	x	x	x	x	x
▪ Effectuer le Suivi et les supervisions des districts prioritaires	x	x	x	x	x
▪ Déployer les équipes sanitaires mobiles dans les districts ciblés moins performants	x	x	x	x	x
- Réinstaurer l'utilisation des bacs à fiche	x				
- Impliquer les agents communautaires de la recherche des perdus de vue et la sensibilisation	x	x	x	x	x
- Equiper les agents communautaires en cahiers pour l'enregistrement et le suivi des enfants	x	x	x	x	x
▪ Réévaluer les besoins en formation du personnel de santé concerné par le PEV	x	x	x		
▪ Actualiser un plan de formation continue pour les agents de santé	x				
▪ Former des formateurs de l'IFP en gestion PEV	x			x	
▪ Suivre le développement du cursus de formation PEV au niveau de l'INSPC et les facultés de - médecine ( module MLM) et IFP	x			x	
▪ Organiser une campagne de supplémentation en Vit A tous les six mois dans le cadre de la mise en œuvre de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME)	x	x	x	x	x

<b>Activités clés</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
▪ Effectuer le rattrapage vaccinale lors de la prise en charge de l'enfant (PCIME)	x	x	x	x	x
▪ Distribuer des moustiquaires imprégnées aux enfants de moins d'un an, complètement vaccinés ou lors DTCHépB +Hib3 et femmes enceintes lors CPN/VAT dans les zones à forte endémicité palustre	x	x	x	x	x
▪ Former les Responsables PEV et Points focaux de surveillance en gestion des données	x	x	x	x	x
▪ Tenir des réunions mensuelles de contrôle des données au niveau central	x	x	x	x	x
▪ Organiser des réunions trimestrielles de revue du PEV	x	x	x	x	x
▪ Effectuer un contrôle d'auto-évaluation des données (DQS)	x	x	x	x	x
▪ Effectuer un contrôle externe de la qualité des données (DQA)	x			x	
▪ Effectuer une évaluation de la gestion des vaccins périodiquement (VMA)	x		x		x
▪ Doter en équipements informatiques et outils de gestion les prestataires et les responsables PEV	x			x	
▪ Inclure la Vit A, le déparasitage dans les AVS contre la rougeole	x			x	
▪ Organiser des campagnes de vaccination de suivi (rattrapage) contre la rougeole chez les enfants de 9 mois à 59 mois en 2010 et 2013	x			x	
- Organiser les activités de vaccination en VAT chez les jeunes filles scolarisées			x	x	x
- Mener une enquête de validation de l'élimination dans les zones à haut risque	x				
- Former les prestataires sur le vaccin contre pneumocoque	x				
- Elaborer le guide et différents supports	x				
- Réviser les outils de gestion	x				
- Former les prestataires sur le vaccin contre les rotavirus			x		

<b>Activités clés</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
- Elaborer le guide et différents supports			x		
- Réviser les outils de gestion			x		
- Remettre à niveau les prestataires sur la sécurité des injections	x		x		
- Actualiser les coûts des activités de vaccination y compris les coûts récurrents à l'introduction des nouveaux vaccins	x		x		
- Intégrer les coûts additionnels pour les besoins de l'entretien et de maintenance dans le budget de fonctionnement des services du niveau central, régional et des districts	x	x	x	x	x
Effectuer des enquêtes de couvertures vaccinales		x			x

<b>Plaidoyer et communication</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
- Recenser les ONG concernés	x			x	
- Former les agents de ces ONG sur la vaccination	x			x	
- Equiper les ONG en supports de communication	x			x	
- Suivre la mise en œuvre des activités	x	x	x	x	x
- Redynamiser les comités de santé	x			x	
- Former les membres des comités de santé et les agents communautaires	x	x	x	x	x
- Tenir des réunions de suivi et évaluation avec les comités de santé	x	x	x	x	x
- Organiser les séances de sensibilisation au niveau des formations sanitaires	x	x	x	x	x
- Equiper les formations sanitaires en supports d'IEC	x		x		
- Traiter de l'utilisation des services de vaccination par la population dans des réunions de CCIA	x	x	x	x	x
- Orienter le Service de Vaccination sur les nouvelles approches pour l'incitation de la population à l'utilisation des services de vaccination	x				
- Faire le plaidoyer pour la promotion de la vaccination lors d'autres interventions de santé	x	x	x	x	x
- Effectuer des plaidoyers auprès des décideurs politico – administratifs pour l'augmentation du financement national des activités de vaccination	x		x		
- Produire les documents d'information	x		x		
- Tenir des séances de travail avec les autorités	x		x		
- Mener des Recherches Opérationnelles sur le profil épidémiologique	x		x		
- Fournir de la documentation sur les nouveaux vaccins	x		x		
- Organiser les réunions d'informations avec les cliniciens	x		x		

<b>Surveillance</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
- Prioriser et Organiser les sites pour la recherche active des cas	x	x	x	x	x
- Former des nouveaux points focaux chargés de la surveillance	x	x	x	x	x
- Equiper les services de Kits de prélèvement /transport d'échantillons, outils de gestion	x	x	x	x	x
- Organiser les activités de surveillance active avec la participation communautaire et les cliniciens	x	x	x	x	x
- Documenter les activités d'éradication de polio, contrôle de la rougeole, élimination de TNM	x	x	x		x
- Allouer les fonds de fonctionnement au laboratoire de référence /Institut Pasteur	x	x	x	x	x
- Suivre et superviser les prestations de surveillance des maladies	x	x	x	x	x
- Evaluer périodiquement les performances du système de surveillance.	x	x	x	x	x
- Mettre en place les services de surveillance de Hib, Pneumocoque, Rotavirus	x		x		x
- Tenir des réunions périodiques avec les différents comités ( Comité National des Experts, Comité pour le confinement et Comité National de certification)	x	x	x	x	x
- Effectuer la recherche des MAPI	x	x	x	x	x
- Reproduire et distribuer des bulletins d'informations trimestrielles	x	x	x	x	x
- Equiper les services régionaux de surveillance des moyens de communication rapide (téléphone cellulaire) et équipements pour la gestion des données (ordinateurs)	x		x		x
- Elaborer des messages et spots audio-visuels		x		x	
- Diffuser des messages dans les presses écrites et audio-visuels (Emission, interview, jeu radiophonique ...)		x		x	x
- Organiser des revues périodiques	x	x	x	x	x
- Tenir des réunions d'harmonisation des données avec le laboratoire	x	x	x	x	x
- Mener des Recherches Opérationnelles sur les profils épidémiologiques			x		x

<b>Fourniture, qualité et logistique des vaccins</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
- Elaborer le plan d'approvisionnement et de distribution des matériels d'injection	x	x	x	x	x
- Effectuer des supervisions formatives et intégrées de la qualité et la logistique des vaccins	x	x	x	x	x
- Doter les formations sanitaires en Outils de Gestion (OG)	x	x	x	x	x
- Former le personnel sur la gestion des vaccins et chaîne de froid	x	x	x	x	
- Superviser la gestion des stock à tous les niveaux	x	x	x	x	x
- Effectuer les commandes adéquates des vaccins et matériels	x	x	x	x	x
- Fournir les outils de gestion (fiches de stock, Fiche de températures ( SMT)	x	x	x	x	x
- Doter des moyens de transport aux niveaux central, régional et districts	x	x	x	x	x
- Fournir les intrants pour la maintenance et le fonctionnement de la chaîne du froid	x	x	x	x	x
- -Construire et équiper les magasins de stockage au niveau central et régional	x	x	x	x	x
- Réhabiliter le parc de chaîne du froid à tous les niveaux	x	x	x	x	x
- Former les responsables en gestion de la chaîne du froid	x	x	x	x	x
- Mettre en œuvre la construction des incinérateurs au niveau des CHD2 et CHD1, CHRR et CHRP	x	x	x	x	x
- Remettre à niveau les connaissances des prestataires sur la gestion des déchets	x	x	x		
- Former les gestionnaires des incinérateurs CHD en maintenance des incinérateurs	x	x	x	x	x

Activités clés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
<b>Surveillance</b>					
Effectuer des Supervisions formatives et intégrées avec la Surveillance Epidémiologique	X	X	X	X	X
Effectuer le monitoring des actions et des indicateurs de performance des surveillances des maladies cibles du PEV	X	X	X	X	X
Organiser des rencontres régulières entre la communauté et les agents de santé	X	X	X	X	X
Développer la participation communautaire dans la recherche active	X	X	X	X	X
Tenir des réunions périodiques au niveau des régions	X	X	X	X	X
Réaliser la surveillance active intégrée pour la PFA, rougeole et TMN dans tous les districts	X	X	X	X	X
Combiner l'appui de laboratoires, la formation et les fournitures rougeole / polio	X	X	X	X	X
Inclure les besoins de la surveillance épidémiologique dans la rubrique « mission et services » dans le budget de fonctionnement du service	X	X	X	X	X
Créer des sites sentinelles pour la surveillance Hib ( si introduction)			X		

