



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Le dialogue multipartite sur la vaccination Madagascar 2020

Du 1^{er} au 3 Décembre 2020

Planification de la vaccination dans le contexte de la COVID-19

ACRONYMES

AC : Agents Communautaires
ACC : Atteindre Chaque Cible
APART : Autorité Politico-Administrative, Religieuse et Traditionnelle
AT : Assistance Technique
ATR : Assistants Techniques Régionaux
CAP : Connaissances Attitudes Pratiques
CCEOP : Cold Chain Equipment Optimisation Platform
CCIA : Comité de Coordination Inter Agence
CDF : Chaîne de Froid
CHRD : Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR : Centre Hospitalier Régional de Référence
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
COMARESS : COalition MALagasy pour le Renforcement du Système de Santé
COVAX : COVID Vaccin Access
CPN : Consultation Pré Natale
CSB : Centres de Santé de Base
CV : Couverture Vaccinale
DEPSI : Direction des Etudes, de la Planification et du Système d'information
DGFS : Direction Générale des Fournitures de Soins
DGMP : Direction Générale de la Médecine Préventive
DHIS2 : District Health Information Software 2
DPEV : Direction du Programme Elargi de Vaccination
DPS : Direction de la Promotion de la Santé
DQS : Data Quality Self Assessment
DRH : Direction des Ressources Humaines
DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique
DS : Districts Sanitaires
DSSB : Direction des Soins de Santé de Base
DVDMT : District Vaccination Data Management Tool
DVSSER : Direction de la Veille Sanitaire, de la Surveillance Epidémiologique et Riposte
ECV : Enquête de Couverture Vaccinale
EDS : Enquête Démographique et de Santé
ENSOMD : Enquête National pour le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement
ENV : Enfants Non Vaccinés
EPI : Equipement de Protection Individuelle
FKT : Fokontany
Gavi : Global Alliance for Vaccines and Immunization
GESIS : Gestion du Système d'information de Santé
GEV : Gestion Efficace des Vaccins
GTCV : Groupes Techniques Consultatifs nationaux sur la Vaccination
JLV : Journée Locale de Vaccination
LFR : Loi de Finance Rectificative
LQAS : Lot Quality Assurance Sampling
MAPI : Manifestations Adverses Post Immunisation
MEV : Maladies Evitables par la Vaccination
MICS : Multiple Indicators Clusters Survey
MINSANP : Ministère de la Santé Publique
MR : Measles Rubella

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OMV : Occasions Manquées de Vaccination
ONG : Organisme Non Gouvernemental
OSC : Organisation des Sociétés Civiles
PAC : Paquet d'Activités Communautaire
PARN : Programme d'Amélioration des Résultats Nutritionnels
PDV : Perdue de Vue
PEF : Partner Engagement Framework
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PF : Planification Familiale
PFA : Paralysie Fléttre Aigue
POT : Program Officer Terrain
PPAc : Plan Pluri Annuel Complet
PTA : Plan de Travail Annuel
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSH : Rapport de Surveillance Hebdomadaire
RSS : Renforcement du Système de Santé
SDSP : Service de District de Santé Publique
SG : Secrétariat Général
SNI : Système National d'Immunisation
SRC : Syndrome de Rubéole Congénital
SSME : Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
T2 : 2ème trimestre
TCA : Targeted Country Assistance
TDR : Terme de Référence
UCP : Unité de Coordination des Projets
UNICEF : United Nations Children's Fund
USAID : United States Agency for International Development

Table des matières

1. Introduction	7
2. Situation nationale pré-COVID-19, sur la base des informations reçues par Gavi	8
2.1. Revue des principaux macro indicateurs	8
2.2. Aperçu des performances du soutien aux vaccins	9
2.3. Tendances de couverture et équité dans les districts	12
2.4. Aperçu de la mise en œuvre du RSS	14
2.5. Vue d'ensemble des autres soutiens de Gavi	16
2.6. Conformité, absorption et autres questions de risque fiduciaire	16
2.7. Vue d'ensemble des progrès de l'aide ciblée aux pays dans le cadre du PEF	18
3. Impact de la COVID-19 sur la vaccination (en 2020) : situation actuelle	19
3.1. Situation épidémiologique de la COVID-19 à la date du 14/11/2020	19
3.2. Surveillance et incidence de la maladie	21
3.2.1. Surveillance de la rougeole et de la rubéole	21
3.3. Surveillance des cas suspects	21
3.3.1. Surveillance cas par cas	22
3.3.2. Surveillance des cas de PFA	24
3.4. Impact de la COVID-19 sur la vaccination	25
3.4.1. Les impacts sur l'accès et l'utilisation des services de vaccination	25
3.5. L'impact de la pandémie sur les obstacles sexospécifiques	30
3.6. L'impact de la pandémie sur l'adoption, la demande et l'engagement communautaire	30
3.6.1. L'impact de la pandémie sur l'introduction de nouveaux vaccins ou campagnes prévus	32
3.6.2. L'impact sur les stocks de vaccins	32
3.6.3. L'impact de la pandémie sur le financement de la santé	33
3.6.4. L'impact de la pandémie sur la mise en œuvre du soutien de Gavi	34
3.7. Réaffectations budgétaires déjà convenues de la subvention de RSS vers les mesures COVID-19	34
3.8. Modifications déjà convenues dans l'assistance technique	36
4. Recommandations, priorités et plan d'actions pour le rattrapage des enfants non vaccinés	37
4.1. Les recommandations émises et les priorités retenues pour 2021	37
4.2. Stratégie et plan d'actions pour le rattrapage des enfants zéro dose et sous vaccinés	51
5. Annexes.	61
Annexe 1. Principaux progrès sur la mise en œuvre du TCA	61
Annexe 2. Synthèse des constats et des recommandations émis lors des supervisions formatives de 2019	69

Annexe 3. Stratégies pour atteindre les populations cibles	70
Annexe 4. Analyse de l'impact de la covid-19 sur les performances COMARESS année 2020	71
Annexe 5. Estimation du nombre de cibles à rattraper et du coût des intrants de vaccination de rattrapage pour 2021.	73
Annexe 6. Liste des 150 paramédicaux financés par GAVI	74

Liste des tableaux

Tableau 1. Principaux indicateurs de santé à Madagascar	8
Tableau 2. Vaccins introduits et à introduire	9
Tableau 3. Couverture vaccinale en anti-HPV pendant la phase de séances de démonstration réalisées en 2013-2016 dans les 4 districts	10
Tableau 4. Niveau d'atteinte des indicateurs clés de performances du PEV suivis par Gavi	10
Tableau 5. Progrès accomplis par rapport aux indicateurs (Tableau fourni par le CMM)	13
Tableau 6. Situation financière au 30 septembre 2020	14
Tableau 7. Principales phases du RSS atteintes en 2019	15
Tableau 8. Aperçu des autres soutiens de Gavi	16
Tableau 9. Performance de la surveillance de la rougeole de 2015 à 2020 (cumul S1 à S44)	21
Tableau 10. Comparaison des niveaux de réalisation des séances de vaccination en 2019 et 2020	25
Tableau 11. Comparaison de la performance de la vaccination de janvier à septembre 2019, 2020 (Source : données administratives)	27
Tableau 12. Niveaux de confiance aux agents de santé Source : Enquête CAP sur le COVID-19, ATW-MSANP-UNICEF (Juillet-Août 2020)	31
Tableau 13. Degré de suspicion de l'Etat de mener des essais cliniques de vaccins sur les citoyens et leurs enfants. Source: Enquête CAP sur la COVID-19, ATW-MSANP-UNICEF (Juillet-Août 2020)	31
Tableau 14. Principaux indicateurs macro-économiques	33
Tableau 15. Part de l'Etat dans l'achat des vaccins et consommables 2021	33
Tableau 16. Situation de la mise en œuvre du plan de continuité de vaccination face à la pandémie de COVID-19 (Activités financées par Gavi)	34
Tableau 17. Budget et calendrier des activités du plan de rattrapage	58
Tableau 18. Estimation des cibles à rattraper pour les antigènes autres que le VAR	73
Tableau 19. Estimation des cibles à rattraper pour le VAR.	73
Tableau 20. Estimation du coût des intrants de vaccination pour le rattrapage	74

Liste des figures

Figure 1. Evolution des dépenses de l'Etat dans la vaccination de routine de 2015 à 2019.....	9
Figure 2. Comparaison entre les couvertures vaccinales en DTC-Hib-HepB 3 selon les données administratives, les estimations OMS/UNICEF et les données d'enquête entre 2010 et 2019..	12
Figure 3. Evolution de la performance en DTC-Hib-HepB 3 des districts selon les données administratives, WUENIC et les enquêtes de 2005 à 2019.....	12
Figure 4. La situation des milestones par domaine programmatiques/partenaires	18
Figure 5. Situation épidémiologique de COVID-19 à la semaine 46_2020.....	19
Figure 6. Cas et décès COVID-19 de S11 à S44 de 2020	20
Figure 7. Evolution hebdomadaire des résultats de Tests COVID-19, S12 à S46 de 2020	20
Figure 8. Evolution hebdomadaire des cas suspects de rougeole à S44_2020	22
Figure 9. Evolution hebdomadaire des cas confirmés de rougeole et de rubéole à S47_2020 .	22
Figure 10. Evolution des indicateurs de la surveillance de la rougeole de janvier 2018 à octobre 2020	23
Figure 11. Pourcentage de cas de PFA dont les échantillons sont parvenus au laboratoire dans les 72 heures par région, 2018-2020.....	24
Figure 12. Disponibilité des résultats de laboratoire dans les 14 jours après réception des échantillons de PFA.....	24
Figure 13. Tendances de la proportion des séances de vaccination en stratégies fixes réalisées mois par mois de 2020 comparés à 2019 (Source ISS Septembre 2020)	25
Figure 14. Tendances de la proportion des séances de vaccination en stratégies avancées réalisées mois par mois de 2020 comparés à 2019 (Source ISS Septembre 2020)	25
Figure 15. Comparaison des nombres d'enfants vaccinés par mois en Penta 1 de janvier à septembre 2019 – 2020 (Source : ISS)	26
Figure 16. Comparaison des nombres d'enfants vaccinés par mois en Penta 3 de janvier à septembre 2019 – 2020 (Source : ISS)	26
Figure 17. Le nombre d'accouchements assistés par mois de janvier à septembre 2020 (Source : DHIS2)	27
Figure 18. Nombre des zéro dose par régions de janvier à septembre 2020 (Source : données administratives).....	28
Figure 19. Répartition des enfants de 0 à 11 mois selon le statut vaccinal par région en 2020 (Source : données administrative)	28
Figure 20. Cartographie par districts des taux de couverture en DTC-HépB-Hib 1 et enfants zéro dose	29
Figure 21. Cartographie par districts des taux de couverture en DTC-HépB-Hib 3 et enfants sous vaccinés.....	29
Figure 22. Changements de comportement remarquables dans le quotidien des individus entre 15 et 60 ans interrogés entre avril et août 2020, Source : Enquête CAP sur le COVID-19, ATW-MSANP-UNICEF (Juillet-Août 2020)	30
Figure 23. Réallocation par partenaire et domaine programmatique	36

1. Introduction

Madagascar a été fortement impacté par la pandémie de Covid-19 aussi bien sur le plan sanitaire qu'économique. En effet, les 3 premiers cas confirmés de Covid-19 ont été notifiés le 19 mars 2020. A la date du 1er décembre 2021, le nombre de cas notifiés par le pays était de 17.153 dont 16.433 guéris et 246 décès.

Afin de limiter la propagation de la maladie, le Gouvernement Malagasy a décrété un état d'urgence sanitaire et instauré des mesures restrictives telles que le confinement, le couvre-feu, la fermeture des écoles, etc. Les agents de santé ont été réquisitionnés pour appuyer les activités de riposte à cette pandémie

Cette situation n'était pas sans conséquence sur la performance du service essentiel de la santé y compris la vaccination de routine. Cette situation a occasionné une rupture des prestations de services de la vaccination systématique. De plus, l'approvisionnement en vaccin a connu un retard entraînant des ruptures de certains antigènes au niveau opérationnel.

Plusieurs activités du plan de travail annuel de la DPEV ont été ainsi annulées ou reportées dont certaines financées par GAVI.

Afin d'identifier les conséquences de la Covid-19 sur la vaccination, un dialogue multipartite a été mené avec la participation des toutes les parties prenantes du PEV, y compris les organisations de la société civile.

Une équipe composée de la DPEV et des partenaires techniques et financiers a été mise en place pour l'organiser et pour préparer les documents qui ont servi de base de discussion pendant les deux jours d'atelier. Au cours de cet atelier, les priorités du pays pour l'année 2021 ont été identifiées notamment le rattrapage vaccinal des enfants qui ont manqué leurs doses pendant la pandémie. Les besoins en assistance technique ont été également identifiés. Une troisième journée a été dédiée à la réunion du CCIA décisionnel pour valider les résultats obtenus durant ces deux jours de réflexion.

Une réallocation des fonds RSS2 a été effectuée par les parties concernées afin de financer les activités prioritaires pour l'année 2021.

2. Situation nationale pré-COVID-19, sur la base des informations reçues par Gavi

2.1. Revue des principaux macro indicateurs

Avec un Revenu Brut par Habitant de 520 USD en 2019, Madagascar est classé parmi les pays à faible revenu.

Tableau 1. Principaux indicateurs de santé à Madagascar

Contextual Information

PEF Tier: Tier 2	Fragility Status: Non-fragile	1. Initial self-financing		
Indicator Name	Year	Source	Value	
GNI per capita	2019	World Bank	520	
Health Centres per 100k population	2013	WHO - GHO	0.27	
Nurses/Midwives per 1000 population	2018	WHO - GHO	1.5	
Population	2020	UNPD	27,091,019	
Surviving Infants	2020	UNPD	868,735	
Under-5 mortality (per 1000)	2018	UNICEF	54	

Il y a lieu de noter que dans utility 2020 de la DEPSI, la projection du nombre de population totale est de 27 301 000 (basée sur le RGPH-3), ce qui donne un nombre d'enfants survivants de 909 123.

Health financing (and trends)

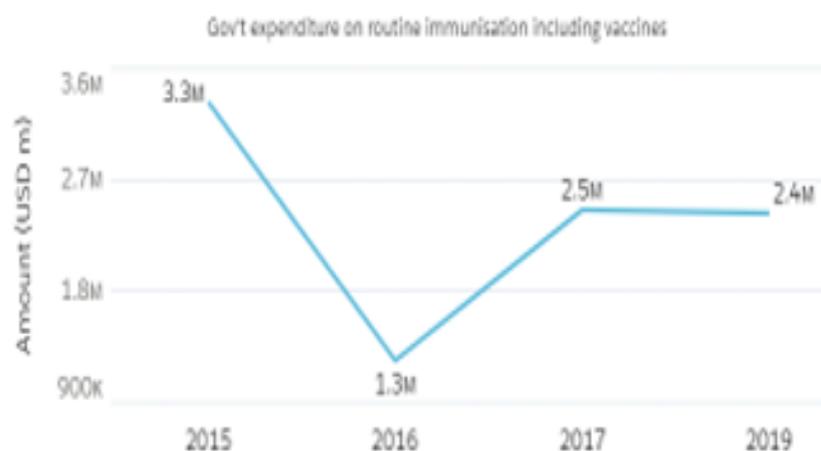


Figure 1. Evolution des dépenses de l'Etat dans la vaccination de routine de 2015 à 2019

2.2. Aperçu des performances du soutien aux vaccins

Tableau 2. Vaccins introduits et à introduire

Vaccine	Introduction Date	2017 Coverage (%)	2018 Coverage (%)	2019 Target
PENTA	07-2008	74	75	92
PNEUMO	11-2012	74	75	92
ROTA	05-2014	74	75	91
IPV	05-2015	62	70	82

Vaccine Name	Type	Sub-Type	Status	CP Date ↑	Phase
MEASLES	Routine	2nd D	Approved	2020-04-30	NA
MEASLES	Campaign	Follow-up	Approved	2021-05-31	NA
TYPHOID	Campaign	-	Forecasted	2022-07-01	NA
TYPHOID	Routine	-	Forecasted	2022-07-01	NA
MEASLES	Campaign	Follow-up	Forecasted	2022-12-31	NA
HPV	Campaign	MAC	Forecasted	2023-10-31	NA
HPV	Routine	-	Forecasted	2023-10-31	NA
MR	Campaign	Catch-up	Forecasted	2025-12-31	NA
MR	Routine	1st D	Forecasted	2025-12-31	NA
MR	Campaign	Follow-up	Forecasted	2028-12-31	NA
MR	Campaign	Follow-up	Forecasted	2031-12-31	NA

En septembre 2020, le pays a introduit la deuxième dose du VAR dans le calendrier vaccinal chez les enfants âgés de 15 à 18 mois. Tous les 114 districts ont introduit le VAR2 dans la routine. L'objectif au niveau national est de vacciner 30% des cibles jusqu'à la fin de cette année.

Plusieurs antigènes seront intégrés dans le calendrier vaccinal de routine dans les années à venir comme stipulé dans le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2020-2024, notamment le vaccin contre le papillomavirus (anti-HPV)¹, le vaccin contre la rougeole/rubéole (RR) et la deuxième dose de VPI (VPI2).

¹ Introduction prévue en 2023 sous réserve d'un avis favorable du GTCV

Concernant le vaccin anti-HPV, un programme pilote de démonstration chez les filles scolarisées en CM2 et non scolarisées âgées de 10 ans a été mené de 2013 à 2016 au niveau de 4 districts. Les résultats de ce dernier sont présentés dans le tableau qui suit. La mise à l'échelle de cette activité est prévue dans le PDSS 2020-2024.