Activités clés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
<b>Fourniture, qualité et logistique des vaccins</b>					
Donner une formation initiale de personnel de santé sur l'utilisation, la gestion de stocks du nouveau vaccin selon la présentation	X	X			
Appuyer les régions et districts dans l'élaboration de leur PDD et PTA en faveur de la réussite du programme PEV	X	X	X	X	X
Effectuer des supervisions formatives et intégrées de la qualité et la logistique des vaccins	X	X	X	X	X
Doter les formations sanitaires en Outils de Gestion (OG)	X	X	X	X	X
Renforcer la supervision sur le tas des personnels de santé à établir périodiquement une commande adéquate des vaccins et des matériels d'injection	X	X	X	X	X
Mettre en œuvre la politique de l'approvisionnement en bundling ( livrer automatiquement les même quantités de vaccins que seringues ) dans chaque district	X	X	X	X	X
Intégrer dans les rapports de districts le suivi de stock des seringues	X	X	X	X	X
Effectuer des supervisions formatives sur la mise en œuvre de la politique nationale de la gestion des déchets et de la sécurité des injections	X	X	X	X	X
Inclure les besoins de l'entretien et de maintenance dans le budget de fonctionnement du service	X	X	X	X	X

## **ESTIMATION DES COÛTS DU PROGRAMME**

Afin de mener à bien les activités stipulées dans le Plan Pluriannuel Complet pour atteindre les objectifs fixés d'ici 2014, une analyse du plan de financement pour les cinq (05) ans est de mise. Il ressort des résultats de l'analyse financière que le coût total du budget soutenant le PPAC pour la période 2010 – 2014 dépendra essentiellement de l'introduction ou non des nouveaux vaccins contre le pneumocoque et le rotavirus, lesquels sont prévus être introduits dans le programme de vaccination national en 2011 et 2013. Par ailleurs, cette analyse repose sur l'hypothèse que le taux d'accroissement naturel annuel de la population dans les cinq ans à venir demeure stable à 2,8%, que le taux de natalité soit maintenu autour de 35,3‰ naissances et que la proportion des femmes en âge de procréer avoisine les 23% de la population totale.

En tenant compte des objectifs de couverture vaccinale pour tous les antigènes du PEV chez les enfants de moins d'un an à 95% en 2011, avec pour le DTCHepBHib 3 de 88% en 2008 à 95% en 2014 et le VPO3 de 87.9% en 2008 à 95% en 2014, d'une part ; de l'introduction du vaccin contre les pneumocoques en 2011 avec une couverture à 95% durant les 5 années, d'autre part, et rotavirus ainsi que de la réduction des pertes en vaccins de 15% - 5%.

La présente analyse vise à aider les responsables du programme national de vaccination et les partenaires à mieux appréhender le budget nécessaire et rationnel à la mise en œuvre du futur plan stratégique 2010 – 2014. Elle tient compte surtout du coût fixe acceptable pouvant engendrer une large couverture en vaccination des populations cibles et de l'indépendance effective à terme du Programme Elargi de Vaccination, lesquels s'intègrent dans la vision du Gouvernement Malagasy.

## **Commentaires généraux**

### **I. Analyse des coûts du programme**

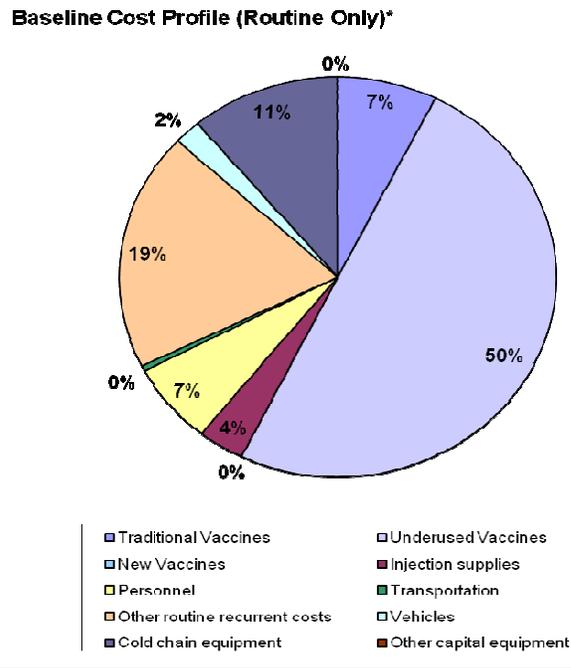
L'analyse des coûts du programme de vaccination pour la période 2010-2014 est basée sur l'introduction de ces deux nouveaux vaccins qui engendrent des coûts additionnels

#### **1. La tendance des coûts en 2008**

**Tableau 8 Tendance des coûts en 2008**

Indicateurs pour l'année de référence	2008
Dépenses totale en vaccination	\$17 411 807
Campagne de vaccination	\$503 830
Vaccination de routine	\$13 907 977
Par habitant	0.8
Par enfant	28%
% des vaccins et matériels d'injection	61%
% Financement national	12.44%
% dépenses totales de santé	12%
% dépenses totales de santé du gouvernement	8.7%
Dépenses de l'état en % du PIB	20.9%

Figure 2 : Profil des coûts du programme de vaccination de l'année 2008



**2. Tendances de l'évolution des besoins en ressources et coûts par stratégie**

Figure 3 : Evolution des besoins par ressources

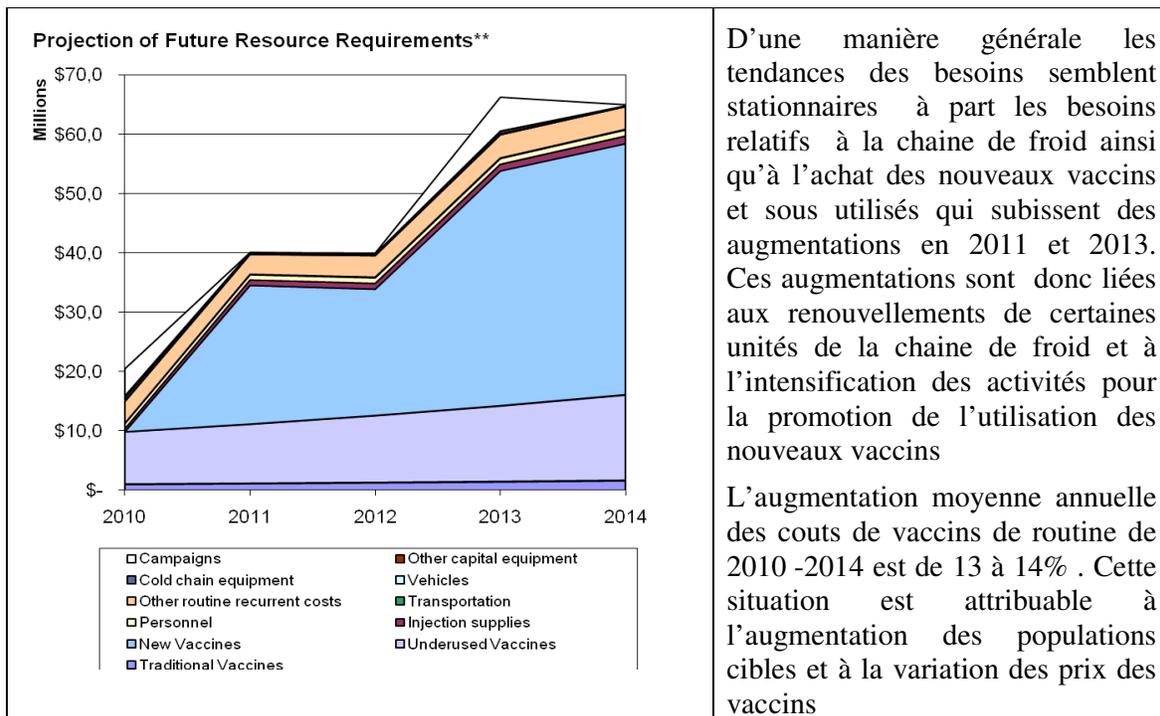
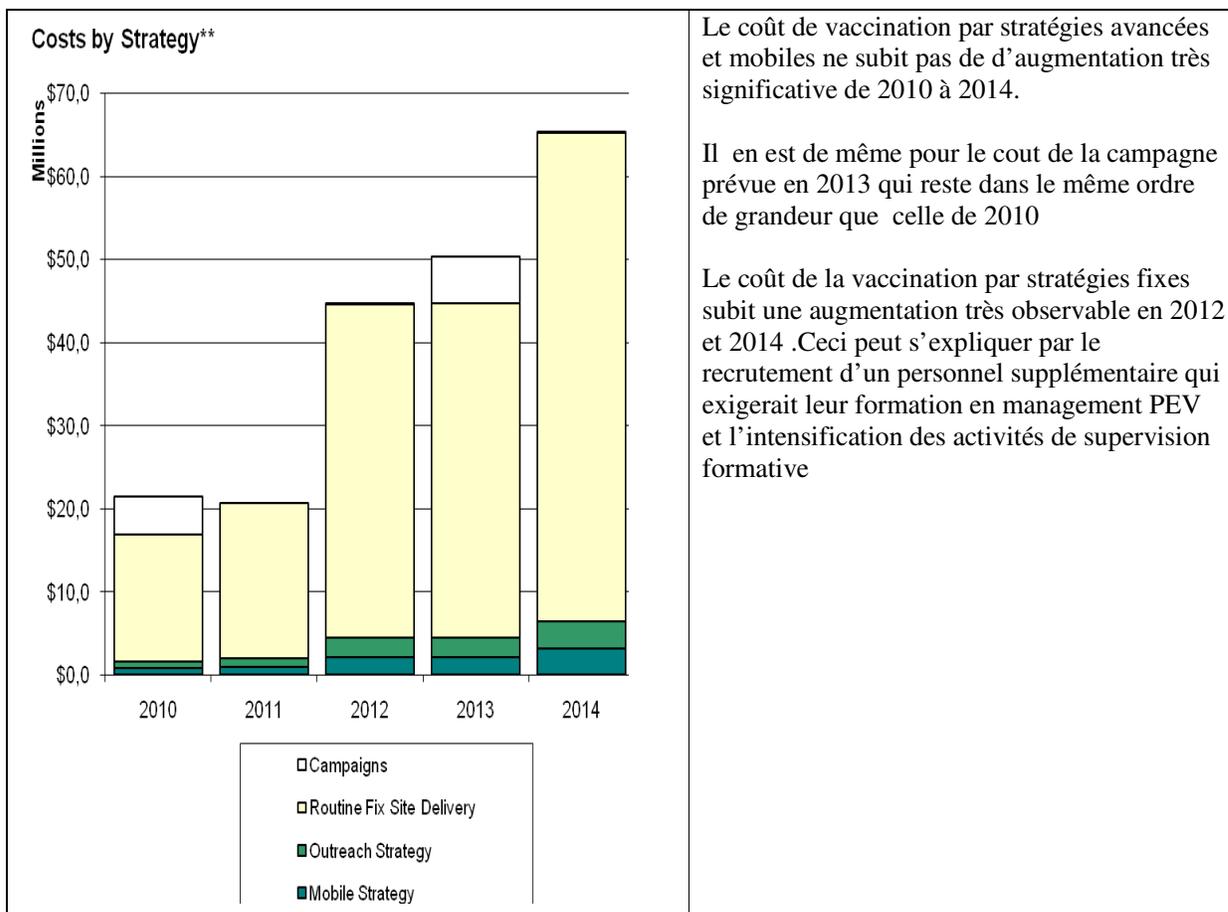


Figure 4 : Evolution des coûts par stratégie



Le coût de vaccination par stratégies avancées et mobiles ne subit pas de d'augmentation très significative de 2010 à 2014.

Il en est de même pour le cout de la campagne prévue en 2013 qui reste dans le même ordre de grandeur que celle de 2010

Le coût de la vaccination par stratégies fixes subit une augmentation très observable en 2012 et 2014 .Ceci peut s'expliquer par le recrutement d'un personnel supplémentaire qui exigerait leur formation en management PEV et l'intensification des activités de supervision formative

L'introduction dans le programme du vaccin contre les infections à pneumocoques et les maladies dues aux rota virus est prévu respectivement à partir de Janvier 2011 et janvier 2013. Les coûts additionnels affectent essentiellement les rubriques suivantes :

- Les coûts des vaccins, des matériels d'injection ainsi que de la logistique augmentent suite à la variation des prix des vaccins, de leurs quantités et du coût additionnel de transport.
- Le coût du renforcement du système de vaccination augmente à cause du réajustement des salaires et des activités additionnelles de formation du personnel et de formation formative
- Le coût de la mobilisation sociale subit des augmentations qui sont dues à la production des nouveaux supports des messages et l'intensification des activités de sensibilisation pour la promotion de l'utilisation des nouveaux vaccins

Les proportions de ces augmentations sont présentées aux tableaux de la page suivante.

**Tableau 9: ECARTS FINANCIERS ET INDICATEURS AVEC LES VACCINS PNEUMOCOQUES ET ROTAVIRUS EN USD**

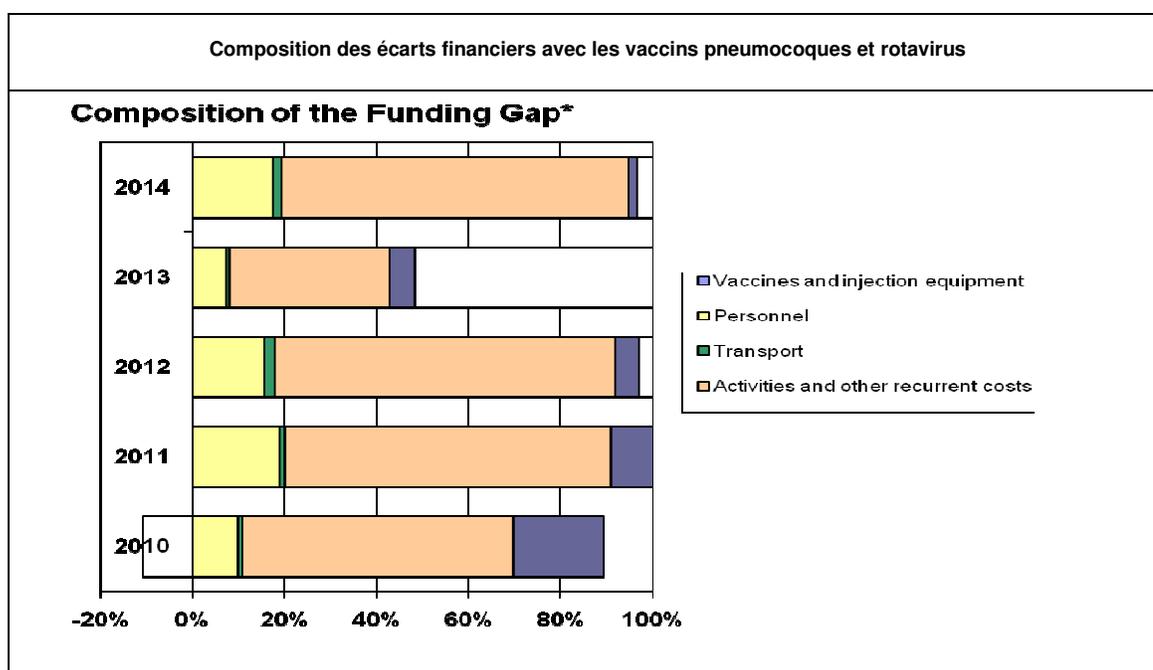
<b>Tendances Futurs Besoins en Ressources</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2010- 2014</b>
	<b>25 350 122</b>	<b>44 696 497</b>	<b>44 902 514</b>	<b>70 984 281</b>	<b>70 252 415</b>	<b>256 185 829</b>
Tx de Croissance du PIB réel	9.8	9	9	9	9	9
<b>Besoins en Ressources (Vaccination de Routine)</b>						
	\$20 778 310	\$44 696 497	\$44 760 908	\$65 288 341	\$70 072 414	\$245 596 469
par habitant						
	\$1,0	\$2,0	\$2,0	\$2,8	\$2,9	\$2,1
par enfant DTC3						
	\$30,2	\$63,4	\$61,8	\$87,6	\$91,5	\$67,7
% vaccin et matériel d'injection						
	40%	77%	75%	76%	83%	74%
<b>Total du Financement Assuré</b>						
	<b>\$21 897 629</b>	<b>\$ 41 123 770</b>	<b>\$39 842 170</b>	<b>\$59 988 909</b>	<b>\$65 248 072</b>	<b>\$228 100 559</b>
Gouvernement national	\$5 801 159	\$6 975 343	\$7 101 072	\$8 276 032	\$8 718 908	\$36 872 514
UNICEF	\$4 286 100	\$416 415	\$612 330	\$279 397	\$656 683	\$6 250 925
OMS	\$3 113 385	\$872 911				\$3 986 296
USAID						
JICA						
GAVI	\$8 696 985	\$32 859 101	\$32 128 768	\$51 433 480	\$55 872 481	\$180 990 815
<b>Écart Financier (Fin. Assuré)</b>						
	<b>\$3 452 493</b>	<b>\$3 572 727</b>	<b>\$5 060 344</b>	<b>\$10 995 372</b>	<b>\$5 004 343</b>	<b>\$28 085 279</b>
% des besoins en ressources						
	14%	8%	11%	15%	7%	11%

<b>Total du Financement Probable (Non-Assuré)</b>	<b>\$987 326</b>	<b>\$1 093 201</b>	<b>\$2 106 116</b>	<b>\$4 536 038</b>	<b>\$2 475 707</b>	<b>\$11 198 388</b>
Gouvernement national		\$74 000			\$30 000	\$104 000
UNICEF		\$787 787	\$651 941	\$2 048 369	\$671 003	\$4 159 100
OMS			\$1 067 603	\$1 617 314	\$1 085 754	\$3 770 671
USAID						
GAVI	\$339 233	\$56 414	\$226 572	\$621 000	\$418 082	\$1 661 301
Banque Mondiale	\$105 000				\$247 150	\$352 150
<b>Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)</b>	<b>\$2 616 472</b>	<b>\$2 453 050</b>	<b>\$2 937 835</b>	<b>\$6 399 316</b>	<b>\$2 511 581</b>	<b>\$16 918 254</b>
% des besoins en ressources	10%	5%	7%	9%	4%	7%