Tableau 3. Couverture vaccinale en anti-HPV pendant la phase de séances de démonstration réalisées en 2013-2016 dans les 4 districts

SDSP	1ere Année			2ème Année			3ème Année		
	Cible	Vaccinés	CV (%)	Cible	Vaccinés	CV (%)	Cible	Vaccinés	CV (%)
Soavinandriana	3 237	2 037	62,9	2 811	2 133	75,3	200	50	25
Toamasina	3 442	2 077	60,3	3 064	1 794	58,6	2 304	1 927	83,6
Fianarantsoa I							5 000	306	6,1
Lalangina							3 212	1 004	31
Total	6 679	4 114	61,6	5 875	3 927	66,8	10 716	3 287	30,7

Par ailleurs, pour l'année 2021, des demandes de financement ont été soumises à Gavi pour la réalisation d'une campagne de rattrapage RR chez les enfants de 9 mois à 14 ans révolus et l'introduction de la valence RR, d'une part, et l'introduction du VPI2 dans la routine, d'autre part.

Tableau 4. Niveau d'atteinte des indicateurs clés de performances du PEV suivis par Gavi

Indicateurs	Source	Année	Valeur	Valeur antérieure	Tendance
Couverture nationale en Penta-3	WUENIC	2019	79	75	▲
Taux d'abandon en Penta 1 et Penta 3	WUENIC	2019	7.1	7.4	▼
Différence de couverture en Penta 3 entre milieu rural et milieu urbain	Enquête MICS	2018	13	27,8	▼

Indicateurs	Source	Année	Valeur	Valeur antérieure	Tendance
Différence de couverture en Penta 3 entre quintile plus pauvre et plus riche	Enquête MICS	2018	33	25,1	▲
Différence de couverture en Penta 3 entre mères instruites et non instruites	Enquête MICS	2018	33	32,8	▲
GEV	GEV	2014	60.3	62.9	▼
Nombre d'enfants non vaccinés en Penta 3	JRF	2019	856 413	876 810	▼

Selon le WUENIC, la performance de la vaccination de routine en 2019 a connu une légère amélioration par rapport à l'année précédente. Toutefois, l'objectif visé par le pays n'a pas été atteint. La couverture vaccinale en Penta 3 a augmenté de 4 points de 2018 à 2019 et le nombre d'enfants non vaccinés a baissé de 20 397. Cependant, le taux d'abandon est resté stable.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques :

- la différence de couverture en Penta 3 entre milieu rural et milieu urbain s'est améliorée par rapport à la dernière enquête avec une différence de 14,8 points (ENSOMD 2013 : 27,8 et MICS 2018 : 13) ;
- quant à la couverture en Penta 3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche, la différence a augmenté de 7,9 points (ENSOMD 2013 : 25,1 et MICS 2018 : 33) ;
- La différence de couverture en Penta 3 chez les enfants des mères instruites et non instruites n'a pas changé entre les deux périodes (ENSOMD 2013 : 33 et MICS 2018 : 32,8).

Ces indicateurs tendent à démontrer que la disparité de la couverture vaccinale entre milieu rural et milieu urbain, pauvre et riche, et enfants de mères instruites et non instruites persiste entre les deux périodes.

Il faut noter qu'il n'y a pas d'obstacles sexospécifiques à l'accès à la vaccination depuis l'EDS-IV 2008/2009, l'ENSOMD 2012-13 et le MICS 2018.

La dernière évaluation de la GEV a eu lieu en 2014. Le score a été de 60,3%, ce qui reste en dessous de l'objectif de 80% et montre un recul de 2,6 points par rapport à l'évaluation précédente (2011). L'évaluation de la GEV pour cette année 2020 est en cours. Selon les résultats préliminaires, le score composite GEV s'est amélioré de 61% à 66% et le score GEV au dépôt national de 62% à 78%.

Cette évaluation donnera un aperçu de la situation à jour afin d'élaborer un plan d'amélioration à partir des recommandations découlant de l'analyse des données.

2.3. Tendances de couverture et équité dans les districts

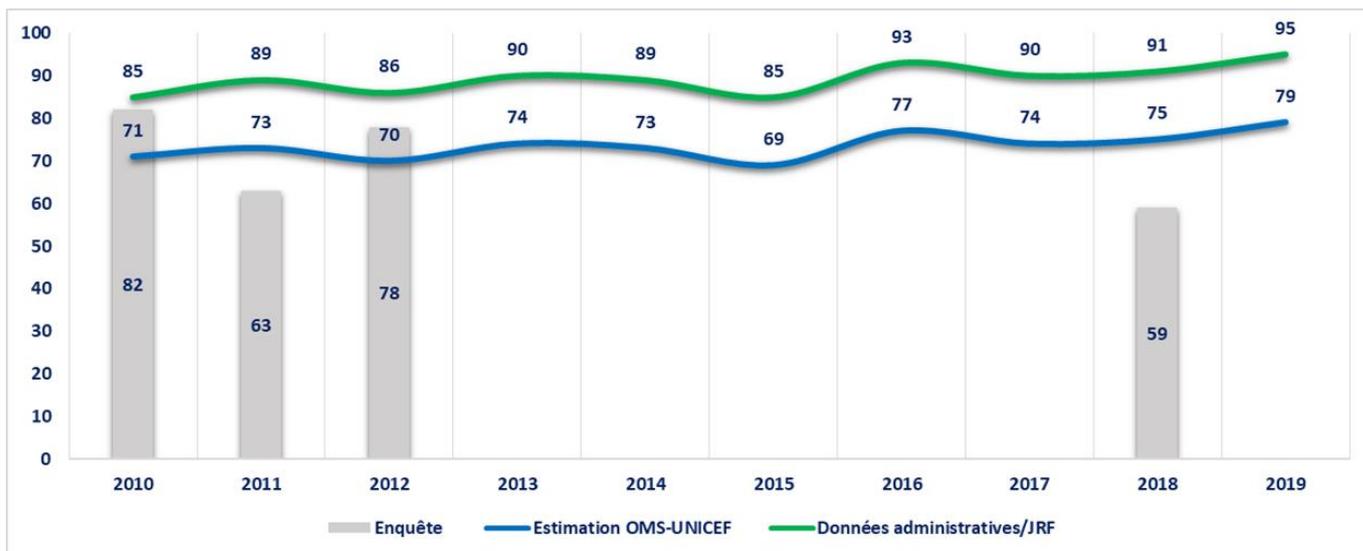


Figure 2. Comparaison entre les couvertures vaccinales en DTC-Hib-HepB 3 selon les données administratives, les estimations OMS/UNICEF et les données d'enquête entre 2010 et 2019

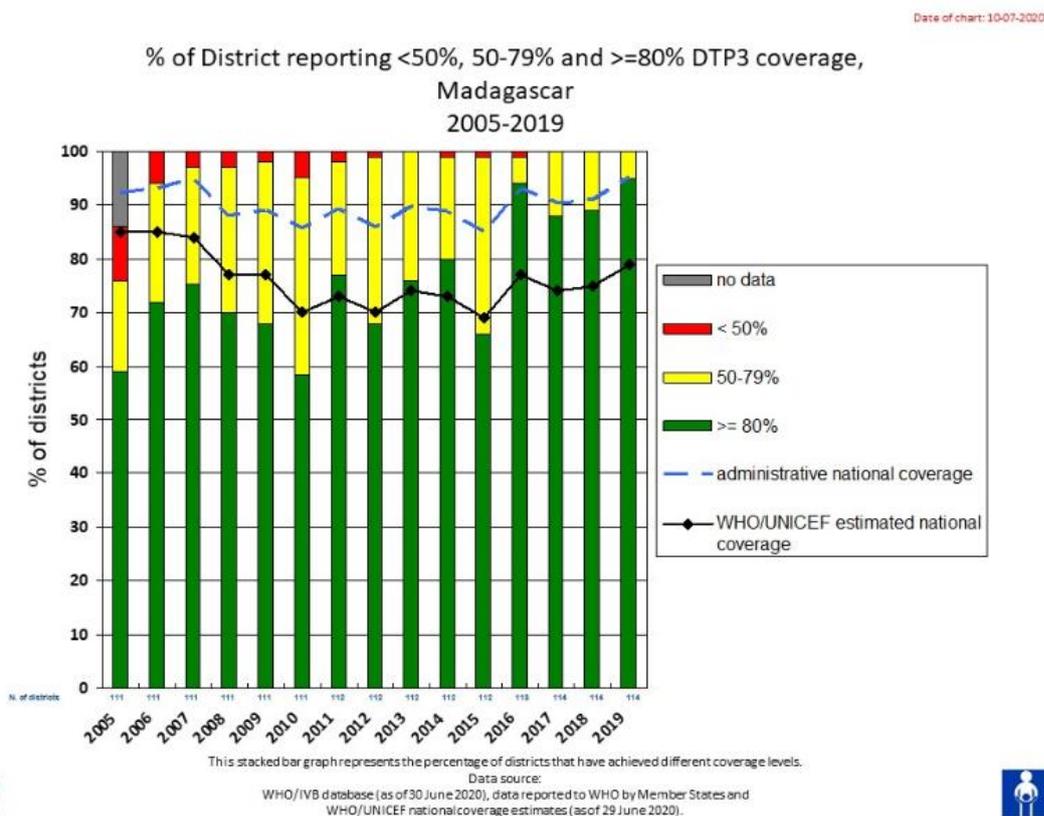


Figure 3. Evolution de la performance en DTC-Hib-HepB 3 des districts selon les données administratives, WUENIC et les enquêtes de 2005 à 2019.

Ces deux figures montrent les problèmes de données à Madagascar. En effet, des écarts entre les données administratives et les autres sources sont constatés. En 2018 et 2019, un écart de 16 points a été enregistré entre la couverture vaccinale administrative en Penta3 et le WUENIC. Pour y pallier, un Plan d'Amélioration des Données (PAD) a été élaboré et mis en œuvre à partir de 2019. Le taux de réalisation des activités du PAD est de 60% au troisième trimestre de 2020.

En décembre 2020, une Enquête de Couverture Vaccinale est prévue afin d'évaluer la couverture vaccinale au niveau des 22 régions.

Concernant la couverture vaccinale administrative des districts, une amélioration a été constatée en 2019. En effet, 95% des districts ont atteint une couverture vaccinale supérieure ou égale à 80%.

Tableau 5. Progrès accomplis par rapport aux indicateurs (Tableau fourni par le CMM)

Indicator type	Semi-standard indicator	Value	Rel. % change
Core	Percent of districts reporting VPD surveillance data	100	0%
	Percent of functional cold chain equipment	72	NA
	Percent of health facilities offering immunisation services	NA	NA
	Percent of outreach sessions conducted against planned	107	NA
	Percent of supervision sessions from province/state to district level conducted	NA	NA

Color coding:

Value cell is green if target has been met and red if not.

Vaccine Programme	Source (2019)	Intermediate results Indicator	Reported actuals	Rel. % change
PNEUMO	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the first recommended dose of PCV vaccine (PCV1)	905,675	7%
	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the third recommended dose of PCV vaccine (PCV3)	854,111	7%
PENTA	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the first recommended dose of pentavalent vaccine (Penta1)	907,603	7%
	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the third recommended dose of pentavalent vaccine (Penta3)	856,413	7%
MCV	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the first recommended dose of measles containing vaccine (MCV1)	824,041	10%
IPV	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the first recommended dose of IPV	NA	NA
All others	EVMA Reports	Effective Vaccine Management Score (composite score)	NA	NA
	JRF	Occurrence of stock-out at national or district level for any Gavi-supported vaccine	No	NA
	Admin (JRF) & Survey	Percentage point difference between Penta 3 national administrative coverage and survey point estimate	NA	NA

Relative % change refers to the percentage increase/decrease of the reported value from the year prior.

The cell is green when the relative change increased, yellow when it remained the same and red when the relative change decreased.

En 2019, les couvertures vaccinales ont connu des améliorations comparées à l'année précédente : 7% pour les Penta1 et 3, ainsi que les PCV1 et 3. Pour le VAR, une augmentation de 10% a été observée. Pour le VPI le nombre d'enfants vaccinés en 2019 était de 835 175, ce qui représente une augmentation de 9,4%.

En mars 2020, selon le DVDMT, 2713 centres de santé publics (soit 100%) et 425 centres de santé privés offrent des services de vaccination. Dans le cadre du Plan de réduction des occasions manquées de vaccination, 4 centres amis de la vaccination ont été mis en place au niveau des grands hôpitaux publics d'Antananarivo et de Tuléar. Cinq agents de santé ont été formés en PEV pratique pour assurer les prestations de vaccination de routine. Toutefois, à cause de la pandémie de COVID 19, 2 centres ont dû suspendre leurs activités de vaccination afin de

protéger les enfants contre les risques d'exposition au virus. En effet les hôpitaux concernés (CHU-MET et CHU-Befelatanana) étaient aux premières lignes dans la prise en charge des malades du COVID.

Selon les données du mois de septembre 2020, le CHU Mère-Enfant Ambohimandra et celui de Tuléar ont pu atteindre respectivement 16 400 et 784 enfants.

Ces résultats ont pu être réalisés grâce aux bonnes pratiques suivantes :

- sensibilisation de l'ensemble du personnel soignant sur les OMV et la prévention et contrôle des infections,
- vérification systématique du statut vaccinal des enfants à chaque contact circuit des malades bien distinct entre le service de soins et le service de vaccination.

Les prestations de service de vaccination ne sont pas toujours disponibles auprès des maternités aussi bien publiques que privées. Celles qui n'en disposent pas orientent les mères vers les centres vaccinants. Dans certaines maternités, les agents de santé des CSB de proximité y viennent pour vacciner les nouveaux nés.

En 2019, des supervisions formatives ont été menées à tous les niveaux. Les supervisions ont été menées à tous les niveaux du système de santé. Une supervision du niveau régional vers les districts a été réalisée dans les 54 districts prioritaires. Avant la descente sur le terrain, les superviseurs du niveau central ont bénéficié d'un briefing sur les termes de référence de ces supervisions. Arrivés au niveau des régions et districts, ils forment à leur tour les EMAR et EMAD sur les techniques de supervision, l'analyse et utilisation des données. Des pratiques sur la supervision ont été réalisées par les EMAR et EMAD sous l'encadrement des superviseurs centraux. Des séances de débriefing ont été conduites avec les régions et les districts à la fin de la mission et des recommandations ont été émises selon les insuffisances constatées.

Les constats et les recommandations issus des supervisions formatives de 2019 sont présentés dans l'annexe n°2.

En 2020, la supervision a été effectuée en Octobre et Novembre dans les 33 districts répartis dans 8 régions (Analamanga, Alaotra Mangoro, Bongolava, Anosy, Androy, Betsiboka, Sud-Est, Ihorombe).

2.4. Aperçu de la mise en œuvre du RSS

Tableau 6. Situation financière au 30 septembre 2020

Bénéficiaire	Montant de la subvention (a)	Fonds déboursés (b)	Paiements Directs GAVI (c)	Dépenses 30/09/2020 (d)	Solde Trésorerie du pays 30/09/2020 (e) = (b)-(d)	Solde Budget du pays 30/09/2020 (f) = (a)-((c)+(d))
MS	5,179,060	3,026,020	965,865	1,461,424	1,564,596	2,751,770
OMS	3,783,545	2,670,098		1,930,597	739,501	1,852,948
UNICEF	7,653,228	4,174,918	174,200	1,392,904	2,782,014	6,086,124
Non Affectés	23,930				-	23,930
TOTAL	16,639,762	9,871,036	1,140,065	4,784,925	5,086,111	10,714,772

Tableau 7. Principales phases du RSS atteintes en 2019

Structuré en fonction des objectifs de la subvention ou des indicateurs du CPF (graphique prérempli par l'équipe du CMM)

	Process Indicators			Intermediate Results		
	Indicator name	Value	Rel. % change	Indicator name	Value	Rel. % change
OBJ-1	Nombre d'agents recrutés sur budget RSS repris par le budget général de l'Etat	NA	NA	Nombre d'enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu la troisième dose du vaccin DTC HépB Hib en stratégie avancée	856413	NA
	Nombre de centres de santé construits/ou réhabilités	0	NA	Nombre d'enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu la troisième dose du vaccin DTC HépB Hib en stratégie fixe	854494	↑, 450%
	Nombre de chefs CSB formés ayant envoyé des micro plans au SDSP	830	NA	Pourcentage de formations sanitaires sans rupture de stock de vaccin DTC HépB Hib	NA	NA
	Nombre de PTA des régions et des districts élaborés	136	→, 0%			
	Taux de réalisation des stratégies fixes	100	NA			
OBJ-2	Magasin central opérationnel	0	NA	CCEOP Additionnel	2	NA
	Nombre de formations sanitaires ayant des équipements de chaîne de froids qui ont remplacé un ou plusieurs équipements à l'aide de la plateforme	542	↓, -15%	CCEOP Maintenance	72	NA
	Nombre de formations sanitaires sans équipement de chaîne de froid qui ont reçu un ou plusieurs équipements à l'aide de la plateforme	149	NA			
OBJ-3	Nombre de régions réalisant des réunions périodiques de revue des données	22	→, 0%	Pourcentage des districts sanitaires où le taux de couverture en DTC HépB Hib est identique entre le GESIS et le DVD-MT	3	NA
	Proportion de districts qui ont réalisé leur 4 revues trimestrielles des données dans l'année	NA	NA	Pourcentage des enfants avec carnet de vaccination à domicile	NA	NA
	Proportion des districts qui font leur rapportage Mensue de stock dans les temps au niveau central	88	↑, 35%	Proportion de district sanitaire avec nombre d'enfants vaccinés au VAR supérieur aux doses utilisés	1	NA
	Taux de réalisation du PAD	29	NA	Proportion de districts qui ont un niveau adéquat de stock.	75	NA
			Taux de complétude des rapports GESIS (RMA PEV)	77	↓, -16%	
OBJ-4	Nombre d'AS formés	270	NA	Nombre de réunions des CCIA tenues pendant lesquelles l'état d'avancement des activités est discuté	7	NA
	Proportion de supervisions effectuées par les OSC au niveau des districts	25	NA	Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois perdus de vue qui ont été récupérés pendant le dernier trimestre dans les districts ciblés	NA	NA
				Taux d'abandon DTC1/VAR1	9	NA
OBJ-5	Nombre de documents de plaidoyer distribués auprès des institutions	NA	NA	Nombre de réunions de CCIA tenues qui ont été présidées par le Ministre de la Santé Publique	2	NA
	Nombre de réunions de plaidoyer réalisées auprès des institutions pendant la dernière année	NA	NA	Pourcentage des dépenses de vaccination financées par des ressources nationales	21	NA
	Ressources mobilisées en faveur du PEV	NA	NA			
OBJ-NA	Taux de réalisation du plan GEV	61	NA			

Relative % change refers to the percentage increase/decrease of the reported value from the year prior.
Value cell color is green if target has been >= 90% met, yellow if 70-90% met, and red < 70% met.