**Tableau n° 10 Eléments des Coûts Non Financés et Composition des Écarts Financiers pour la vaccination avec les pneumocoques et rotavirus (Coûts Spécifiques Uniquement)**

Composition des Écarts Financiers	2010	2011	2012	2013	2014	2010 - 2014
Vaccins et matériel d'injection	\$9 827 142	\$34 510 601	\$33 875 228	\$53 821 325	\$58 423 162	\$190 457 457
Personnel	\$374 892	\$599 245	\$749 029	\$796 985	\$867 151	\$3 387 302
Transport	\$34 989	\$37 155	\$113 257	\$91 202	\$93 026	\$369 629
Activité et autre coûts récurrents	\$2 232 240	\$2 270 782	\$3 550 470	\$3 822 401	\$3 777 163	\$15 653 056
Logistiques (véhicules, chaîne du froid....)	\$745 405	\$291 000	\$251 294	\$588 843	\$87 002	\$1 963 544
Campagne de vaccination			\$141 606	\$5 695 940	\$180 001	\$5 609 314
<b>Écart Financier*</b>	<b>\$2 979 293</b>	<b>\$3 198 183</b>	<b>\$4 805 655</b>	<b>\$10 995 372</b>	<b>\$5 004 342</b>	<b>\$26 982 845</b>

**Figure 5 : Composition des écarts financiers**



### 3. Analyse de la Viabilité Financière

**Tableau 11 Analyse de la Viabilité Financière**

Indicateur Macroéconomique et de Viabilité Financière	2008	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Donnée de Référence</b>						
PIB par habitant (\$)	\$330	\$330	\$330	\$330	\$330	\$330
Dépenses total de santé par habitant (DTS en \$)	\$12,0	\$12,0	\$12,0	\$12,0	\$12,0	\$12,0
Population	20 530 113	21 695 895	22 303 380	22 927 874	23 569 855	24 229 811
PIB (\$)	\$6 774 937 237	\$7 159 645 273	\$7 360 115 341	\$7 566 198 571	\$7 778 052 131	\$7 995 837 590
Dépenses total de santé (DTS en \$)	\$246 361 354	\$260 350 737	\$267 640 558	\$275 134 493	\$282 838 259	\$290 757 731
Dépenses total de santé du gouvernement (DSG en \$)	\$21 433 438	\$22 650 514	\$23 284 729	\$23 936 701	\$24 606 929	\$25 295 923
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne /vaccination	\$12 740 976	\$20 473 879	\$40 034 849	\$39 935 604	\$66 177 816	\$64 910 618
Routine seulement	\$12 237 146	\$15 902 067	\$40 034 849	\$39 793 998	\$60 481 876	\$64 730 617
par enfant DTC3	\$20,4	\$23,2	\$56,8	\$54,9	\$81,2	\$84,6
<b>% des dépenses totales de santé</b>						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	5,2%	7,9%	15,0%	14,5%	23,4%	22,3%
Routine seulement	5,0%	6,1%	15,0%	14,5%	21,4%	22,3%
<b>Écart Financier</b>						
Avec financement assuré		1,1%	1,2%	1,7%	3,9%	1,7%
Avec financement assuré et probable		0,9%	0,8%	1,0%	2,3%	0,9%
<b>% des dépenses totales de santé du gouvernement</b>						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination		59,4%	90,4%	171,9%	166,8%	268,9%
Routine seulement		57,1%	70,2%	171,9%	166,2%	245,8%
<b>Écart Financier</b>						
Avec financement assuré		13,2%	13,7%	20,1%	44,7%	19,8%
Avec financement assuré et probable		10,4%	9,0%	11,3%	26,3%	10,0%
<b>% PIB</b>						
Besoin en ressources /la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	0,19%	0,29%	0,54%	0,53%	0,85%	0,81%
Routine seulement	0,18%	0,22%	0,54%	0,53%	0,78%	0,81%
<b>par habitant</b>						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	\$0,62	\$0,94	\$1,80	\$1,74	\$2,81	\$2,68
Routine seulement	\$0,60	\$0,73	\$1,80	\$1,74	\$2,57	\$2,67

## 4. Co-financement

### 4.1. Echancier des montants de cofinancement

**Tableau 12 : Cofinancement des vaccins contre Pneumocoque par le pays**

Pour le vaccin alloué par GAVI, précisez de quel vaccin il s'agit				Pneumocoque	
<b>Cofinancement réel et prévu par votre pays</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<i>Quantité totale de doses cofinancées par votre pays</i>	SO	80000	66800	67500	69400
Montant total du cofinancement par votre pays		584500	484000	497500	545500
<i>Dont la part provenant du :</i>					
Gouvernement		584500	484000	497500	545500
Panier/Mise en commun, Financement/SWAp					
Autre (veuillez préciser)UNICEF					
<i>Total du cofinancement</i>		548500	484000	497500	545500

**Tableau 13 : Cofinancement des vaccins anti Rotavirus par le pays**

Pour le vaccin alloué par GAVI, précisez de quel vaccin il s'agit				Rotavirus	
<b>Cofinancement réel et prévu par votre pays</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<i>Quantité totale de doses cofinancées par votre pays</i>	SO	SO	SO	62600	67400
Montant total du cofinancement par votre pays				411500	341000
<i>Dont la part provenant du :</i>					
Gouvernement				411500	341000
Panier/Mise en commun, Financement/SWAp					
Autre (veuillez préciser)UNICEF					
<i>Total du cofinancement</i>				411500	341000

### 4.2. Respect du cofinancement des vaccins contre les pneumocoques et rotavirus

Le Programme PEV a un poste budgétaire pour l'achat des vaccins de routine (BCG, VPO, VAR, VAT) et ce depuis 1997, les besoins de co-financement des vaccins contre les pneumocoques et rotavirus si la demande du pays est acceptée, sont intégrés dans le poste budgétaire pour l'achat de vaccins à partir de 2011 ; ces besoins sont donc inscrits dans le budget national de la santé.

- L'UNICEF effectue l'achat de tous les vaccins, l'Etat lui adresse les financements nécessaires et ce en 2 tranches : en avril et août, aussi les paiements à GAVI pourront être effectués au plus tard en octobre de l'année en cours.

- S'il y a un retard dans l'engagement du budget de l'Etat pour l'achat des vaccins du fait des procédures, les fonds parvenus à l'UNICEF serviront à acheter les vaccins de la prochaine année car ils seront considérés comme avance.
- S'il y a une restriction ou blocage du budget de l'Etat, le Ministre des Finances et du Budget s'est engagé en 2009 auprès du Ministère de la Santé que l'achat des vaccins ne sera pas l'objet d'un blocage.

#### **4.3. Utilisation du financement pour l'introduction des vaccins contre les pneumocoques pour la 1<sup>ère</sup> année.**

Pour l'année de démarrage, le financement octroyé par GAVI sera affecté aux activités suivantes :

- ❑ L'IEC et les supports nécessaires : **15000 USD**
- ❑ Le transport des vaccins et matériels : **55000 USD**
- ❑ La surveillance pour les maladies dues aux pneumocoques : **26000 USD**
- ❑ La fourniture en pièces de rechange pour la chaîne de froid et la maintenance préventive : **60000 USD**
- ❑ La formation des responsables régionaux, des districts et les prestataires de servi : **35000 USD**
- ❑ Ressources humaines : **15000 USD**
- ❑ Gestion des déchets : **10000 USD**

#### **4.4. Utilisation du financement pour l'introduction des vaccins contre les rotavirus pour la 1<sup>ère</sup> année.**

Pour l'année de démarrage, le financement octroyé par GAVI sera affecté aux activités suivantes :

- ❑ L'IEC et les supports nécessaires : **15000 USD**
- ❑ Le transport des vaccins et matériels : **55000 USD**
- ❑ La surveillance pour les maladies dues aux rotavirus : **18000USD**
- ❑ La fourniture en pièces de rechange pour la chaîne de froid et la maintenance préventive : **50000 USD**
- ❑ La formation des responsables régionaux, des districts et les prestataires de servi : **27000 USD**
- ❑ Ressources humaines : **45000 USD**
- ❑ Gestion des déchets : **10000 USD**

S'il reste un financement disponible du montant fourni par GAVI, ceci pourra être utilisé pour l'achat d'une nouvelle chambre froide.

## **II.. Stratégies de viabilité financière**

Jusqu'à ce jour, le Gouvernement malgache a payé sa contribution pour l'achat des nouveaux vaccins. La contrepartie augmentera progressivement.

Un plaidoyer sera fait auprès du Gouvernement pour élargir le nombre de partenaires financiers afin d'assurer la pérennité du financement pour l'achat des vaccins déjà introduits.

Au cas où les financements mobilisés ne suffiraient pas, la Banque mondiale sera approchée. La réalisation des objectifs de couverture vaccinale définis dans le PPAC 2010-2014 est conditionnée par la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles qui accompagnent la mise en œuvre des activités du PEV. La disponibilité des ressources requiert en plus du déblocage effectif et à temps des contributions, la mobilisation des ressources additionnelles pour résorber le gap de financement. A cet effet la viabilité financière du PEV va s'articuler autour de 3 principales stratégies suivantes : autosuffisance, fiabilité des ressources et utilisation adéquate des ressources disponibles

La mise en œuvre de ces stratégies permettra le développement des mécanismes propres à résorber les gaps de financement actuels et accroître les contributions financières de l'Etat des partenaires locaux, nationaux et des partenaires au développement traditionnels.

✚ **Autosuffisance**, afin de garantir l'autosuffisance, des activités de plaidoyer seront intensifiées pour une mobilisation des ressources supplémentaires

1. *Plaidoyers auprès des décideurs gouvernementaux.*

L'objectif est d'obtenir l'augmentation régulière des financements alloués au Programme Elargi de Vaccination.

Un plaidoyer sera mené auprès des responsables financiers et de la planification des Ministères de la Santé et des Finances (Budget de fonctionnement et d'investissement, différentes initiatives d'Allègement de la dette multilatérale : IADM).

Les ressources du Budget de fonctionnement contribueront à l'achat des vaccins de routine et des nouveaux vaccins au niveau central. L'Etat a financé l'achat des vaccins de 2002 à 2008, pour un montant de 6 273 315 000 Ariary soit \$3 485 175 ; ce montant sera de 24 998 380 000 Ariary soit \$ 12 499 190 pour la période de 2010 à 2014 selon le tableau ci-dessous

➔ Car le Service de Vaccination dispose sur son budget de fonctionnement d'un financement pour couvrir une partie de l'achat des vaccins PCV10 à raison de 0,20US\$ par dose avec les matériels d'injection et les boîtes de sécurité y afférentes. En effet, dans le cadre du budget programme, pour les 3 prochaines années, l'achat des vaccins figurera sur la ligne budgétaire du Service de la Vaccination avec une tendance annuelle à la hausse de 8 à 10%

\$Financement Gouvernement	2010	2011	2012	2013	2014	2010-2014
Vaccins traditionnels	\$901 442	\$992 382	\$1 132 267	\$1 277 973	\$1 445 124	\$1 634 244
Vaccins sous utilisés	\$515 585	\$446 200	\$458 800	\$471 600	\$484 800	\$498 400
Nouveaux vaccins			\$552 200	\$457 200	\$838 600	\$809 400
Total	1 417 027	1 438 582	2 143 267	2 206 773	2 768 524	2 942 044

Ce budget fonctionnement servira aussi au niveau décentralisé à la couverture des frais de maintenance des équipements de la chaîne du froid, à l'achat de pétrole pour la fonctionnalité de la chaîne du froid et aux supervisions formatives

Les ressources du Budget d'Investissement serviront à couvrir les frais du personnel, l'achat des pièces détachées pour matériels roulants :

S'agissant des contributions des Initiatives d'Allègement de la Dette Multilatérale, pendant la période de mise en œuvre du PPAC 2010-2014, les fonds serviront à financer les coûts partagés, la réhabilitation/entretien des centres de santé disposant de services de vaccination, l'achat et l'entretien des matériels roulants, les missions de supervision et les frais du personnel nouvellement recruté .

Le plaidoyer à mener en direction des pouvoirs publics visera à :

- Maintenir la vaccination comme une priorité du gouvernement en consolidant les acquis (achat des vaccins, achat du pétrole et pièces détachées pour la chaîne du froid ...)
- L'augmentation constante et pérenne des ressources en faveur de la survie de l'enfant en général et du PEV en particulier

## 2. *Les bénéficiaires*

Il s'agira d'intensifier les activités de mobilisation sociale pour accroître la participation communautaire aux activités de la vaccination. Il s'agira d'obtenir l'auto prise en charge par les communautés des activités de la recherche active des enfants perdus de vue, la sensibilisation de la communauté sur l'importance de la vaccination et l'acceptation des nouveaux vaccins et la notification des cas des maladies cibles du programme.

## 3. *La Mobilisation d'autres partenaires financiers de la santé*

En dépit de l'augmentation de la part de l'Etat pour le financement des activités liées à la vaccination, l'appui des partenaires reste des plus déterminants. Les activités de la stratégie de viabilité financière viseront le maintien du niveau actuel de l'appui des partenaires traditionnels ou même leur contribution supplémentaire. De même, afin de minimiser le gap, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé et du Planning familial mobilisera d'autres partenaires potentiels dans les cadres de coopération bilatérale. L'implication des ONG et des associations sera renforcée. L'accroissement des apports des partenaires et la mobilisation des nouveaux appuis pour le financement de la vaccination se feront à travers les activités suivantes :

- renforcer l'implication du CCIA dans le suivi des activités, des performances et de l'émergence des nouveaux besoins du PEV ;
- renforcer le plaidoyer par le gouvernement auprès des membres du CCIA pour l'accroissement du financement des partenaires aux activités ;
- intégrer les activités de vaccination dans les nouveaux cadres de coopération économiques et techniques ;
- renforcer la place du PEV dans la stratégie sectorielle de la santé.

De même, la **mise en œuvre de la politique nationale de la santé communautaire** : implication des mobilisateurs communautaires formés à la gestion des activités au niveau des centres de santé permettra d'obtenir l'auto prise en charge par les communautés des activités de la recherche active des enfants perdus de vue, la sensibilisation de la communauté sur l'importance de la vaccination et la notification des maladies cibles du PEV. Participation et contribution de la communauté, particulièrement les efforts des agents de santé communautaires à assurer un meilleur fonctionnement du centre de santé et au renforcement de l'application de l'intégration des soins du couple mère enfant

La contribution du Gouvernement aux activités de vaccination est déjà appréciable. Mais, la fiabilité de ces ressources s'en trouve souvent réduite du fait des problèmes liés aux procédures et le respect des délais de mobilisation des ressources pour servir effectivement aux activités du PEV conformément au calendrier. En vue de s'assurer de la mobilisation des ressources en totalité et à temps, les mesures spécifiques suivantes seront prises :

- plaider pour que le déblocage des ressources allouées au PEV ne fera pas l'objet de blocage, et ce à tous les niveaux afin de mettre la totalité des ressources et à temps aux activités du PEV ;
- maintien des procédures de budgétisation de la vaccination dans le Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT)
- sensibilisation des membres du CCIA pour la mobilisation à temps de leur contribution au budget du PPAC ;
- amélioration de la bonne gouvernance dans la gestion des ressources mobilisées ;

✚ **Fiabilité des ressources** : un plaidoyer auprès des décideurs gouvernementaux sera mené pour qu'il n'y ait pas de blocage pour les ressources allouées au PEV en particulier le retard des engagements pour l'achat des vaccins, pour le maintien des procédures de budgétisation de la vaccination dans le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT)

La contribution du Gouvernement aux activités de vaccination est déjà appréciable. Mais, la fiabilité de ces ressources s'en trouve souvent réduite du fait des problèmes liés aux procédures et le respect des délais de mobilisation des ressources pour servir effectivement aux activités du PEV conformément au calendrier. En vue de s'assurer de la mobilisation des ressources en totalité et à temps, les mesures spécifiques suivantes seront prises :

- plaider pour que le déblocage des ressources allouées au PEV ne fera pas l'objet de blocage, et ce à tous les niveaux afin de mettre la totalité des ressources et à temps aux activités du PEV ;
- maintien des procédures de budgétisation de la vaccination dans le Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT)
- sensibilisation des membres du CCIA pour la mobilisation à temps de leur contribution au budget du PPAC ;
- amélioration de la bonne gouvernance dans la gestion des ressources mobilisées ;

#### ✚ **Utilisation adéquate des ressources disponibles**

Les mesures prises pour mener à bien cette stratégie, permettront de maximiser l'impact des ressources humaines, financières, matérielles et logistiques mobilisées au profit des activités du PEV. Il s'agira \* d'une part de faire la mise à l'échelle de l'approche « **ACD** ». Cette approche permettra l'utilisation rationnelle des ressources et l'atteinte des résultats attendus par:

- le renforcement des capacités techniques des prestataires à tous les niveaux en gestion du programme, en planification, à la coordination, à la supervision formative et au monitoring intégrés ;
- la réduction de taux des pertes en vaccins de 15% à 5% pour les vaccins liquides de 2010 à 2014 à travers le renforcement de l'utilisation de la politique du flacon entamé par les acteurs de terrain et par la mise en place du système informatisé de gestion des vaccins
- l'intensification des activités de supervision formative afin de garantir la qualité des services
- l'extension du système de contrôle de qualité des données de vaccination au niveau de toutes les Régions et Districts;
- réduire les taux d'abandon par le renforcement du suivi par les agents communautaires ;

- mettre en place des mécanismes plus incitatifs pour le maintien au poste de travail des personnels en charge de la vaccination.
- Elle sera garantie par le contrôle budgétaire régulier à tous les niveaux, le suivi et l'évaluation périodiques des performances du programme et la mise à l'échelle de l'approche « ACD ». Cette approche permettra :
  - la planification des activités avec la participation des bénéficiaires sur terrain
  - le renforcement des capacités techniques des prestataires à tous les niveaux en gestion du programme, en planification, à la coordination, à la supervision formative et au monitoring intégré