En 2020, 150 paramédicaux ont été recrutés pour les 8 régions appuyées par Gavi. Ces agents de santé ont été répartis dans 24 sur les 33 districts prioritaires. Leurs contrats sont prévus s'achever en février 2021. Toutefois, à la demande de la DPEV, GAVI a accepté d'étendre jusqu'en décembre 2021 la prise en charge de leurs salaires sur le RSS2 sous réserve d'un engagement du Ministère de la Santé Publique à les intégrer dans son budget dès le 1er janvier 2022. Le projet PARN prévoit de recruter des agents de santé dans les 9 autres districts.

Une élaboration des micro plans basée sur l'approche atteindre chaque cible, couvrant tout le pays a été réalisée en mars 2020. De ce fait, ces microplans sont disponibles dans 100% des CSB des 33 districts prioritaires, mais aussi dans ceux des autres districts.

Concernant les données, des efforts restent à fournir notamment pour adresser le problème de discordance des données entre GESIS et DVDMT. Le Ministère s'oriente vers l'utilisation de DHIS2 pour gérer l'ensemble des données du système de santé.

2.5. Vue d'ensemble des autres soutiens de Gavi

Tableau 8. Aperçu des autres soutiens de Gavi

Type of support	(17 Sep 2019) Approvals 2001-2023 (US\$)	(17 Sep 2019) Commitments 2001-2023 (US\$)	(17 Sep 2019) Disbursements 2000-2019 (US\$)	(17 Sep 2019)% Disbursed
Cash Support (CASHSUPP)	\$177,500	\$177,500	\$177,500	100%
Cold Chain Equipment Optimisation Platform (CCEOP)	\$3,597,780	\$3,597,780	\$3,597,550	100%
Health system strengthening (HSS 1)	\$10,936,770	\$10,936,770	\$10,103,494	92%
Health system strengthening (HSS 2)	\$11,739,852	\$17,016,630	\$8,387,405	71%
HPV Demo (NVS)	\$247,348	\$247,348	\$247,348	100%
Immunisation services support (ISS)	\$4,064,400	\$4,064,400	\$4,064,400	100%
Injection Safety Devices (NVS)	\$727,160	\$727,160	\$577,340	79%
Injection safety support (INS)	\$615,555	\$615,555	\$615,555	100%
IPV (NVS)	\$7,892,829	\$7,892,829	\$7,921,823	100%
Measles 1st and 2nd dose (NVS)	\$370,500	\$370,500	-	-
Penta (NVS)	\$44,010,909	\$44,010,909	\$44,322,114	101%
Pneumo (NVS)	\$80,501,916	\$80,501,916	\$87,829,168	109%
Product Switch Grant (PSG)	\$211,195	\$211,195	\$211,195	100%
Rotavirus (NVS)	\$20,079,579	\$20,079,579	\$19,343,722	96%
Tetra DTP-HepB (NVS)	\$13,792,698	\$13,792,698	\$13,792,698	100%
Vaccine Introduction Grant (VIG)	\$2,996,337	\$2,996,337	\$2,256,500	75%
Total	\$201,962,328	\$207,239,106	\$203,447,812	95%

2.6. Conformité, absorption et autres questions de risque fiduciaire

- Commentaires sur l'absorption financière au 30 septembre 2020 :

- **Par rapport au contexte :**

D'une manière générale, le taux d'absorption est de 35 %. Prévu débuter en 2016, le financement a été suspendu le 03 avril 2017 suite aux résultats de l'audit de GAVI effectué en mars et avril 2017. Une autorisation de mener les activités prioritaires a été accordée en juin 2017.

La suspension du financement a été levée en Juillet 2018 et la signature de la convention pour la gestion hybride de la subvention RSS2 a eu lieu en octobre 2018. La mise en œuvre des activités n'a cependant été effective qu'au cours du 1^{er} trimestre 2019 en raison de l'épidémie de rougeole qui a sévi dans le pays.

Des réallocations budgétaires ont été réalisées à partir du mois de juillet 2019 avec une reprise des activités de routine à partir du mois d'octobre 2019.

De mars à septembre 2020, les activités ont été ralenties en raison du contexte sanitaire lié au COVID-19. Seul l'acheminement des vaccins a pu être réalisé. Toutefois, l'élaboration des requêtes pour les activités planifiées a été anticipée afin de s'assurer de la disponibilité des fonds dès la fin du confinement. En septembre 2020, les mesures de confinement ont été progressivement levées et les activités mises en veilleuse ont été relancées, telles l'ECV, la GEV, les supervisions, les stratégies avancées, etc.

- Par rapport à la nature des activités :

Les grandes activités comme la construction du dépôt central et des dépôts régionaux, l'acquisition de chambres froides et d'autres équipements (environ 4,48 millions \$) n'ont pas encore occasionné des décaissements conséquents. Les activités préparatoires correspondantes ont été lancées. De même, la contribution de 20% au CCEOP (804,093\$) n'a pas encore été mobilisée.

Par ailleurs, 2,6 millions\$ correspondent à des frais de fonctionnement, frais de gestion et salaires des ATR.

- Conformité avec les exigences de reporting financier (rapports financiers périodiques/annuels, audits) :

Les rapports financiers ont été soumis dans les délais requis pour les semestres clos au 31 décembre 2019 et 30 juin 2020. Toutefois, les consolidations des rapports financiers n'ont pu être réalisées dans le temps en raison de problèmes rencontrés par l'UNICEF et l'OMS avec le template (macros) de rapportage financier.

Le rapport d'audit externe des fonds gérés au niveau de l'UCP n'a pu être remis dans le délai convenu (30 juin 2020) en raison du contexte sanitaire. Toutefois le processus a été initié et le cabinet a été recruté. Il s'agit de celui qui a effectué l'audit du Fonds Mondial. Ce choix a été entériné par Gavi.

- Conformité avec les exigences de reporting programmatique de Gavi :

Les rapports semestriels consolidés par l'UCP ont été envoyés à temps (janvier et juillet 2020). L'absence de canevas standard prévu à cet effet a rendu difficile la consolidation des rapports des 03 entités gestionnaires (UNICEF, OMS, UCP).

- Autres commentaires sur la gestion financière et le risque fiduciaire :

Le guide opérationnel décrit la responsabilité des Adjoints Administratifs et Financiers dans la gestion des fonds notamment en ce qui concerne la collecte, vérification, validation et le rapportage. Il est à préciser que des formations y afférentes ont été effectuées au cours de l'année 2019. Cependant, malgré une nette amélioration du délai de remontée des pièces justificatives, des efforts restent encore à fournir.

Les constatations faites au cours des visites réalisées au niveau opérationnel ont révélé des cas d'implication inappropriée des responsables techniques concernés dans la gestion financière. En effet, au niveau de certains Districts, les Responsables Administratifs et Financiers ne sont pas au courant de l'objet des sorties de fonds et sont relégués au statut de « simples signataires ». Les responsables techniques s'occupent à la fois de la mise en œuvre des activités et des aspects financiers.

Les Termes de Références des GCR / AGCR sont principalement axés sur :

- le suivi et le contrôle des fonds virés dans les comptes des DRS et/ou des SDSP en vue de la mise en œuvre des activités sur terrain ;
- l'appui / encadrement et l'assurance en termes de respect des procédures de gestion administratives, financières et de passation des marchés applicables au niveau déconcentré.

Le Chef de Service Administratif et Financier (niveau Région) ou l'Adjoint Administratif du district sanitaire veille à la gestion des fonds virés à leur compte et à collecte des pièces justificatives lesquelles doivent être certifiées par leurs soins.

Les tâches des Chefs SAF ou Adjoint Administratif sont de ce fait complémentaires avec celles des GCR /AGCR. Toutefois, il est aussi prévu que ces derniers (GCR /AGCR) assurent un transfert de compétence au bénéfice des agents de l'Etat concernés.

Dans ce sens, en concertation avec le Ministère de la Santé Publique, l'UCP (avec laquelle les GCR / AGCR sont contractualisés) et l'Agence Fiscale s'assureront, d'ici la fin de l'année 2021, de mettre en œuvre un plan pour concrétiser le transfert des compétences, à travers les GCR / AGCR, en faveur des responsables des services financiers des Régions / Districts.

2.7. Vue d'ensemble des progrès de l'aide ciblée aux pays dans le cadre du PEF

TCA milestones reporting slide by programmatic areas/partner

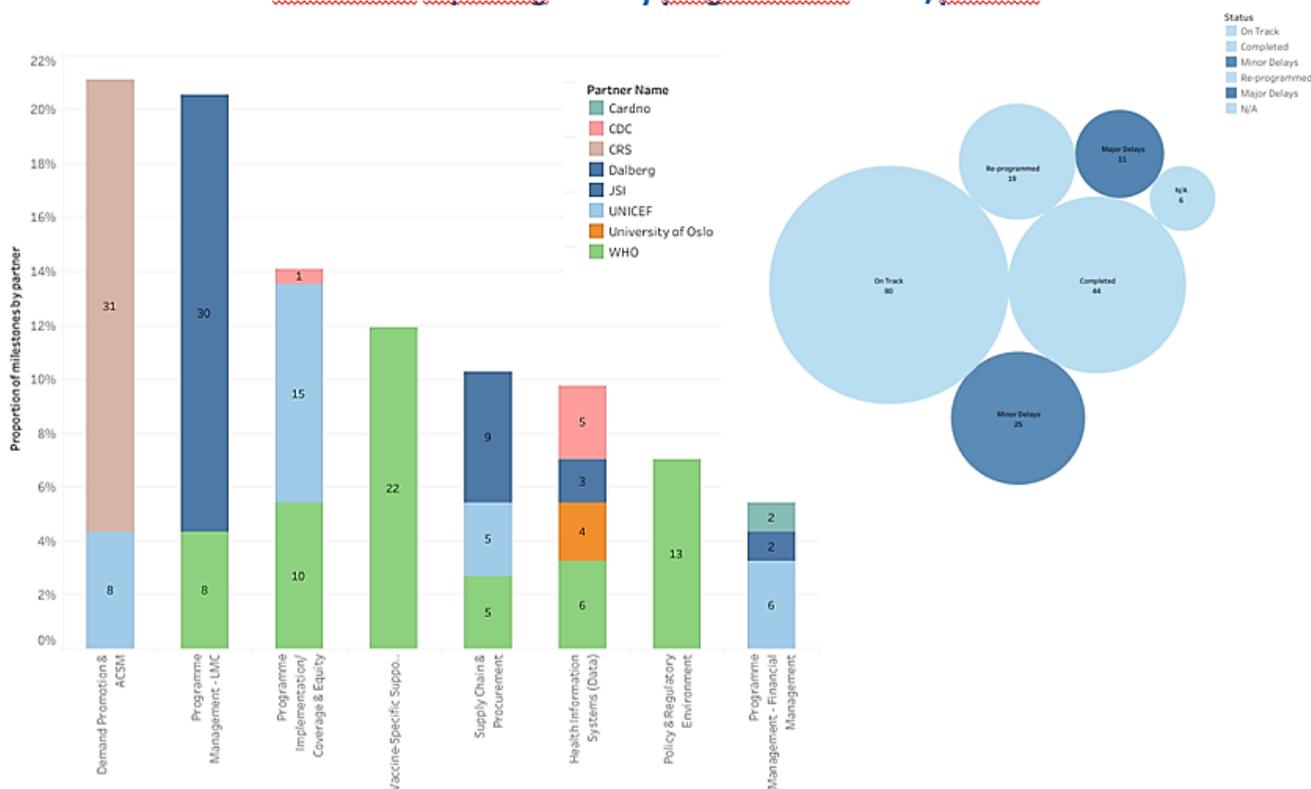


Figure 4. La situation des milestones par domaine programmatiques/partenaires

La mise en œuvre du plan d'assistance technique ciblée au pays a été fortement impactée par l'avènement de la pandémie de COVID-19. En effet, des mesures ont été prises par le Gouvernement pour limiter la propagation de l'épidémie : restriction des vols internationaux, restriction de déplacement entre les régions, confinement total ou partiel selon le degré d'atteinte des régions, arrêt des activités non essentielles, fermeture des écoles, interdiction des rassemblements, réquisition des agents de santé pour la riposte, respect des mesures d'hygiène et des mesures barrières. Le télétravail a été utilisé. Au niveau central, en particulier, l'absence de moyen de transport public et l'autorisation d'absence prolongée accordée aux personnes vulnérables a entraîné une forte réduction des effectifs présents. Seules les activités essentielles comme l'envoi de vaccins ont pu être réalisées. En conséquence, plusieurs activités n'ont pu être menées ou ont dû être reportées.

Suite à la constatation d'une baisse de la fréquentation des centres de santé de base y compris le service de vaccination, une diminution de la performance de la vaccination de routine a été observée. De ce fait, un plan de continuité de la vaccination face à la pandémie de COVID-19 a été élaboré avec la participation de toutes les parties prenantes du PEV. Les Assistants Techniques Régionaux recrutés dans le cadre du PEF TCA ont été mobilisés pour la mise en œuvre de ce plan.

Les activités nécessitant le recrutement d'un consultant international, le déplacement des agents de santé et leur rassemblement ont été reportées tel que l'évaluation de la gestion efficace des vaccins, l'enquête de couverture vaccinale (ECV), la revue externe du PEV, la supervision

formative, la revue trimestrielle du PEV, la formation en PEV pratique, l'appui à la consolidation du PTA ascendant, etc. ont dû être mises en veilleuse.

Néanmoins, dès que la situation s'est améliorée, certaines activités comme la GEV et l'ECV ont bénéficié d'un appui à distance de consultants internationaux et sont en cours de mise en œuvre.

Concernant l'introduction de la deuxième dose du VAR, le consultant national a pris fonction en septembre. Tous les 114 districts ont actuellement introduit le VAR2 dans leur calendrier de vaccination. La stratégie de vaccination au cours la deuxième année de vie sera développée cette année avec l'intégration du rattrapage vaccinal en tant qu'éléments essentiels d'un programme de vaccination efficace. Une réunion d'orientation des hauts responsables du Ministère de la Santé sur la vaccination au cours de la deuxième année de vie, la plateforme correspondante et le processus d'élaboration de la stratégie de vaccination au-delà de la petite enfance a déjà été réalisée.

Par ailleurs, l'approche urbaine a été étendue dans 4 autres villes (Ambositra, Antsirabe, Toamasina et Toliara).

Un résumé des principaux progrès par partenaire est fourni en annexe.

3. Impact de la COVID-19 sur la vaccination (en 2020) : situation actuelle

3.1. Situation épidémiologique de la COVID-19 à la date du 14/11/2020

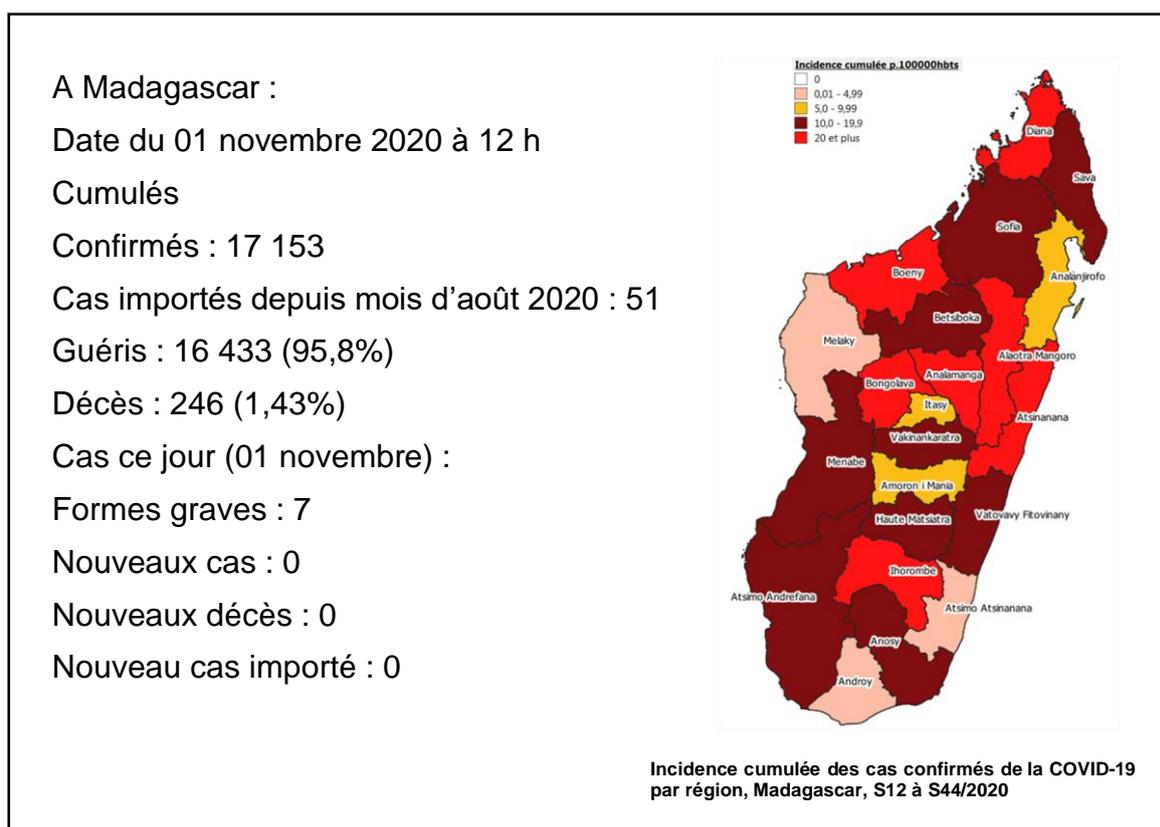


Figure 5. Situation épidémiologique de COVID-19 à la semaine 46_2020

A la date du 14 novembre 2020, un total de 17 310 cas a été notifié. Toutes les régions de Madagascar ont été frappées par l'épidémie de la Covid-19. Les régions d'Analamanga, la capitale, et d'Atsinanana ont enregistré les plus grands nombres de cas, avec respectivement 70% et 6% des cas. Cette expansion de l'épidémie a perturbé pendant plusieurs mois la continuité des soins de santé essentiels dont l'offre et la demande de vaccination.