## II. ANALYSE DE LA CHAÎNE DU FROID

### A ) DONNEES DE BASE ISSUES DU PPAC ET DU PLAN D'INTRODUCTION

- Population totale de Madagascar (2010) : 21 695 926 (Estimation progression RGPH 1993)

**Tableau 14 : Objectifs du programme pour 2010 – 2014(routine)**

Vaccins au menu du calendrier vaccinale		2010	2011	2012	2013	2014
BCG	Calendrier (doses)	1	1	1	1	1
	couverture	100%	100%	100%	100%	100%
	Présentation (doses/fl)	20	20	20		20
	pertes	50%	50%	50%	50%	50%
VPO	calendrier	4	4	4		4
	couverture	95%	95%	95%	95%	95%
	présentation	20	20	20	20	20
	pertes	5%	5%	5%	5%	5%
VAR	calendrier	1	1	1		1
	couverture	95%	95%	95%	95%	95%
	présentation	10	10	10	10	10
	pertes	25%	25%	25%	25%	25%
VAT	calendrier	2	2	2	2	2
	couverture	75%	80%	80%	80%	80%
	présentation	20	20	20	20	20
	pertes	5%	5%	5%	5%	5%
DTC-HepB-Hib	calendrier	3	3	3		3
	couverture	95%	95%	95%	95%	95%
	présentation	2	2	2	2	2
	pertes	5%	5%	5%	5%	5%
PCV-7	calendrier		3	3	3	3
	couverture		95%	95%	95%	95%
	présentation		2	2	2	2
	pertes		5%	5%	5%	5%
ROTA-5	calendrier				2	2
	couverture				85%	90%
	présentation				1	2
	pertes				5%	5%

**Tableau 15 : Objectifs du programme pour 2010 – 2014 (activités supplémentaires)**

<u>Campagne</u>		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
VAR	Nombre de doses (passages)			1			1	
	% total population			15%			15%	
	présentation			10			10	
	pertes			15			15	

**B. QUANTITES DES VACCINS ET VOLUME REQUIS PAR ANNEE**

**Tableau 16 : Quantités et volume des vaccins par année de planification**

		<b>Formula</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>A</b>	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	41 555 litres	56 307 litres	57 874 litres	90 086 litres	94 354 litres
<b>B</b>	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	14 146 litres				
<b>C</b>	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	2,94	3,98	4,09	6,37	6,67
<b>D</b>	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	2	2	2	2	2
<b>E</b>	Différence (le cas échéant)	((A/D) - B)	6 631 litr	14 007 litr	14 791 litr	30 897 litr	33 031 litr
<b>F</b>	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$77 776	\$0	\$0	\$77 776	\$0

## C. LA CHAÎNE DU FROID DU NIVEAU CENTRAL

### - Disponibilité de la Chaîne du froid

**Tableau 17 : Volume de stockage de la chaîne du froid, niveau central**

Nombre d'unités	Capacité			Volume Net total (litres)
	Nette de stockage (Litres)			
<b>3 Chambres positives</b>	<b>30 000</b>			<b>45 000</b>
	<b>10 000</b>			
	<b>5 000</b>			
<b>17 congélateurs / Température négative</b>	<b>Vestfrost MF 314</b>	<b>02</b>	<b>670</b>	<b>7610</b>
	<b>Vestfrost MF5506</b>	<b>06</b>	<b>2400</b>	
	<b>Vestfrost SB 300</b>	<b>03</b>	<b>750</b>	
	<b>Electrolux FCW300</b>	<b>0</b>	<b>1940</b>	
	<b>Vestfrost HF 2203</b>	<b>04</b>	<b>1600</b>	
	<b>Vestfrost MF 304</b>	<b>01</b>	<b>250</b>	

\* en tenant compte exclusivement des chambres froides réservées au PEV

### Chambre froide positive :

**Le dépôt central situé au Service de Vaccination à Antananarivo dispose actuellement de trois chambres froides positives d'une capacité de 45 m<sup>3</sup> ou 45 000 litres.**

**Solutions envisagée** en 2009-2010 : - Etablissement d'un contrat de location avec la Centrale d'achat SALAMA pour une chambre froide positive afin de pouvoir conserver les vaccins contre le pneumocoque de la réception jusqu'au distribution des vaccins au niveau des centres de stockage régionaux et ceux des districts enclavés et éloignés .La location sera à la charge de l'UNICEF et ce à partir de 2010. Cette période s'étalera jusqu'à la disponibilité au niveau national de la nouvelle chambre froide d'une capacité de 80m<sup>3</sup> qui sera financée par l'UNICEF ;

Par la suite un plan d'expansion de la chaîne du froid sera mis en œuvre avec l'appui des partenaires du PEV en l'occurrence l'UNICEF et la JICA et ce selon le plan de réhabilitation de la chaîne du froid de 2003-2013 ; Au cas où il y aura un gap de financement, l'Etat sollicitera l'appui financier de la Banque Mondiale ou d'autres partenaires.

Avec l'introduction du vaccin rotavirus, un achat d'une deuxième chambre froide de 80000litre est nécessaire de même que la construction du magasin de stockage.

L' UNICEF pourra financer l'achat de cette deuxième chambre froide selon son plan de réhabilitation 2009-2014. En cas d'impossibilité ou de gap de financement , l'Etat demandera la contribution de la Banque Mondiale ou d'autres partenaires potentiels

### Chambre froide négative

**Le volume actuel de stockage en température négative du dépôt central est de 7 610 litres en congélateurs. Tous ces congélateurs se trouvent au niveau du magasin central**

**2 .Organisation de la chaîne du froid au niveau central : 2 approvisionnements par an (cf. les commandes envoyées à l'UNICEF pour la réception)**

**Tableau 18 : Besoins en ressources futures en USD**

	Expenditures	Future Resource Requirements					Total 2010 - 2014
	2008	2010	2011	2012	2013	2014	
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Vaccine Supply and Logistics	\$10 722 350	\$13 618 457	\$38 120 535	\$37 637 108	\$58 341 265	\$62 524 822	\$210 242 187
Service Delivery	\$852 154	\$925 101	\$951 799	\$1 044 479	\$1 041 050	\$1 115 926	\$5 078 355
Advocacy and Communication	\$56 244	\$132 600	\$36 414	\$63 672	\$81 182	\$38 643	\$352 512
Monitoring and Disease Surveillance	\$236 341	\$663 000	\$676 260	\$742 846	\$757 703	\$772 857	\$3 612 665
Programme Management	\$370 057	\$562 909	\$249 841	\$305 892	\$260 676	\$278 369	\$1 657 688
Supplemental Immunization Activities	\$503 830	\$4 571 812	\$0	\$141 606	\$5 695 940	\$180 001	\$10 589 359
Shared Health Systems Costs	\$4 700 831	\$4 876 243	\$4 661 648	\$4 966 910	\$4 806 465	\$5 341 797	\$24 653 064
	<b>\$17 441 807</b>	<b>\$25 350 122</b>	<b>\$44 696 497</b>	<b>\$44 902 514</b>	<b>\$70 984 281</b>	<b>\$70 252 415</b>	<b>\$256 185 829</b>

### **III. le profil du futur financement de 2010 à 2014**

Actuellement, la contribution du Gouvernement dans l'appui au programme de vaccination, laquelle est surtout focalisée sur l'achat de vaccins et du pétrole, ainsi que sur les frais de personnel reste encore faible. Cependant, selon le plan de viabilité financière pour le programme de vaccination, sa participation demeure acquise pour les années à venir compte tenu de son engagement dans ce domaine. Dans l'hypothèse où le taux de croissance économique nationale augmente de 8% par an, le budget alloué au secteur santé pourrait en récolter les retombées positives, se traduisant par un accroissement par année de 10% de budget supplémentaire à titre de contribution à la fourniture en vaccins<sup>26</sup>.

Pour le PPAC 2010– 2014, le coût total des besoins s'élève 256 185 829 USD dont la contribution des partenaires représente 75% soit 191 228 036 USD.

Il est ainsi constaté que les financements sûrs et probables pour soutenir ce plan stratégique sont encore pour la plus grande part supportés par les partenaires. Ce montant de 202 322 424 USD, représente plus de 78.9 % du coût total des besoins.

Le financement sécurisé s'élève environ à 228 100 550 USD soit 89% du coût total

On estime le gap à 28 085 079 USD dont de 11 198 388 USD est probable. Ce qui nous donne un gap réel de 16 886 891 USD correspondant à environ 7% du coût total

<sup>26</sup> MSPF, Plan de Viabilité Financière du Programme Elargi de Vaccination de Madagascar, 2004-2013, p.40.

Ce gap pourra être comblé par une augmentation de la contribution de l'Etat ou par une contribution supplémentaire des partenaires habituels ou soit par la mobilisation des nouveaux partenaires potentiels du PEV

Force est de constater que l'effectivité du financement du PPAC 2010– 2014 de Madagascar repose surtout sur le financement assuré et probable escompté de l'Initiative GAVI, de l'UNICEF, de l'OMS et de l'USAID ainsi que de la Banque Mondiale.