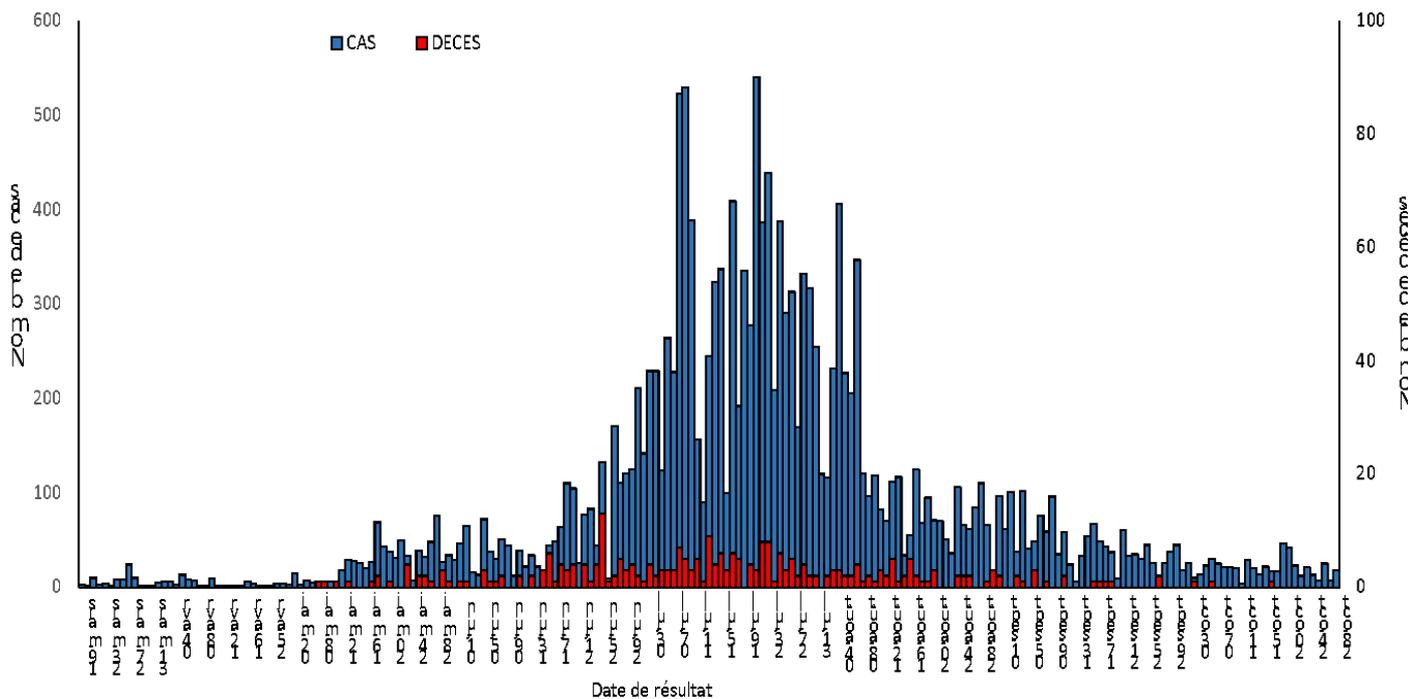


Figure 6. Cas et décès COVID-19 de S11 à S44 de 2020

Les premiers cas ont été notifiés le 19 mars 2020 à Antananarivo. A partir du milieu du mois de juin, une augmentation rapide des cas pour atteindre le pic de plus de 600 cas en une journée le 22 juillet 2020, a été observée. Depuis lors, la courbe a continué sa décroissance avec certes des rebonds, pour se stabiliser vers mi-septembre avec une moyenne de 25 cas confirmés par jour.

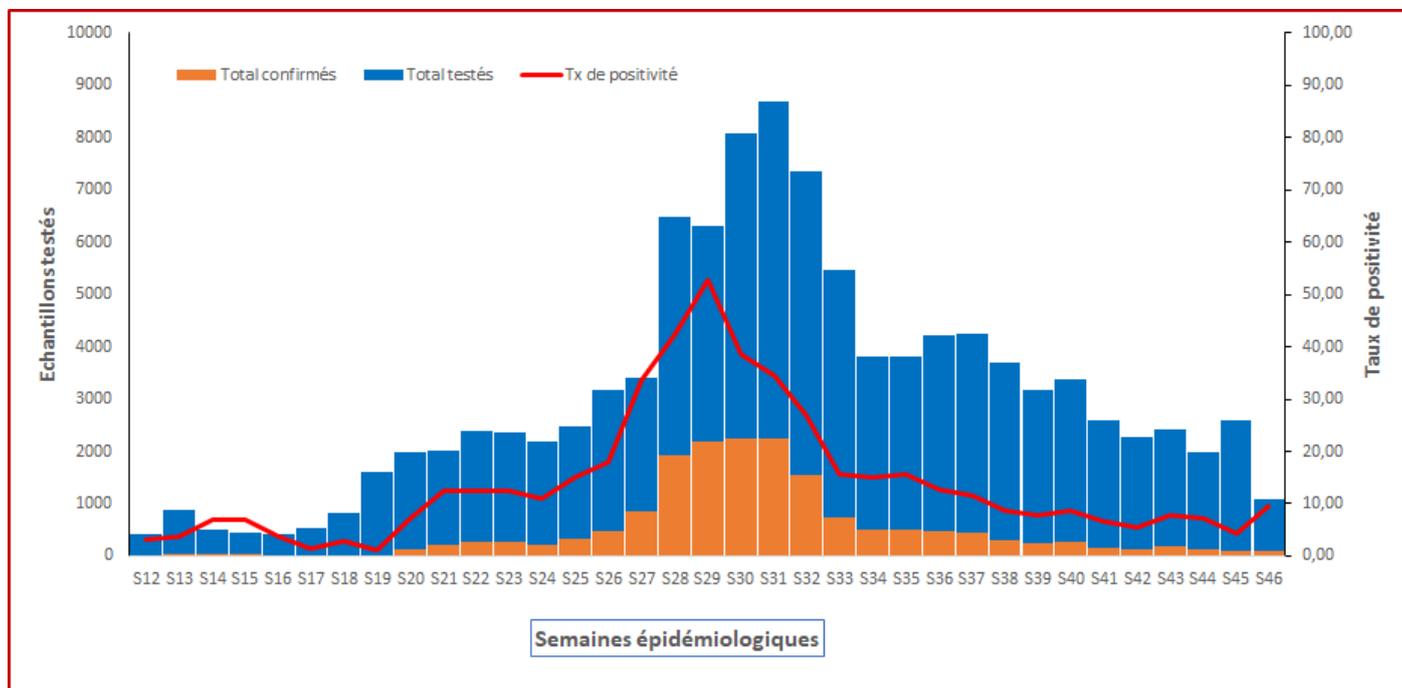


Figure 7. Evolution hebdomadaire des résultats de Tests COVID-19, S12 à S46 de 2020

Le pic du taux de positivité (53%) a été observé la semaine 29 (13 au 19 juillet 2020). La courbe a amorcé sa décroissance après cette période. Ce taux a évolué entre 5 et 10% depuis la semaine 38.

3.2. Surveillance et incidence de la maladie

3.2.1. Surveillance de la rougeole et de la rubéole

Tableau 9. Performance de la surveillance de la rougeole de 2015 à 2020 (cumul S1 à S44)

Année	Population Totale	Nombre de cas attendus	Total de cas suspect de Rougeole notifiés prélevés	Nombre de cas IgM(+) Rougeole	Nombre de cas IgM(+) Rubéole	Taux d'éruption fébrile non-rougeoleux
2015	23 828 164	476	409	3	89	1,67
2016	24 471 525	488	1 007	5	203	4,04
2017	25 530 500	510	922	2	165	3,57
2018	26 330 637	526	2 175	626	53	5,14
2019	27 041 564	541	1 952	967	122	3,53
2020 (S44)	27 301 000	558	415	32	39	1,6

La sensibilité de la surveillance de la rougeole a baissé en 2020 avec un taux d'éruption fébrile non rougeoleux à moins de 2/100 000 habitants. Le nombre de cas de rougeole confirmé IgM(+) est de 32 et celui de la rubéole de 39.

A Madagascar, la surveillance de la rubéole se fait à travers la surveillance de la rougeole. La détection des cas de rubéole est réalisée au cours de la surveillance de la rougeole. Quant à au syndrome de rubéole congénital (SRC), il n'existe pas à ce jour un système de surveillance spécifique.

3.3. Surveillance des cas suspects

De S1 à S44, le rapport de surveillance hebdomadaire (RSH) à travers le *weekly* de la DVSSER présente 710 cas suspects de rougeole notifiés. Il faut noter que sur ces 710 cas, 415 ont fait l'objet de prélèvement. Aucun décès n'a été enregistré durant cette période.

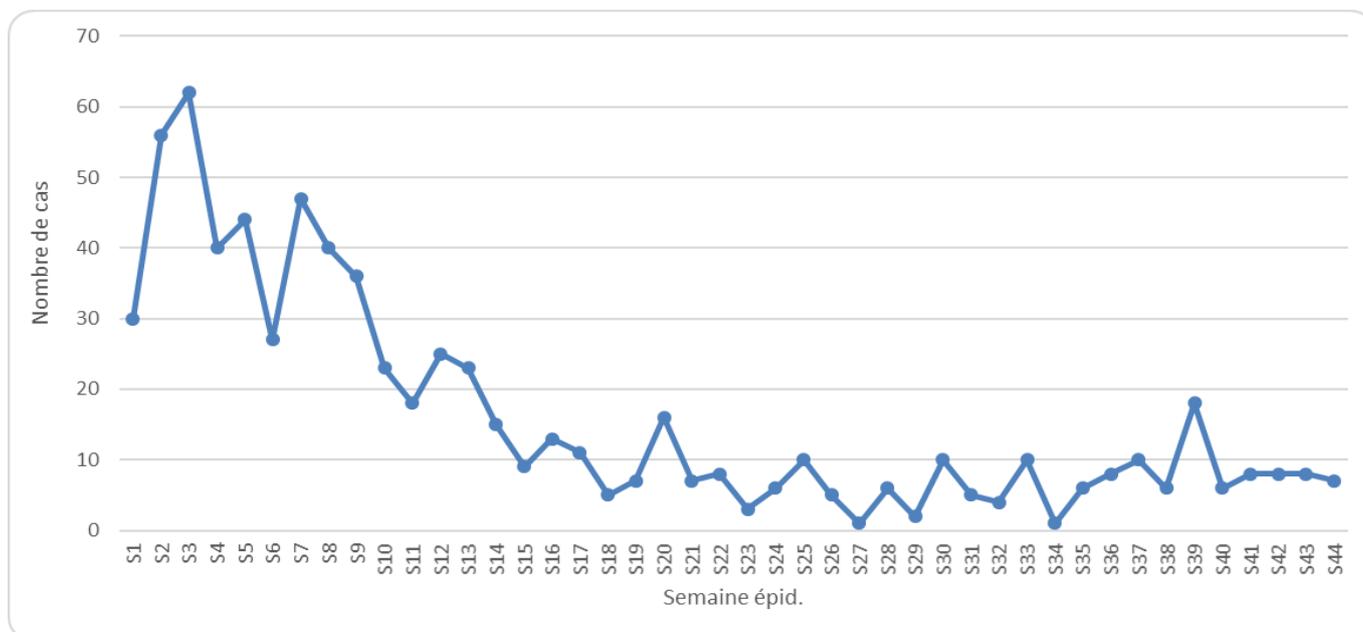


Figure 8. Evolution hebdomadaire des cas suspects de rougeole à S44_2020

Depuis le début de l'épidémie de COVID-19, on remarque une tendance à la baisse de la notification des cas suspects de rougeole.

3.3.1. Surveillance cas par cas

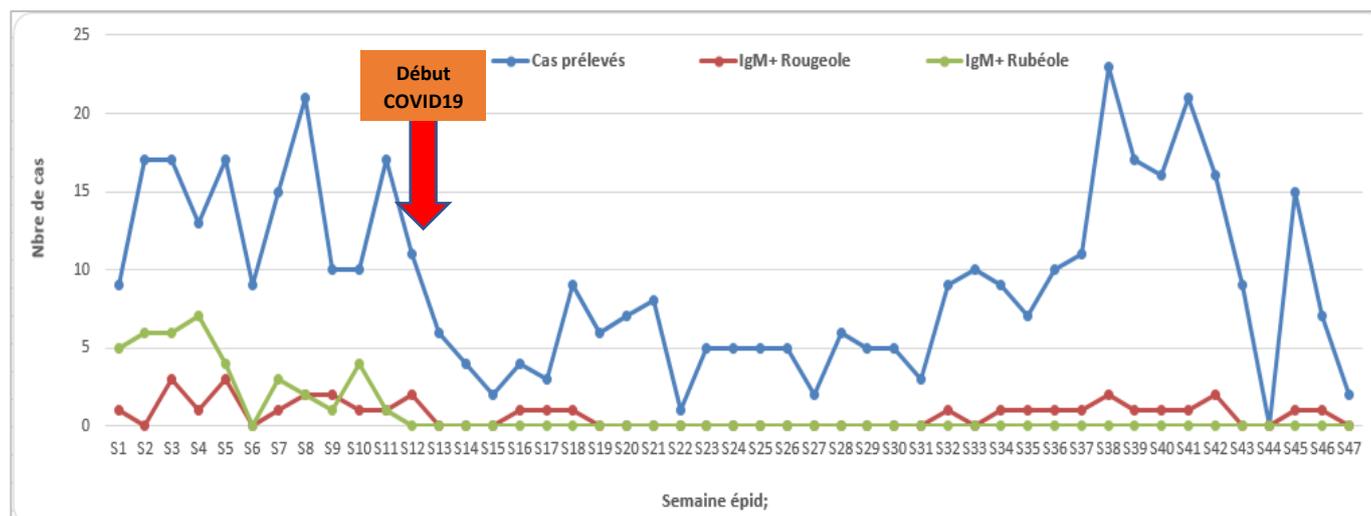


Figure 9. Evolution hebdomadaire des cas confirmés de rougeole et de rubéole à S47_2020

L'effort de prélèvement des cas suspects de rougeole a connu une baisse entre la S11 et la S37. Le déclenchement de l'épidémie de Covid-19 à la semaine 12 peut être la raison de cette baisse.

Selon les données de l'IPM, sur les 438 tests des 457 cas prélevés, 75 ont été confirmés par le labo : 36 IgM+ Rougeole (9,8% de positivité) et 39 IgM+ Rubéole (10,6% de positivité).

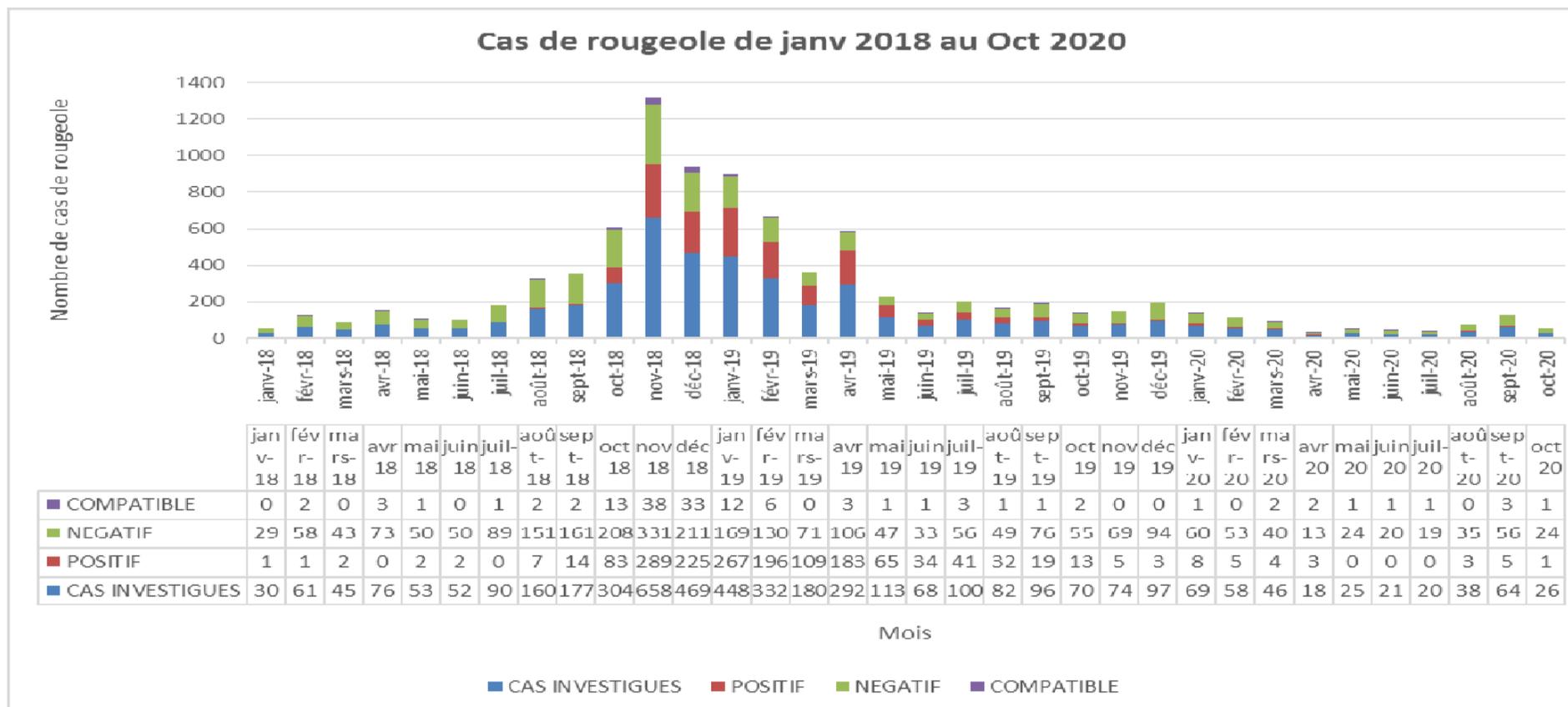


Figure 10. Evolution des indicateurs de la surveillance de la rougeole de janvier 2018 à octobre 2020

En 2020, l'incidence annuelle de la rougeole est de 1,2 pour 100 000 habitants, ce qui est au-dessus de la norme du seuil d'élimination (< 1 cas confirmé pour 100 000 habitants).

3.3.2. Surveillance des cas de PFA

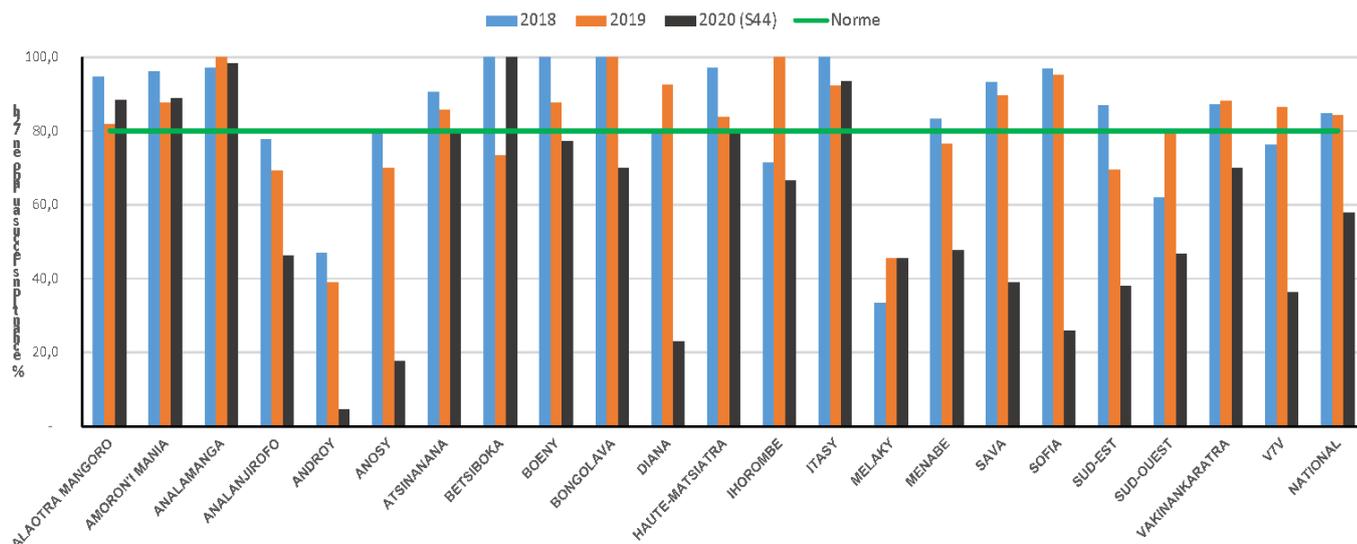


Figure 11. Pourcentage de cas de PFA dont les échantillons sont parvenus au laboratoire dans les 72 heures par région, 2018-2020

En 2020, seulement 58% des échantillons de PFA ont été reçus au laboratoire dans les 72 heures après le deuxième prélèvement, contre plus de 80% au cours des 2 années précédentes. Par ailleurs, 16 sur les 22 régions ont connu de fortes baisses de cet indicateur. Cette situation est imputable à l'épidémie de Covid-19 qui a entraîné l'arrêt du trafic routier par lequel la plupart des échantillons sont acheminés au niveau central.

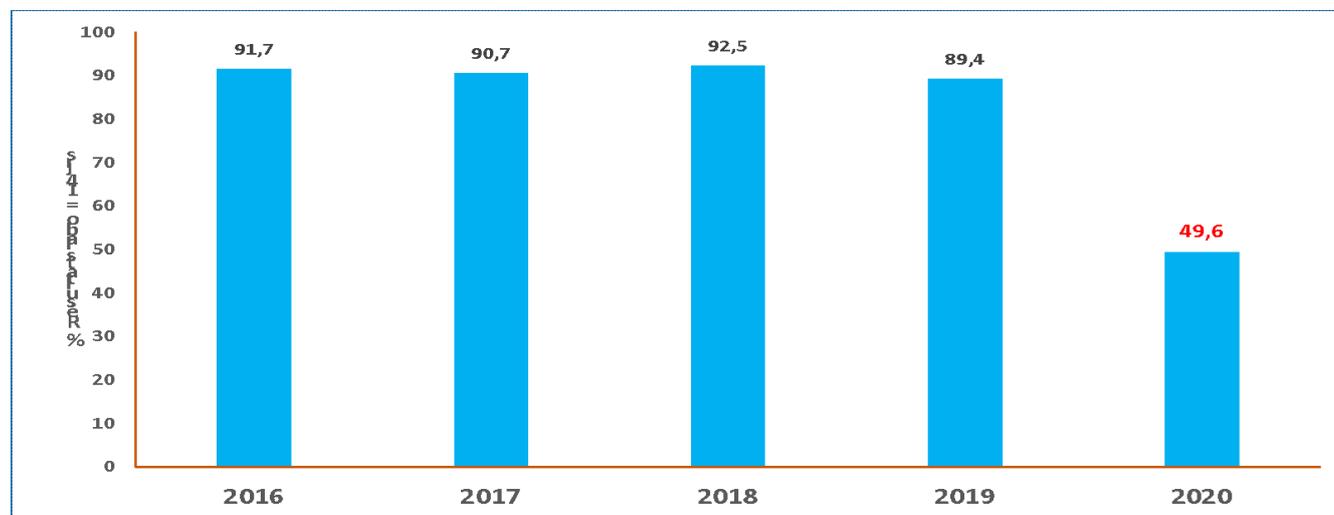


Figure 12. Disponibilité des résultats de laboratoire dans les 14 jours après réception des échantillons de PFA

Pour la première fois sur les 5 dernières années, le laboratoire n'a pas atteint la performance d'au moins 80% des résultats disponibles dans les 14 jours suivant la réception des prélèvements.

La surcharge de travail liée à la forte demande de tests de Covid-19 aurait relégué la réalisation des autres examens au second plan.

3.4. Impact de la COVID-19 sur la vaccination

3.4.1. Les impacts sur l'accès et l'utilisation des services de vaccination

Tableau 10. Comparaison des niveaux de réalisation des séances de vaccination en 2019 et 2020

ANNEE	Sessions de stratégies fixes			Sessions de stratégies avancées		
	Total planifié	Total conduite	% de conduite	Total planifié	Total conduite	% de conduite
2019 (Jan-Sep)	23 162	20 632	89%	9 425	7 709	82%
2020 (Jan-Sep)	32 721	29 920	91%	8 040	5 980	74%

SOURCE RAPPORT ISS SEPTEMBRE 2019/2020

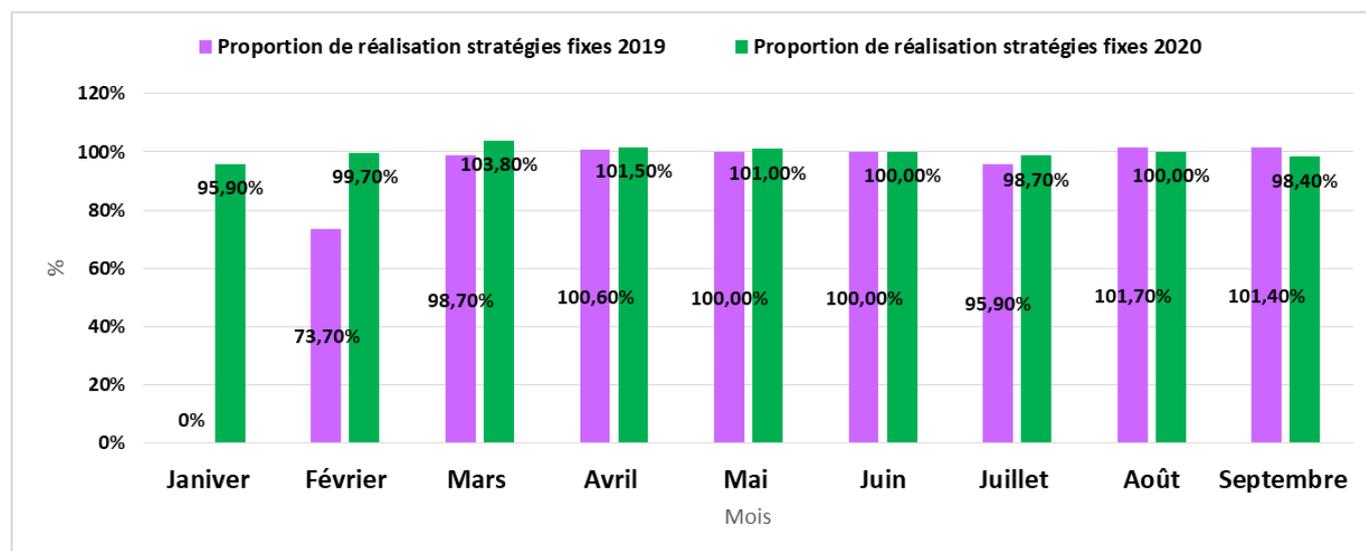


Figure 13. Tendence de la proportion des séances de vaccination en stratégies fixes réalisées mois par mois de 2020 comparés à 2019 (Source ISS Septembre 2020)

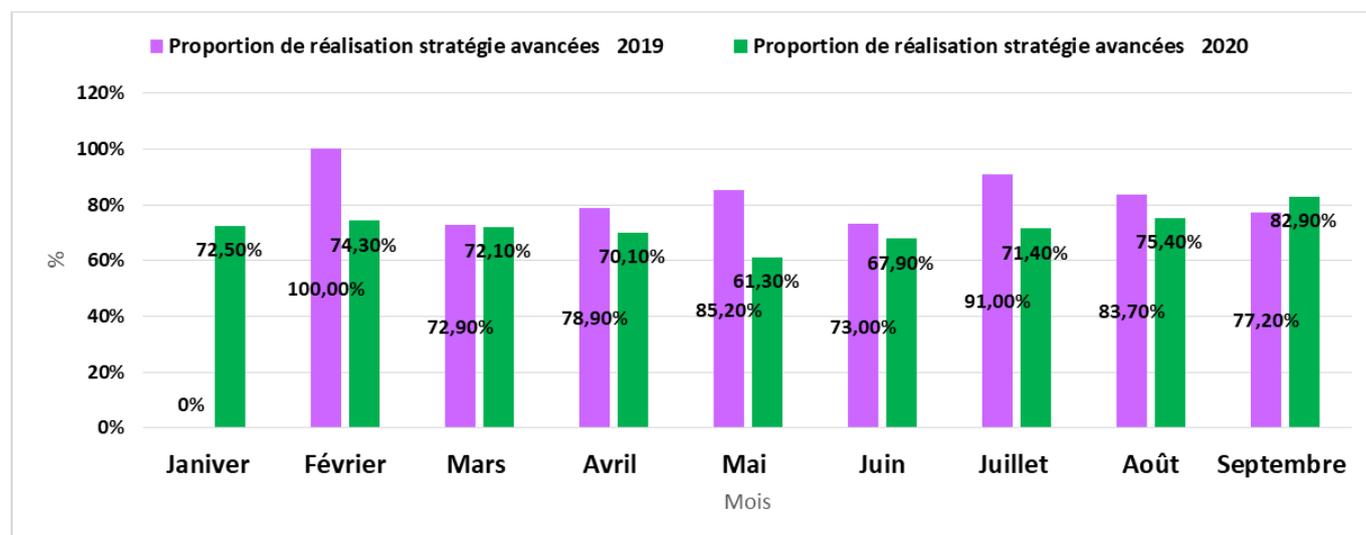


Figure 14. Tendence de la proportion des séances de vaccination en stratégies avancées réalisées mois par mois de 2020 comparés à 2019 (Source ISS Septembre 2020)

Malgré les directives émanant du Ministère de la Santé Publique sur la continuité du paquet minimum d'activités au niveau de tous les centres de santé, notamment la vaccination, l'épidémie

a eu un impact sur la mise en œuvre des séances de vaccination en stratégie avancée. En effet, par rapport à 2019, le nombre de sessions de vaccination en stratégie avancée réalisées a connu une diminution de 20% en 2020. Ce qui a entraîné une augmentation du nombre d'enfants zéro dose/sous vaccinés.

En effet, les agents de santé ont été réquisitionnés pour participer à la riposte contre l'épidémie (ouverture des CSB 7 jours/7, mise en place des barrages sanitaires, etc.). De plus, les mesures de confinement, la circulation limitée à Madagascar en général, et dans les régions très affectées par la pandémie telles Analamanga, Atsinanana, Alaotra Mangoro, Haute Matsiatra en particulier, a été difficile, alors que les agents de santé n'ont pas été dotés de moyen de transport pour continuer leurs activités. Enfin, les EPI ont été insuffisants, ce qui a limité les déplacements des agents de santé en dehors de leurs centres de santé.

La proportion des séances de vaccination en stratégie fixe réalisées en 2020 était la même que celle de 2019 malgré la pandémie de COVID-19. Cependant, la proportion des stratégies avancées a fortement diminué en avril et mai 2020 durant lesquels la pandémie était dans la phase aigüe d'une part et le pays était entré dans le confinement.