Le gouvernement a montré une volonté appréciable d'aller de l'avant à travers sa participation effective au soutien du programme, notamment dans la fourniture de vaccins de routine et des nouveaux vaccins à Madagascar. Dans la poursuite de ses efforts, on souhaiterait une contribution progressive

## **RESPONSABILITES DES PARTENAIRES DU PEV**

### **1. Ministère de la Santé et du Planning Familial - Service de la Vaccination – Directions régionales :**

En qualité de premier responsable du secteur santé à Madagascar, le Ministère de la Santé et du Planning Familial assurera principalement le leadership pour la réalisation du plan pluriannuel, l'exécution et le suivi des différents plans d'action avec l'appui des partenaires. Il sera à charge : d'assurer la gestion du programme de vaccination ; l'organisation sur une base mensuelle de la réunion de coordination du Comité Inter-Agence ( technique) et trimestriellement ( senior) dans le cadre de l'appui au PEV ; l'augmentation de la contribution du Gouvernement en matière d'achat des vaccins du PEV de routine ; le maintien de la contribution du Gouvernement pour l'achat du pétrole nécessaire au fonctionnement et au maintien de la chaîne de froid ; la prévision dans le budget de l'Etat de l'augmentation progressive de la participation à la prise en charge des frais liés à la mise en œuvre de la stratégie avancée et la tenue des revues périodiques des agents de santé au niveau des SSD ; l'élaboration des directives nécessaires pour l'application des recommandations issues des évaluations.

### **2. Institut Pasteur de Madagascar :**

L'IPM qui constitue le laboratoire national de référence pour la surveillance biologique des maladies cibles du PEV sera particulièrement impliqué dans le programme de vaccination en vue de : renforcer son appui en matière de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV ; poursuivre les études épidémiologiques de base relatives aux maladies cibles du PEV ; participer régulièrement aux réunions du Comité de Coordination Inter-Agence avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial dans le cadre de l'appui au PEV ; participer aux activités de supervision du Service de Vaccination surtout en matière de surveillance épidémiologique ; partager régulièrement avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial et ses partenaires en matière de PEV les résultats des recherches en rapport avec le PEV.

### **3. JICA (JAPON) :**

La contribution du Gouvernement Japonais, à travers JICA se résume dans le maintien de son appui financier au PEV ; la poursuite de la mobilisation des ressources internes pour l'appui au PEV ; sa participation régulière aux réunions de comité de coordination inter-agence avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial dans le cadre de l'appui au PEV. Il contribue également à l'appui technique pour la formation des responsables de surveillance (formation au Japon).

### **4. Organisation Mondiale de la Santé :**

L'OMS apportera son soutien au programme dans le maintien de son appui financier au PEV ; la poursuite de la mobilisation des ressources internes et des fonds supplémentaires pour l'appui au PEV ; la participation régulière aux réunions du Comité de Coordination Inter-Agence avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial dans le cadre de l'appui au PEV. Il contribue aussi à l'appui technique du PEV : en matière de surveillance épidémiologique, aux ateliers de microplanification lors de l'introduction de l'approche ACD au niveau des districts et des microplanification pour la préparation des activités de vaccination supplémentaires. Il en est de même pour sa participation dans les activités: de formation en gestion PEV, de supervision et de suivi de qualité des campagnes de la Santé de la Mère de l'Enfant organisées par le Service de Vaccination et le partage des informations internationales en matière de vaccination.

### **5. UNICEF**

Dans le cadre de son programme d'appui à la santé de la mère et de l'enfant, l'UNICEF contribue à la mise en œuvre du programme de vaccination en maintenant son appui financier au PEV ; poursuivant la mobilisation des ressources internes et des fonds supplémentaires pour l'appui au PEV en particulier l'expansion du parc de la chaîne de froid et des matériels roulants ; participant régulièrement aux réunions du Comité de Coordination Inter-Agence avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial dans le cadre de l'appui au PEV ; renforçant le plaidoyer relatif à l'indépendance vaccinale ; assurant l'appui technique au PEV ; participant dans les activités de supervision organisées par le Service de Vaccination ; veillant à l'intégration de la vaccination dans les interventions à base communautaire soutenues par l'UNICEF ; promouvant l'intégration de la vaccination dans le plan intégré multimédia de Section Information et Communication de l'UNICEF.

### **6. USAID et Organismes rattachés (SANTENET, BASICS, MCDI ...)**

A travers ses agences d'exécution et partenaires locaux, l'USAID apportera son appui dans le maintien de son financement à ses partenaires locaux impliqués dans le renforcement des activités de vaccination ; la poursuite de la mobilisation des ressources internes et des fonds supplémentaires pour l'appui au PEV ; le renforcement des activités PEV dans les SSD d'intervention du projet y compris l'intégration du PEV dans les interventions à base communautaire ; la participation régulière aux réunions du comité de coordination inter-agence avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial

dans le cadre de l'appui au PEV ; l'assistance technique au PEV surtout dans la mise en œuvre du plan d'action ; la participation aux activités de supervision organisée par le Service de Vaccination

### **SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE**

1. Conformément au plan d'action du Service de Vaccination, des réunions mensuelles du Comité de Coordination Inter-Agence (sous comité technique) avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial dans le cadre de l'appui au PEV seront tenues sur invitation de la Direction de la Santé de la Famille. Les réunions du Comité pour la survie de l'Enfant (dont fait partie le CCIA senior) se tiendra tous les trimestres.

2. Le Service de Vaccination assurera le secrétariat et proposera un agenda pour chaque réunion, tenant compte des recommandations des membres du CCI-A. L'ordre du jour de ces réunions mensuelles comprendra systématiquement l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action annuel du Service de Vaccination, le suivi des taux de couverture vaccinale par province et par SSD, le suivi de l'évolution de nouveaux cas de maladies cibles du PEV et le suivi des recommandations des évaluations périodiques du programme de vaccination.

3. Le CCI-A senior sera consultée pour toutes les grandes décisions programmatiques visant à améliorer les performances du PEV.

## PLAN D'ACTION 2010

Tableau 7: Plan de travail annuel (simple tableau)

Activités	Activités consolidées et intégrées	Oui	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUN	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Unit responsable	Coût\$	Fonds disponible		gap
																	Gouvt.	Partenaires	
<b>Prestation des services de vaccination et Gestion du Programme</b>																			
▪ Mettre à niveau les connaissances et aptitudes des agents		Nat DRS/SSD							x	x	x	x	x	x	SV DRS	25000		25000	
▪ Organiser les ateliers de micro planification au niveau des districts		SSD				x	x	x	x	x					SSD	200000		25000	
▪ Mettre en œuvre des activités des composantes ACD au niveau des districts		CSB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SSD	85000		85000	
▪ Effectuer le Suivi et les supervisions des districts prioritaires		SSD	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SV	25000		25000	
▪ Déployer les équipes sanitaires mobiles dans les districts ciblés moins performants		CSB			x			x			x			x	Reg	15000		15000	
▪ Réinstaurer l'utilisation des bacs à fiches		CSB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SV/Reg	6000		6000	
▪ Impliquer les agents communautaires de la recherche des perdus de vue et la sensibilisation		Communautés	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CSB	x			
- Equiper les agents communautaires en cahiers pour l'enregistrement et le suivi des enfants		Communautés	x												Partenaires	34000		34000	
▪ Réévaluer les besoins en formation du personnel de santé concerné par le PEV		Nat	x	x	x										SV Reg	x			
▪ Actualiser un plan de formation continue pour les agents de santé		Nat	x	x	x										Reg	x			
▪ Former des formateurs de l'IFP en gestion PEV		Nat	x	x	x										SV Parten	5000		5000	

▪ Suivre le développement du cursus de formation PEV au niveau de l'INSPC et les facultés de - médecine ( module MLM) et IFP		Nat			x											SV	5000		5000	
▪ Organiser une campagne de supplémentation en Vit A tous les six mois dans le cadre de la mise en œuvre de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME)		Nat				x							x			SV Nut Partenaires	1200000		800000	400000
▪ Effectuer le rattrapage vaccinale lors de la prise en charge de l'enfant (PCIME)		CSB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		SV SSE	x			
▪ Distribuer des moustiquaires imprégnées aux enfants de moins d'un an, complètement vaccinés ou lors DTCHépB +Hib3 et femmes enceintes lors CPN/VAT dans les zones à forte endémicité palustre		CSB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		SV Palu	x			
▪ Tenir des réunions mensuelles de contrôle des données au niveau central		Centrale	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		SV Partenaires	25000		25000	
▪ Former les Resp PEV et Points focaux de surveillance en gestion des données		REGion				x	x	x	x	x	x	x	x	x		Sv Partenaires	25000		25000	
▪ Organiser des réunions trimestrielles de revue du PEV		district			x			x						x		Sv Regions	25000		25000	
▪ Effectuer un contrôle d'auto-évaluation des données (DQS)		CSB							x							Regions SV	10000		10000	
▪ Effectuer un contrôle externe de la qualité des données (DQA)		Nat							x							Partenaires	40000		40000	
▪ Effectuer une évaluation de la gestion des vaccins périodiquement (VMA)		Nat												x	x	Sv Partenaires	15000		15000	
▪ Doter en équipements informatiques et outils de gestion les prestataires et les responsables PEV		DRS Dis				x										SV Partenaires	21000 25000		21000 25000	
▪ Inclure la Vit A, le déparasitage dans les AVS contre la rougeole		Nat												x		Snut SV	x			
▪ Organiser des campagnes de vaccination de suivi (rattrapage) contre la rougeole chez les enfants de 9 mois à 59 mois en 2010 et 2013		Nat													x	SV Partenaires				
- Mener une enquête de validation de l'élimination du TMN dans les zones à haut risque		Nat								x						OMS	30000		30000	
- Former les prestataires sur le vaccin contre pneumocoque											x	x	x	x		SV Partenaires	80000		80000	
- Elaborer le guide et différents supports						x	x									SV Part	60000		60000	