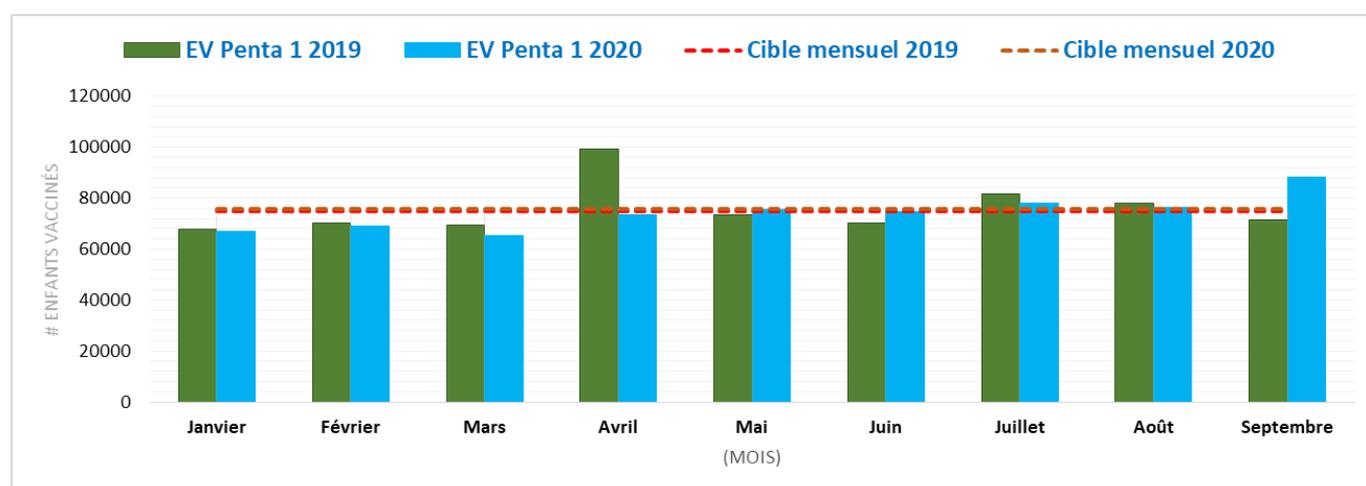


Figure 15. Comparaison des nombres d'enfants vaccinés par mois en Penta 1 de janvier à septembre 2019 – 2020 (Source : ISS)

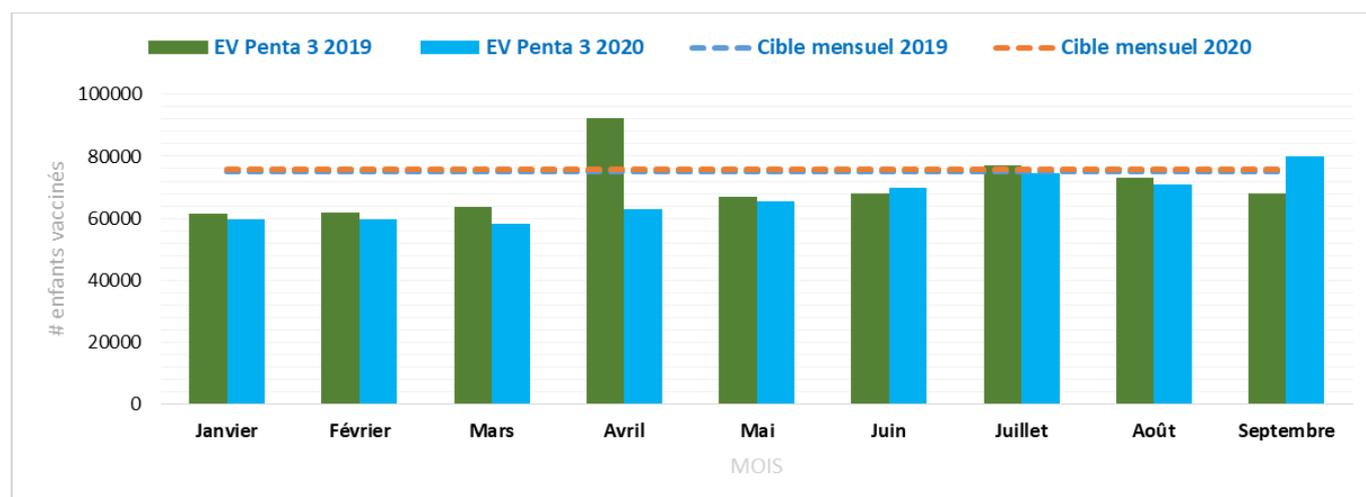


Figure 16. Comparaison des nombres d'enfants vaccinés par mois en Penta 3 de janvier à septembre 2019 – 2020 (Source : ISS)

Tableau 11. Comparaison de la performance de la vaccination de janvier à septembre 2019, 2020 (Source : données administratives)

INDICATEURS	2019	2020
# Enfants vaccinés en DTC-HepB-Hib 1	681 093	667 509
%	101%	98%
# Enfants vaccinés en DTC-HepB-Hib 3	631 957	601 279
%	94%	88%
# Enfants vaccinés en VAR	615 133	571 142
%	91%	84%
Taux d'abandon DTC-HepB-Hib 1 - DTC-HepB-Hib 3	7%	10%
Taux d'abandon DTC-HepB-Hib 1 – VAR	10%	14%
Enfants Zéro dose	0	14 333
Enfants sous vaccinés	51 818	89 294

Comparé à l'année 2019, le nombre d'enfants vaccinés en Penta 1 a diminué en mars et avril 2020 pour reprendre à partir d'avril 2020.

On note une baisse du nombre d'enfants vaccinés par mois en penta 3 pour l'année 2020 par rapport à l'année précédente. Le pic d'avril 2019 correspond à la SSME. En avril 2020, cette activité n'a pas été réalisée. Le renforcement de la santé familiale (transition de la SSME vers la routine) débuté en septembre dans 49 districts, le déconfinement amorcé le même mois et la reprise des stratégies avancées planifiées selon l'approche ACC, financées par RSS2 dans les 33 districts prioritaires ont entraîné une augmentation sensible du nombre d'enfants vaccinés.

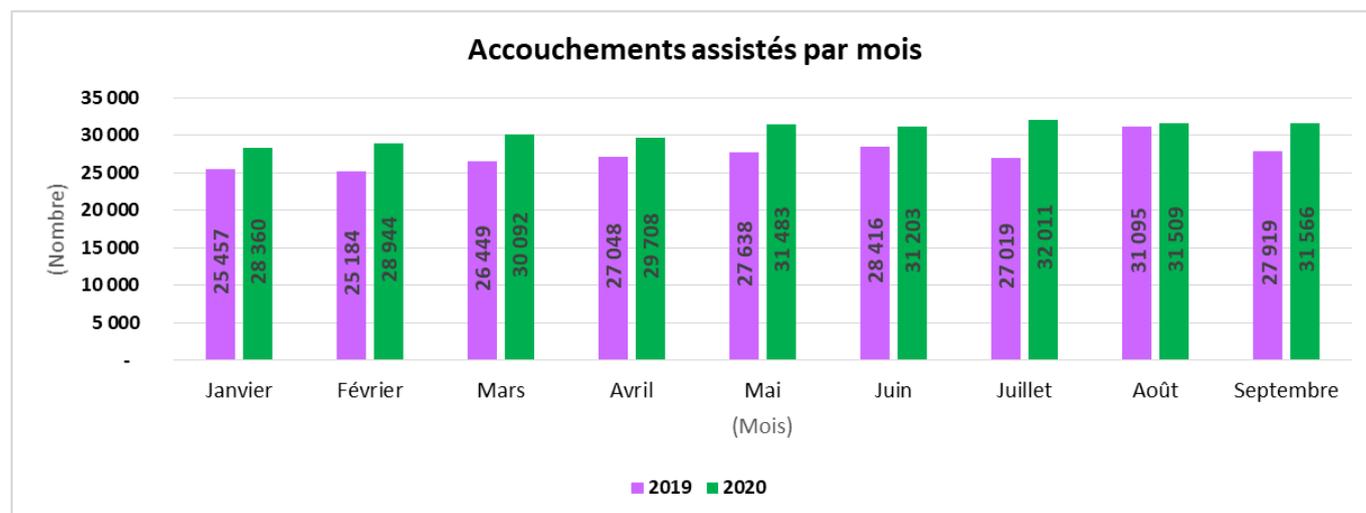


Figure 17. Le nombre d'accouchements assistés par mois de janvier à septembre 2020 (Source : DHIS2)

De manière générale, le nombre d'accouchements assistés a augmenté en 2020 comparé à l'année 2019.

Les enfants "zéro dose" sont les enfants qui n'ont reçu aucune dose de vaccin. Pour les évaluer, le nombre d'enfants qui n'ont pas eu le Penta 1 est utilisé. Le nombre d'enfants sous vaccinés sera évalué par l'absence de dose du Penta 3.

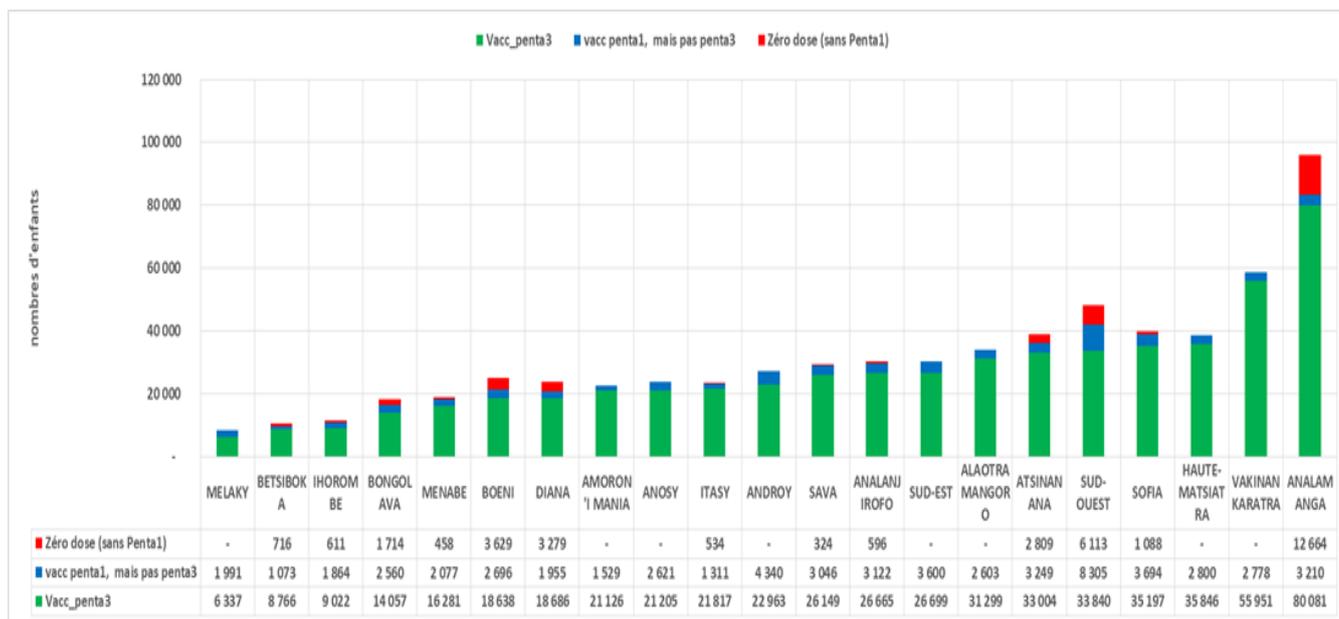


Figure 18. Nombre des zéro dose par régions de janvier à septembre 2020 (Source : données administratives)

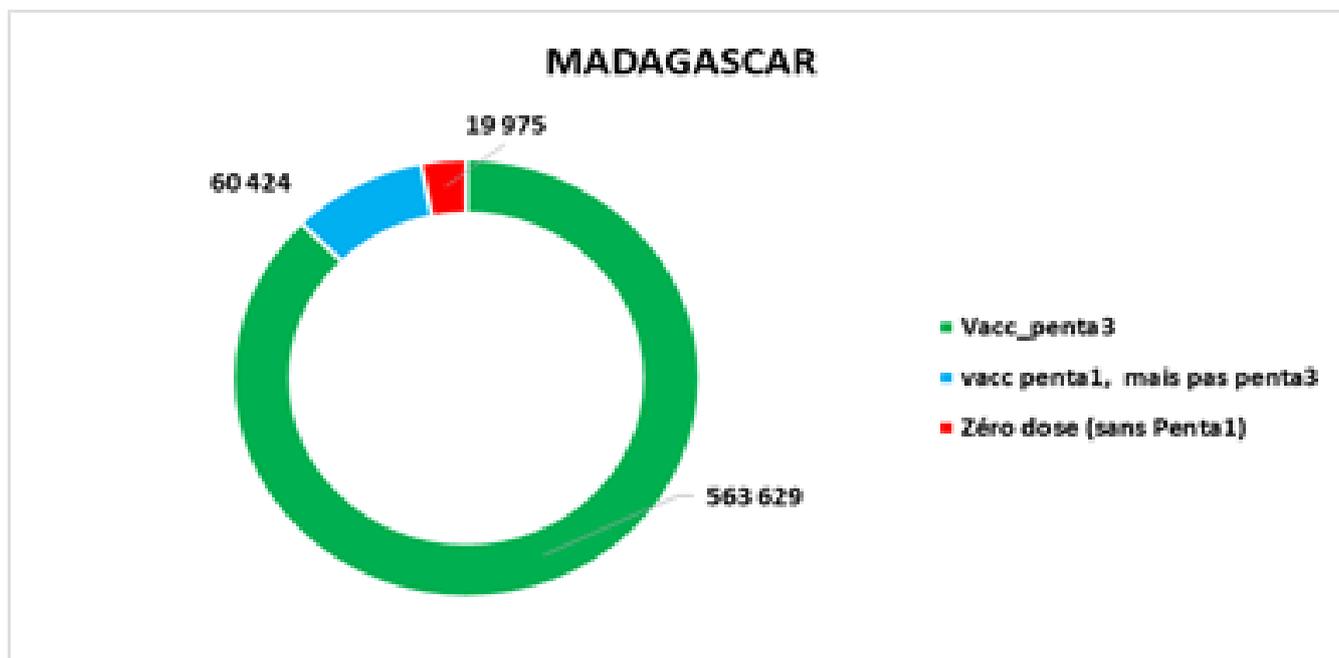


Figure 19. Répartition des enfants de 0 à 11 mois selon le statut vaccinal par région en 2020 (Source : données administrative)

En 2020, sur plus de 80 000 enfants qui n'ont pas reçu le Penta3 sur l'ensemble du pays :

- environ 20 000 enfants n'ont pas reçu une dose initiale (Penta1), ce qui traduit un accès limité de certaines populations aux services de vaccination ;
- 60 000 enfants abandonnent avant de recevoir une troisième dose, ce qui montre une mauvaise utilisation des services de vaccination par une partie de la population.

La majorité des zéro dose se trouvent principalement dans 7 régions dont Analamanga (12 664) et le Sud-Ouest (6 113) concentrent le plus grand nombre.

Par ailleurs, il y a lieu de noter qu'à la fin du mois d'avril, 21 districts sur les 114 (18%) ont connu des ruptures en DTC-HepB-Hib et 47 districts (41%) en VAR à cause du retard de livraison au niveau national. Cette rupture a contribué à la baisse de la performance vaccinale.

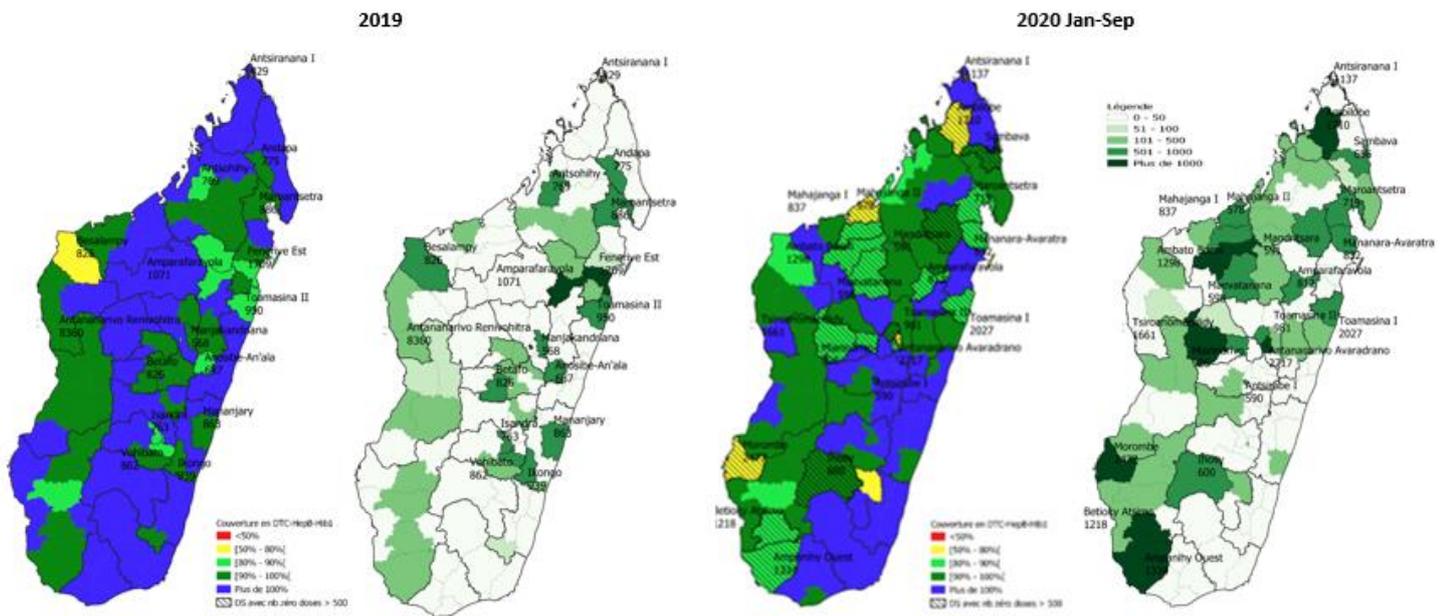


Figure 20. Cartographie par districts des taux de couverture en DTC-HépB-Hib 1 et enfants zéro dose

Le nombre de districts ayant enregistré un nombre de zéro dose >500 est passé de 17 districts en 2019 à 25 en 2020.

Près de 7 districts présentent des couvertures supérieures à 90% mais affichent un nombre élevé d'enfants zéro dose. Ces districts sont ceux ayant une forte concentration de population.

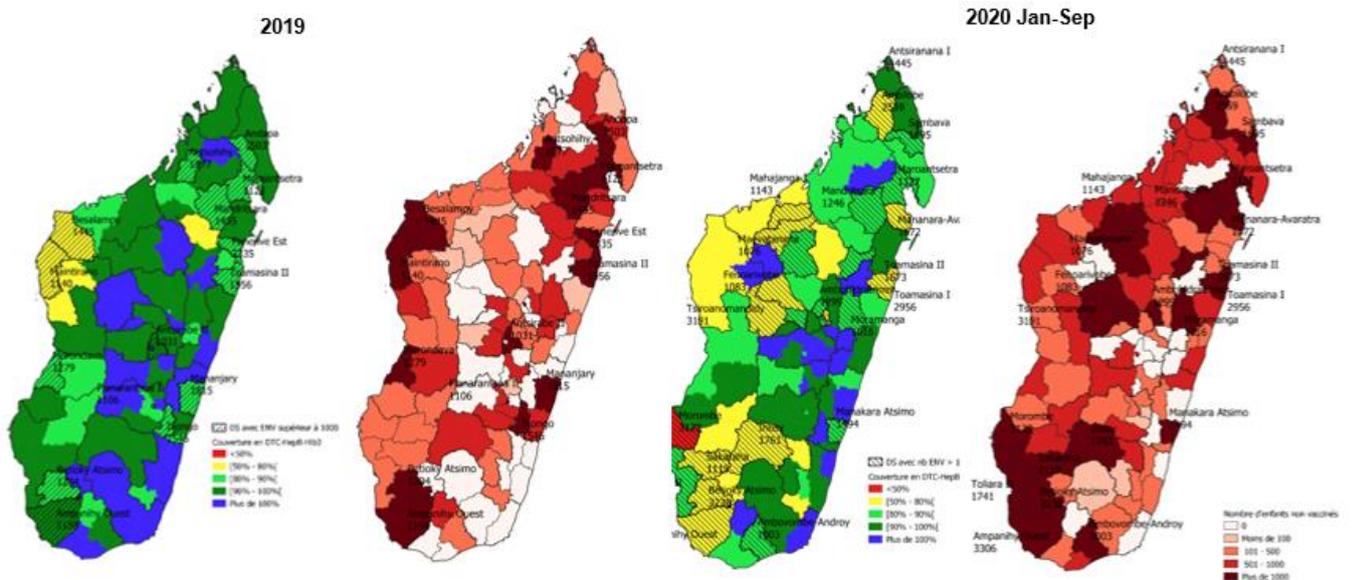


Figure 21. Cartographie par districts des taux de couverture en DTC-HépB-Hib 3 et enfants sous vaccinés

Le nombre de districts ayant enregistré un nombre d'enfants sous vaccinés (>1000) en DTC-HepB-Hib3 est passé de 16 districts en 2019 à 29 en 2020.

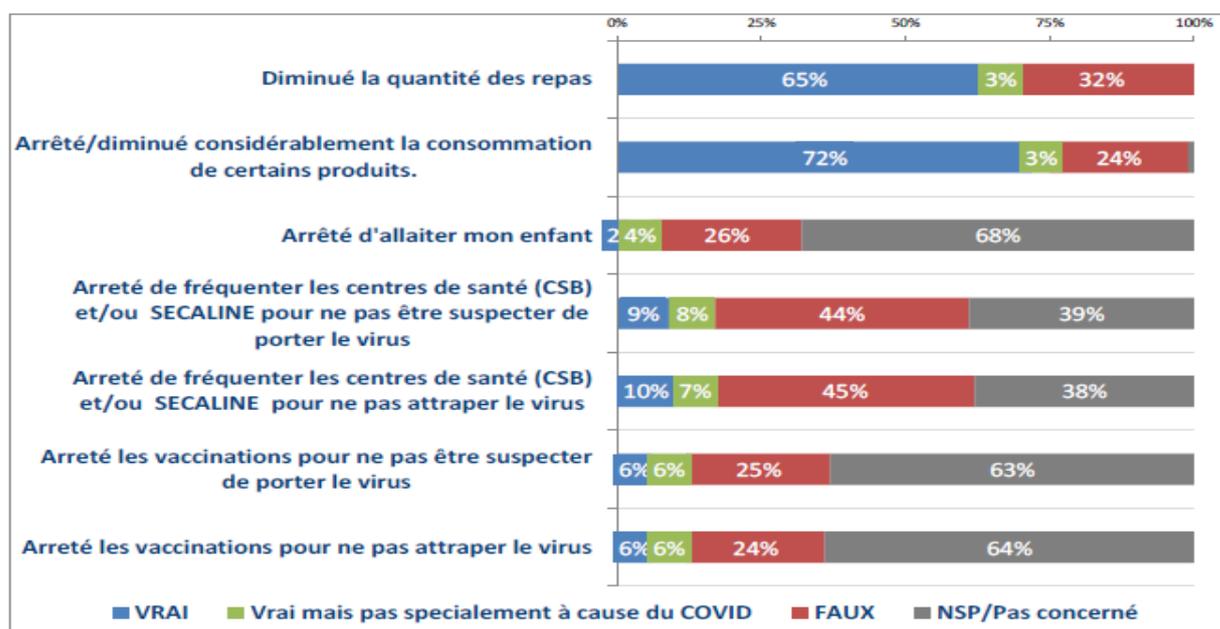
Près de 13 districts présentent des couvertures supérieures ou égales à 80% mais affichent un nombre élevé (>1000) d'enfants non vaccinés en DTC-HepB-Hib3.

3.5. L'impact de la pandémie sur les obstacles sexospécifiques

Selon l'enquête MICS 2018, des obstacles sexospécifiques à la vaccination n'ont pas été constatés à Madagascar.

3.6. L'impact de la pandémie sur l'adoption, la demande et l'engagement communautaire

On note une réduction de la demande de services de vaccination au niveau des formations sanitaires. Cette réduction est principalement causée par la propagation de rumeurs, surtout celles sur les supposés essais cliniques de vaccin contre la COVID-19 en Afrique. Aussi, certaines mesures prises pour réduire la propagation de la COVID-19 comme le confinement, l'arrêt des transports en commun, la limitation des rassemblements sociaux, ont limité la fréquentation sanitaire. En outre, certaines personnes avaient peur de contracter la COVID-19 ou d'être suspectées de porter la maladie s'ils fréquentent les CSB. Le manque de dispositif efficace pour respecter les mesures barrières dans les Formations Sanitaires a aussi favorisé les hésitations des parents à utiliser les services de vaccination.



Base : ceux qui ont déjà entendu parler de COVID-19, n = 1765

Figure 22. Changements de comportement remarqués dans le quotidien des individus entre 15 et 60 ans interrogés entre avril et août 2020, Source : Enquête CAP sur le COVID-19, ATW-MSANP-UNICEF (Juillet-Août 2020)

Selon l'enquête Baseline sur les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de la COVID-19 menée par le cabinet Around the World (ATW) avec le Ministère de la Santé Publique et l'UNICEF dans les certaines grandes villes (Antananarivo, Toamasina, Moramanga, Fianarantsoa, Morondava, Manakara) en juillet-août 2020, seuls 6% des répondants ont arrêté les vaccinations pour ne pas être suspecté de porter la COVID-19 et 6% ont arrêté les vaccinations par peur de contracter le virus.

Tableau 12. Niveaux de confiance aux agents de santé Source : Enquête CAP sur le COVID-19, ATW-MSANP-UNICEF (Juillet-Août 2020)

	Effectif	Ayant tout à fait confiance	Ayant confiance	Ayant un peu confiance	Ayant un doute	Ayant beaucoup de doute
TOTAL	1765	44%	33%	21%	1%	1%
Selon le sexe de l'enquête						
Masculin	842	41%	35%	22%	1%	1%
Féminin	923	46%	32%	20%	1%	1%
Selon l'âge de l'enquête						
15 à 19 ans	469	44%	35%	19%	2%	0%
20 à 24 ans	274	42%	29%	26%	1%	2%
25 à 34 ans	401	41%	34%	23%	1%	1%
34 à 44 ans	291	46%	33%	20%	1%	0%
45 à 54 ans	150	50%	29%	18%	1%	1%
55 ans et plus	179	45%	34%	18%	1%	1%
Selon la CSP du ménage						
Chef de foyer - CSP+	91	55%	28%	15%	1%	1%
Chef de foyer - CSP I	355	36%	36%	27%	1%	0%
Chef de foyer - CSP-	1166	46%	32%	20%	1%	1%
Chef de foyer - Inactif	153	42%	38%	17%	1%	0%
Selon la CSP de l'individu						
Individu - CSP+	67	55%	27%	16%	1%	1%
Individu - CSP I	279	37%	36%	26%	1%	0%
Individu - CSP-	794	45%	34%	19%	1%	1%
Individu - Inactif	625	44%	31%	22%	1%	1%
Selon la ville						
Antananarivo	291	44%	30%	23%	2%	0%
Toamasina	300	31%	40%	28%	1%	0%
Moramanga	291	42%	39%	17%	1%	1%
Fianarantsoa	295	44%	29%	26%	1%	0%
Morondava	288	48%	29%	22%	0%	0%
Manakara	299	55%	30%	10%	2%	3%
Selon la zone						
Urbaine	1187	42%	34%	22%	1%	1%
Rurale	578	47%	32%	20%	1%	0%

La même enquête fait ressortir que la communauté a gardé une bonne confiance envers les agents de santé (44% ont une confiance totale, 33% ont confiance, 21% ont un peu confiance).

Tableau 13. Degré de suspicion de l'Etat de mener des essais cliniques de vaccins sur les citoyens et leurs enfants. Source: Enquête CAP sur la COVID-19, ATW-MSANP-UNICEF (Juillet-Août 2020)

	Effectif	Oui, j'en suis certain	Oui, il est possible	Non, mais je doute un peu	Non, il ne fera jamais cela
TOTAL	1800	9%	25%	20%	46%
Selon le sexe de l'enquête					
Masculin	858	10%	25%	20%	45%
Féminin	942	8%	26%	19%	47%
Selon l'âge de l'enquête					
15 à 19 ans	481	6%	28%	17%	49%
20 à 24 ans	278	12%	24%	23%	41%
25 à 34 ans	409	9%	24%	23%	44%
34 à 44 ans	293	12%	24%	16%	48%
45 à 54 ans	153	9%	28%	16%	47%
55 ans et plus	184	12%	22%	19%	47%
Selon la CSP du ménage					
Chef de foyer - CSP+	91	7%	23%	17%	53%
Chef de foyer - CSP I	356	10%	22%	26%	42%
Chef de foyer - CSP-	1195	9%	27%	18%	46%
Chef de foyer - Inactif	158	8%	25%	17%	50%
Selon la CSP de l'individu					
Individu - CSP+	67	10%	16%	14%	60%
Individu - CSP I	283	11%	22%	24%	43%
Individu - CSP-	814	9%	27%	18%	46%
Individu - Inactif	636	9%	25%	20%	46%
Selon la ville					
Antananarivo	300	17%	21%	19%	43%
Toamasina	300	2%	9%	50%	39%
Moramanga	300	11%	40%	16%	33%
Fianarantsoa	300	5%	31%	10%	54%
Morondava	300	4%	11%	12%	73%
Manakara	300	16%	40%	10%	34%
Selon la zone					
Urbaine	1200	10%	26%	21%	43%
Rurale	600	9%	24%	16%	51%

Concernant la question de la suspicion envers l'Etat de faire des essais cliniques de vaccin sur les citoyens et leurs enfants à leur insu, 9% des répondants en sont certains, 25% pensent que c'est possible, 20% en doutent, et 46% pensent que l'Etat ne le fera jamais.

A cet effet, des activités de sensibilisation ont été déployées afin d'inciter les responsables d'enfant à continuer la vaccination de routine :

- Diffusion du publi-reportage de la marraine de la santé de la Mère et de l'Enfant en la personne de la Première Dame sur l'importance de poursuivre la vaccination ;
- Intervention à la télévision Nationale de la Directrice du PEV, pendant l'émission spéciale du comité de coordination opérationnel de la riposte à la pandémie de COVID-19, diffusée par toutes les stations radios et télévisions du pays ;
- Intervention au niveau de 3 stations radios partenaires du Ministère de la Santé pour la gestion des rumeurs sur les vaccins contre la COVID-19 et la nécessité de continuer la vaccination (Radio National Malagasy, Radio Vaovao Mahasoà, Radio Antsiva) ;
- Conception de spots sur la continuité de la vaccination et diffusion de spots avec les autres spots Santé et Nutrition dans les 49 districts cible du financement de la routinisation de la SSME ;
- Conduite de dialogues communautaires dans les CSB à problèmes, recherche active des enfants non vaccinés et perdu de vue et activités de génération de la demande en collaboration avec les OSC de COMARESS ;
- Tenue des réunions de plaidoyer avec les APART et de lancement opérationnels avec les APART pour renforcer la santé familiale et l'introduction VAR2 ;
- Réorientation du plan de communication et banque de messages COVID-19 en septembre et octobre, y compris messages sur la vaccination.

Comme citées ci-dessus, des actions de sensibilisation communautaire ont été réalisées par la COMARESS avec le soutien financier de GAVI, en partenariat avec UNICEF et CRS. Menées dans la période de juin à décembre 2020, ces actions comprenaient des sensibilisations de masse et de proximité (3 régions et 11 districts), des entretiens avec les groupes d'influence locaux sur la rumeur sur la COVID-19 et la vaccination, la réalisation de dialogue communautaire au niveau des CSB à problème et dénombrement des ENV/PDV (8 régions et 29 districts), et la distribution de coupons de référence aux mères des ENV/PDV rencontrées. Ces actions ont permis de toucher 218 951 personnes au total et de rattraper, référer et vacciner 11 489 enfants. Le détail correspondant est fourni dans l'annexe n°4.

3.6.1. L'impact de la pandémie sur l'introduction de nouveaux vaccins ou campagnes prévus

Les calendriers prévus pour l'introduction de la deuxième dose de VAR et la campagne polio ont connu une perturbation :

- Report de l'introduction du VAR 2 de juillet à septembre ;
- Annulation de la campagne JLV polio. Les vaccins ont été utilisés dans la routine.

3.6.2. L'impact sur les stocks de vaccins

Les impacts suivants ont été notés :

- La réception des vaccins au niveau national a été retardé à cause de la perturbation des vols internationaux, ce qui a impacté sur la distribution du T2, ;
- 18% des districts ont connu des ruptures en DTC-HepB-Hib et 41% en VAR à la fin du mois d'avril à cause du retard de livraison au niveau national ;

- L'acheminement vers les districts a été fait mais avec des difficultés liées à l'obtention des autorisations de déplacements hors de la capitale et à l'augmentation des risques de contamination par la COVID-19 ;
- Les activités de maintenance de 25 Chaînes de Froid planifié par le niveau national n'ont pas pu être réalisées à cause du retard d'acquisition des pièces de rechange ;
- Le déplacement du personnel des CSB vers les districts pour s'approvisionner en intrants de vaccination a été fortement limité par l'arrêt du transport en commun.

3.6.3. L'impact de la pandémie sur le financement de la santé

L'économie a été fortement marquée par la pandémie avec une croissance négative de 3,8% enregistrée en 2020. Le budget du secteur santé hors financement externe a connu une hausse de 6,18% qui est inférieure au taux d'inflation annuel attendu à 7,2%.

Tableau 14. Principaux indicateurs macro-économiques

Indicateurs	2019	2020	2021*
Taux de croissance (%)	5,2	-3,8	4,5
Taux d'inflation (%)	5,6	7,2	6,2
PIB par habitant (USD courant)	537	503	530
Budget santé global (Million Mga)	546,75	736,43	763,72
Part dans le budget général (%)	5,99%	6,73%	6,67%
Budget santé global hors financement externe (Million Mga)	331,43	351,91	376,27
Croissance budget santé global hors financement externe (%)	n.d.	6,18%	6,92%

Face aux différentes urgences auxquelles l'Etat a dû faire face, le budget relatif au cofinancement pour l'achat des vaccins et autres intrants a été fortement réduit. On note également un retard dans le paiement du cofinancement sur l'achat des vaccins et le gel des fonds de l'Etat pour l'acquisition des pièces de rechanges et de réfrigérateurs solaires.

Bien que les obligations de l'Etat pour 2020² s'élèvent à 12,120 milliards Mga (3,187 millions Us\$), seuls 4,57 milliards Mga (1,202 millions Us\$) ont été retenus dans la LFR (contre 4,92 milliards Mga ou 1,295 millions Us\$ dans la loi de finance initiale) et transférés dans les comptes de UNICEF SD à Copenhague qui assure l'achat des intrants de vaccination pour le compte de l'Etat Malagasy. Toutefois, lors du Conseil des Ministres du 17 février 2021, l'Etat a accordé le paiement du reliquat de 1,8 millions Us\$ sur sa participation aux achats des intrants de vaccination de 2020. Pour 2021, la participation de l'Etat est estimée à 2 399 338,36 Us\$³ ; détaillé comme suit :

Tableau 15. Part de l'Etat dans l'achat des vaccins et consommables 2021

Rubrique	Montant (\$)
Cofinancement Rougeole, PCV, Pentavalent et Rota (part Etat/GAVI)	987,818
Achat autres vaccins et consommables	1 099 020,36
Remboursement audit GAVI 2018	312,500
Total	2 399 338,36

Le Ministère entend faire le plaidoyer nécessaire auprès de l'Etat et des autres PTF afin de mobiliser les ressources nécessaires pour financer ce montant. Par ailleurs, afin de diversifier les

² incluant les vaccins traditionnels et les nouveaux vaccins

³ Il s'agit de coûts provisoires basés sur la lettre de décision de GAVI et les forecasts 2021. Ils peuvent varier selon les Costs Estimates fournis par l'UNICEF SD

sources de financement pour l'achat des intrants de vaccination, il est prévu de continuer le processus de mise en place du Fonds National de Vaccination.

3.6.4. L'impact de la pandémie sur la mise en œuvre du soutien de Gavi

La mise en œuvre des activités appuyées par le RSS a été ralentie entre mars et septembre 2020 suite aux mesures restrictives liées à la gestion du COVID-19. Des demandes de réallocations budgétaires pour la continuation des activités de vaccination ont été soumises à Gavi et approuvées par ce dernier.

L'introduction du VAR2 n'a été effective qu'au mois de septembre 2020. Les différentes réunions et formations prévues dans la phase de préparation ont été remplacées par des réunions virtuelles. Ceci a permis de réaliser des économies dont une partie (53,294.00\$) servira à financer l'approvisionnement en pétrole des 911 CSB qui utilisent encore des réfrigérateurs à pétrole.

Certaines activités prévues initialement au deuxième et troisième trimestre ont été reportées au quatrième trimestre : DQS, supervisions formatives, ECV, GEV, PTA ascendant, revue trimestrielle PEV avec les chefs CSB au niveau des districts et dialogue multipartite. D'autres sont replanifiées pour 2021 : revue externe, élaboration du PPAC/SNI, enquête de couverture et équité, etc.