- Orienter les Services de Vaccination sur les nouvelles approches pour l'incitation de la population à l'utilisation des services de vaccination		N	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SV Unicef OMS			
- Faire le plaidoyer pour la promotion de la vaccination lors d'autres interventions de santé			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SV Partena ires			
- Effectuer des plaidoyers auprès des décideurs politico-administratifs pour l'augmentation du financement national des activités de vaccination			x	x									x	x	SV MSPSP F				
- Produire les documents d'information			x										x		SV/ MSPFP S	5000		5000	
- Tenir des séances de travail avec les autorités				x										x	SV/	5000		5000	
- Fournir de la documentation sur les nouveaux vaccins															SV MSPFP S	10000		10000	
- Organiser les réunions d'informations avec les cliniciens	x														SV/ MSPFP S	10000		10000	
<b>- Surveillance</b>																			
- Prioriser et Organiser les sites pour la recherche active des cas		Nat	x	x	x											PFR PFD PFN	25000		25000
- Former des nouveaux points focaux chargés de la surveillance		Reg			x			x						x	SV	15000		15000	
- Equiper les services de Kits de prélèvement /transport d'échantillons, outils de gestion		Dist						x						x	OMS	147368		147368	

- Organiser les activités de surveillance active avec la participation communautaire et les cliniciens		Reg Dist	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SSD	5000		5000
- Documenter les activités d'éradication de polio, contrôle de la rougeole, élimination de TNM		Nat			x			x			x			x	Nat	5000		5000	
- Allouer les fonds de fonctionnement au laboratoire de référence /Institut Pasteur		Nat			x			x			x			x	OMS	40000		40000	
- Suivre et superviser les prestations de surveillance des maladies		CSB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	PFD	16000		16000	
- Evaluer périodiquement les performances du système de surveillance.		Nat						x						x	PFR PFN	10000		10000	
- Mettre en place les services de surveillance de Hib, Pneumocoque, Rotavirus		Nat			x	x	x								SV Partenaires	15000		15000	
- Tenir des réunions périodiques avec les différents comités ( Comité National des Experts, Comité pour le confinement et Comité National de certification)		Nat			x			x			x			x	SV	5000		5000	
- Effectuer la recherche des MAPI		CSB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CSB SSD				
- Reproduire et distribuer des bulletins d'informations trimestrielles		Nat		x		x		x			x			x	OMS	1000		1000	
- Equiper les services régionaux de surveillance des moyens de communication rapide ( téléphone cellulaire) et équipements pour la gestion des données ( ordinateurs)								x						x	OMS	16000		16000	
- Organiser des revues périodiques		Dist				x					x			x	SV SSD	25000		25000	

Fourniture, qualité et logistique des vaccins																					
- Elaborer le plan d'approvisionnement et de distribution des matériels d'injection		Nat	x	x													SV	x			
- Effectuer des supervisions formatives et intégrées de la qualité et la logistique des vaccins		CSB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		SV DRS SSD	125000		15000	110000
- Doter les formations sanitaires en Outils de Gestion (OG)		CSB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			SV	x			
- Former le personnel sur la gestion des vaccins et chaîne de froid		Nat	x	x	x	x	x	x									SV	25000		25000	
- Superviser la gestion des stock à tous les niveaux		Reg Dis	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			SV DRS SSD				
- Effectuer les commandes adéquates des vaccins et matériels		Nat Re Dis	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			SV DRS SSD CSB				
- Fournir les outils de gestion (fiches de stock, Fiche de temperatures ( SMT)		Nat	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			SV				
- Doter des moyens de transport aux niveaux central, régional et districts		Nat						x									SV Partena ires				
- Fournir les intrants pour la maintenance et le fonctionnement de la chaîne du froid		Nat	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			SV UNICE F	2333618	2 0 0 0 0 0		1884841

- Construire et équiper les magasins de stockage au niveau central et régional		Nat Reg	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SV UNICE F				
- Réhabiliter le parc de chaîne du froid à tous les niveaux		Nat	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SV UNICE F				
- Former les responsables en gestion de la chaîne du froid		Reg			x			x			x				x	SV/log				
- Mettre en œuvre la construction des incinérateurs au niveau des CHD2 et CHD1, CHRR et CHRP		Nat	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SAGS	112000			112000
- Remettre à niveau les prestataires sur la gestion des déchets		Reg			x			x			x				x	SAGS	10000		10000	
Former les gestionnaires des incinérateurs des CSB2 et CHD en maintenance des incinérateurs		Reg			x			x			x				x	SAGS	10000		10000	

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique WHO/AFRO, *Strategic plan 2006-2009*, 14<sup>th</sup> TFI Meeting and 13<sup>th</sup> ARICC Meeting, Maputo, 27-29 novembre 2006.
2. Gouvernement de Madagascar, Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2003, 2005, Madagascar.
3. Institut National de la Statistique, ORC MACRO, *Enquête Démographique et de Santé*, 2003-2004, Antananarivo, Madagascar, octobre 2005, 442 pages.
4. Institut National de la Statistique, *Enquête Périodique auprès des Ménages*, 2004, Antananarivo, Madagascar, 187 pages.
1. Ministère de la Santé et du Planning Familial, UNICEF, *Annuaire statistiques du secteur santé*, 2000, 2004.
2. Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Audit de la qualité des données de vaccination 2004 à Madagascar*, octobre 2005, Madagascar, 30 pages.
3. Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme du secteur de la santé*, 2009-2011, Madagascar, 16 pages.
4. Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Plan de Développement du Secteur Sanitaire*, 2007 – 2012, Madagascar, août 2006, 69 pages.
5. Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant*, 2006-2010, Madagascar, Décembre 2005, 33 pages.
6. Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Politique Nationale de Gestion des déchets des établissements de soins et de sécurité des injections*, Madagascar, septembre 2005, 56 pages.
7. Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Politique Nationale de Santé*, Madagascar, 1996, 71 pages.
8. Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Politique Nationale de Santé de l'enfant*, Madagascar, septembre 2005, 59 pages.
9. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la santé de la famille, Service de vaccination, *Plan de Viabilité Financière du Programme Elargi de Vaccination de Madagascar*, 2003-2013, mars 2004, Madagascar, 100 pages.
10. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Famille/Service de Vaccination, *Rapport annuel d'activités*, 2005
11. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Famille/Service de Vaccination, *Rapport sur les Activités de Vaccination Supplémentaires pour l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal*, octobre-novembre 2005.

12. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Famille/Service de Vaccination, *Rapport sur la revue trimestrielle PEV*, Hôtel Panorama, avril 2006.
13. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Famille/Service de Vaccination, *Revue externe du PEV*, Madagascar, rapport provisoire, août 2006.
14. OMS, *Projet de stratégie mondiale de vaccination*, A 58/ 12, Cinquante-huitième Assemblée Mondiale de la Santé, avril 2005, 46 pages.
15. Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme du secteur de la santé*, 2006-2008, Madagascar, 100 pages.
16. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Les Grandes Réalisations du MSPF, Déc 2008.
17. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant/Service de Vaccination, Evaluation Externe de l'Approche ACD, Madagascar, Rapport Juillet 2007.
18. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant/Service de Vaccination, Evaluation de la Gestion des Vaccins à Madagascar, Rapport, novembre 2007.
19. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant/Service de Vaccination, Enquête nationale de couverture vaccinale, Madagascar, Rapport, novembre 2007.
20. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant/Service de Vaccination, Evaluation de la Gestion des Vaccins à Madagascar, Rapport, novembre 2008.
21. Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant/Service de Vaccination, Revue Externe de la Surveillance de Maladies, en particulier la Paralyse Flaque Aiguë, Madagascar, Rapport, novembre 2008.
22. Estimation of severe illness cases and deaths due to *Haemophilus influenzae* type b (Hib); *Streptococcus pneumoniae* in Madagascar, du 23 Juillet 2009
23. Organisation Mondiale de la Santé, Communiqué de presse OMS/18 du 05 Juin 2009: Recommandation sur l'usage des Vaccins Anti Rotavirus Partout dans le monde
24. World Health Organisation, WHO Country Health System Fact Sheet, 2007 Madagascar
25. Lancet Maternal and Child Nutrition Series, 2008, for Mal Nutrition Figure
26. Formulaire Conjoint OMS-UNICEF: 2006, 2007, 2008.
27. Rapports de Situation Annuel: 2006, 2007, 2008