3.7. Réaffectations budgétaires déjà convenues de la subvention de RSS vers les mesures COVID-19

Dans le cadre de la continuité de la vaccination dans le contexte de la COVID-19, un plan a été élaboré par toutes les parties prenantes du PEV en mai 2020. Ce plan a bénéficié d'une réallocation budgétaire sur le RSS2 en plus des financements octroyés par l'UNICEF et l'USAID.

Tableau 16. Situation de la mise en œuvre du plan de continuité de vaccination face à la pandémie de COVID-19 (Activités financées par Gavi)

# Activité	Activité COVID-19	Entité	Montant réaffecté	Dépenses au 30/09/2020	État d'avancement de la mise a en œuvre
7.1.1.1	Elaborer des directives pour la continuité des services de vaccination et la surveillance des MEV dans les formations sanitaires dans le contexte de la pandémie de COVID 19	UNICEF	672	0	La directive a été élaborée et diffusée par mail.
7.1.1.3	Doter les personnels clés des districts, régions et central en outils nécessaires (modem, data, crédit...) pour assurer le télétravail (téléconférence, envoi des rapports etc. ...)	UNICEF	3,495	1,264	Réalisée, mise en œuvre jusqu'en Décembre 2020
7.3.1.1	Doter les formations sanitaires en équipements de protection individuelle, matériels PCI et dispositifs de distanciation sociale	UNICEF	303,968	44,916	Kit d'hygiène et dispositifs de distanciation sociale déjà livrés, EPI en cours
7.3.1.2	Doter les prestataires en aides mémoires sur les mesures de Prévention et Contrôle des Infections (PCI)	UNICEF	2,984		En attente de la requête de la DPEV

# Activité	Activité COVID-19	Entité	Montant réaffecté	Dépenses au 30/09/2020	État d'avancement de la mise a en œuvre
7.4.1.1	Appuyer la réalisation de la recherche active au niveau des formations sanitaires et les investigations des cas de MEV dans les zones confinées	OMS	1,258		La requête est en cours de traitement au niveau de l'OMS
7.4.1.2	Assurer l'envoi des échantillons selon le nouveau plan d'acheminement des échantillons y compris le COVID 19	OMS	923		La requête est en cours de traitement au niveau de l'OMS
7.4.2.1	Tenir une séance de réorientation des agents communautaires sur la surveillance des MEV en incluant les cas à rechercher pour la surveillance de COVID-19 durant la pandémie	OMS	134,217		Dans le cadre de l'intégration des programmes et l'optimisation des ressources, les fonds seront positionnés pour le renforcement de la compétence des agents de communautaire en matière de SIMR, intégrant la surveillance des MEV et de la COVID-19
7.4.2.2	Doter les AC en matériels de protection pour la mise en œuvre de l'approche communautaire (COMARESS, Croix Rouge, etc.)	UNICEF	20,081		En attente de livraison
7.4.2.3	Multiplier des aides mémoires sur la définition communautaire des cas de MEV et COVID-19	OMS	79,169		L'aide-mémoire sur les définitions des cas de MEV et COVID-19 est disponible. La recherche de prestataire pour la multiplication est en cours.
Total			546,768	46,180	

Les fonds non utilisés et les reliquats budget relatif au plan de la continuité de la vaccination durant la pandémie à COVID-19 ont fait l'objet d'une réallocation.

3.8. Modifications déjà convenues dans l'assistance technique

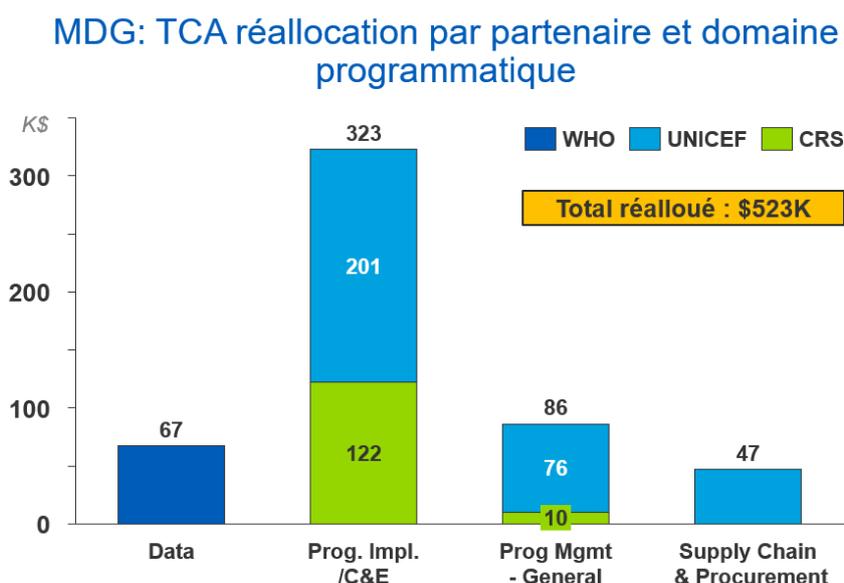


Figure 23. Réallocation par partenaire et domaine programmatique

Tous les experts internationaux et nationaux de l'OMS ont été mobilisés dans la riposte contre la COVID-19. Ils ont intégré les différentes commissions (logistique, prise en charge, surveillance, coordination, communication, continuité des services de base) qui ont été créées.

Pour l'UNICEF, quatre consultants ont été rajoutés dans le TCA afin d'assurer la continuation des activités dans le cadre du contexte de la COVID-19 : un consultant national en logistique, un consultant international chef de projet construction de dépôts de vaccin et de bâtiment administratif de la DPEV, un consultant international en appui à la réponse COVID et un consultant international pour la conduite de l'analyse de la couverture et équité.

2.6 Fonds non dépensés et disponibles pour réaffectation

Au 30 septembre 2020, 23 929,52 Usd et 26 889 Usd ne sont pas planifiés sur les soutiens RSS2 et introduction de la VAR2.

Tableau 14. Situation des fonds sur les soutiens de GAVI à la date du 30 septembre 2020

Soutien financier	Rubrique	Montant (USD)
RSS2	Planifié mais non dépensé	10 690 842,05
	Reste à planifier	23 929,52
	Fonds disponibles	10 714 771,57
Introduction VAR2	Reste à planifier	26 889

Ce reliquat sera utilisé pour financer les activités de la Plateforme 2YL en 2021. La demande de réallocation correspondante sera soumise à GAVI.

4. Recommandations, priorités et plan d'actions pour le rattrapage des enfants non vaccinés

4.1. Les recommandations émises et les priorités retenues pour 2021

Il ressort des analyses rapportées dans les deux sections précédentes que par rapport à 2019, la couverture vaccinale pour chaque antigène en 2020 a connu une baisse de 5% en moyenne à cause de la baisse de fréquentation des formations sanitaires et la réduction de l'offre de services, notamment entre mars et août, suite aux mesures prises pour lutter contre la pandémie de Covid-19. Bien que tous les CSB aient élaboré un micro plan de vaccination de routine selon l'approche ACC au mois de mars 2020. Cependant, la mise en œuvre a été fortement entravée par l'avènement de la pandémie de COVID-19 depuis mars 2020 à Madagascar.

14 régions ont connu une baisse de performance en 2020. Cette baisse va de 3% dans la région d'Amoron'i Mania et à 26% dans la région d'Atsimo Andrefana.

La surveillance des maladies évitables par la vaccination a également été impactée. L'effort de prélèvement des cas suspects de rougeole a diminué entre la semaine 11 et la semaine 37 de 2020. De même, 58% seulement des échantillons de paralysie flasque aiguë (PFA) ont été reçus au laboratoire dans les 72 heures après le deuxième prélèvement en 2020 alors que cette proportion était supérieure à 80% les deux années précédentes. Enfin, 52% seulement des résultats de l'analyse des échantillons de PFA reçus au niveau du laboratoire de référence étaient disponibles dans les 14 jours suivant leur réception alors que l'objectif est de 80%. En effet, le laboratoire a dû faire face à la demande liée au Covid-19.

Le nombre de districts ayant enregistré un nombre de zéro dose >500 est passé de 17 districts en 2019 à 25 en 2020. Même des districts (7) présentant des couvertures supérieures à 90% présentent un nombre élevé d'enfants zéro dose (cf. Figure 20).

Le nombre de districts ayant enregistré un nombre d'enfants sous vaccinés (>1000) en DTC-HepB-Hib3 est passé de 16 districts en 2019 à 29 en 2020. On note 13 Districts Sanitaires avec des couvertures supérieures ou égales à 80% mais un nombre élevé (>1000) d'enfants non vaccinés en DTC-HepB-Hib3 (cf. Figure 21).

Les problèmes qui ont conduit à ces performances, leurs causes et les recommandations correspondantes sont synthétisés dans les tableaux qui suivent :

Prestation de service :

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Micro plan non à jour	Insuffisance des outils de micro-planification dans les FS	Multiplier les outils de micro-planification et les rendre disponibles auprès des FS (4 exemplaires par an)	Districts	Tous les trimestres
Non réalisation des stratégies de vaccination planifiées	Insuffisance des EPI	Doter les personnels de santé y compris les AC en EPI suffisants	Ministère de la Santé Publique et Partenaires	Activité continue
	Insuffisance du personnel	Recruter ou redéployer les AS pour qu'au moins deux agents sanitaires soient disponibles au niveau de chaque formation sanitaire publique. Mettre en place un système de fidélisation des agents au niveau des CSB	DGR Ministère de la Santé Publique et Partenaires	Mars 2021 Janvier 2022

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
	Insécurité dans les zones enclavées	Planifier la collaboration avec la Direction de santé militaire et la Gendarmerie nationale pour la sécurisation des activités de santé y compris les stratégies avancées ou/et mobiles Inclure les indemnités de déplacement des forces de l'ordre dans les budgets des stratégies avancées	DPEV, DRS, Districts, CSB DPEV, DRS, Districts, CSB	En continue En continue
	Insuffisance des supervisions formatives et des formations en PEV pratique	Effectuer la formation des EMAD et des AS en PEV pratique Financer les supervisions formatives des FS par les EMAD Promouvoir l'accès des responsables du PEV à tous les niveaux aux formations en ligne (information sur les opportunités de formation, dotation de crédit pour suivre les formations, etc.)	DPEV DPEV DPEV PTF	T2, T3 2021 T2, T3, T4 2021 En continue
	Insuffisance des financements des stratégies avancées	Prioriser le financement des stratégies avancées dans les soutiens et appuis pour la promotion de la vaccination	DPEV	En continue

Communication et mobilisation sociale :

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Recherche des ENV non effective	Définition des rôles des OSC et des AC non claires Duplication des activités de visite à domicile et recherche des OMV entre les OSC et les AC	Elaborer le TDR des OSC en veillant à une complémentarité avec celui des AC Partager les TDR des OSC à toutes les parties prenantes pour une même compréhension.	DSSB/DPEV	T1, T2 2021 T2 2021
Sous-utilisation des registres communautaires	Démotivation des AC faute de mécanisme de motivation Non maîtrise de l'utilisation des Registres Communautaires par les AS	Définir et mettre en œuvre un mécanisme de motivation des AC Effectuer un rappel de l'utilisation des Registres Communautaires auprès des Districts et des CSB Effectuer un suivi régulier de l'utilisation effective des Registres Communautaires (mise à jour des check list de supervision, spot check au niveau des CSB) Envisager l'augmentation du nombre d'AC à 1 AC par hameau ou village dans les zones reculées Appuyer et suivre la réalisation des activités communautaires pour la recherche des enfants zéro dose et sous vaccinés	DSSB Régions Districts DSSB CSB Districts	Juillet 2021 Mars 2021 Trimestriels Juillet 2021 En continue

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Dénominateur sous/surestimé	La mise à jour annuelle n'est pas effective au niveau opérationnel	Collaborer avec les services de l'état civil au niveau décentralisés pour renforcer la maîtrise du dénominateur et la recherche des zéro dose et perdus de vue	CSB Districts	En continue
Irrégularité et manque de visibilité de l'engagement des APART	Insuffisance des réunions de plaidoyer et manque de suivi des engagements des leaders	Tenir au moins deux réunions de plaidoyer sur la vaccination avec les APART Réaliser un suivi régulier des activités de mobilisation sociale et de communication	CSB Districts	Tous les semestres Tous les trimestres

Logistique :

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Insuffisance des compétences en logistique au niveau des districts	Absence de formation en logistique au niveau des districts et des CSB faute de planification Absence de profil de logisticien au niveau des districts	Former les responsables de la vaccination des districts et des responsables de la vaccination des CSB en gestion des vaccins	DPEV	Juin 2021

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
	Insuffisance des supervisions en logistique des formatives	Effectuer les supervisions logistiques dans les régions par les équipes centrales à tous les niveaux, dans les districts par les équipes des régions, et dans les CSB par les équipes des districts		Mai 2021
Faiblesse de la gestion logistique	Manque de redevabilité des agents pour diverses raisons : inadéquation du profil avec le poste, faiblesse du contrôle et absence de TDR par poste Inexistence de Procédures Opérationnelles Normalisées de logistique et chaîne de froid	Elaborer le Procédures Opérationnelles Normalisées de logistique et chaîne de froid	DPEV	Août 2021

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
	Absence d'eLMIS	Mener une réflexion entre le Ministère et les différents PTF pour harmoniser les appuis dans la mise en place d'un eLMIS pour la gestion des vaccins à tous les niveaux	DPEV	Juillet 2021
	Non utilisation du SMT au niveau régional et des districts	Former les régions et les districts à l'utilisation du SMT	DPEV	T2 2022

Chaîne de froid :

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Faiblesse de la gestion des ECDF	Inventaire des ECDF non à jour faute de planification	Réaliser l'inventaire complet des ECDF	DPEV	Juin 2021

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
	<p>Insuffisance dans la mise en œuvre du plan de maintenance des ECDF faute de financement</p> <p>Insuffisance de budget de maintenance</p> <p>Insuffisance des pièces de rechange</p>	<p>Réviser et mettre en œuvre le plan de maintenance</p>	<p>DPEV</p> <p>Comité logistique</p>	<p>T2, T3 2021</p>
<p>ECDF non fonctionnels</p>	<p>ECDF vétustes</p> <p>Absence de directive nationale de mise au rebut</p> <p>Chambre froide régionale non opérationnelle faute d'implication des régions dans la chaîne d'approvisionnement</p> <p>Défaut de dotation en pétrole pour les réfrigérateurs des CSB</p>	<p>Demander auprès du Ministère de l'Environnement la directive de mise au rebut</p> <p>Effectuer un plaidoyer au niveau des décideurs pour accélérer les procédures de mise à disposition des CSB des dotations à pétrole à travers les comptes des Communes</p>	<p>DPEV</p> <p>DGR, DPEV</p>	<p>Avril 2021</p> <p>Janvier 2021</p>

Surveillance et monitoring :

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Absence des indicateurs de suivi des ECDF	Données de suivi des ECDF non capturées dans le RMA intégré	Multiplier et diffuser les feuilles additionnelles pour compléter le tableau du RMA CSB	DEPSI	Juin 2021
Absence de visibilité du stock au niveau périphérique		Multiplier et Diffuser le RMA PEV du district et l'intégrer dans le DHIS2	DEPSI	Juin 2021
Insuffisance des OG au niveau des CSB	Non transmission des OG parvenus aux districts aux CSB	Ajouter la disponibilité des OG au niveau des CSB et des districts parmi les indicateurs à suivre	DPEV	Juin 2022
		Prévoir les moyens nécessaires pour assurer la distribution des OG jusqu'aux CSB	Régions, Districts	Septembre 2021
Incohérence des données de routine rapportées	Coexistence de DVDMT et de DHIS2	Organiser un atelier de validation des données antérieures sur DHIS2 Diffuser une note ministérielle pour arrêter l'utilisation de DVDMT	DEPSI, DPEV	Juin 2021

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Incohérence des données rapportées sur les MEV	Existence de systèmes parallèles de la surveillance des maladies	Organiser un atelier d'harmonisation des outils de surveillance intégrée des maladies incluant les MAPI	DVSSER, DPEV	Juin 2021
		Installer les paquets d'application additionnels sur la surveillance des MEV et des MAPI dans DHIS2	DEPSI, DPEV	Décembre 2021
		Redynamiser les comités de validation des données à tous les niveaux	DEPSI, DPEV	Avril 2021
Sous notification des cas de MAPI	Existence de systèmes parallèles de la surveillance des MAPI (SEIE, LINE LIST)	Refaire la formation des acteurs à tous les niveaux sur la notification et l'investigation des cas de MAPI	DPEV	T2, T3 2021
	Envoi direct des fiches de notification à la Pharmacovigilance sans passer par la DPEV	Revoir le circuit des données en utilisant DHIS2	DEPSI, DPEV	Décembre 2021
Perte de données avec la saisie offline sur DHIS2	Anomalie technique liée au système	Corriger cette anomalie avec l'assistance technique HISP	DEPSI, DPEV	Juin 2021

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Faible utilisation de DHIS2 pour l'analyse des données à tous les niveaux	EMAR et EMAD non formés sur l'utilisation de DHIS2	Organiser les ateliers de formation des formateurs centraux et des EMAR et des EMAD, sur l'utilisation des nouvelles applications du DHIS2	DEPSI, DPEV	Juin 2021
	Insuffisance des ordinateurs et des tablettes pour la collecte et l'analyse des données au niveau opérationnel	Inventorier les matériels disponibles et les besoins en équipements informatiques à tous les niveaux et doter les responsables d'équipements adéquats (outils informatiques, connexion à haut débit, moyens de locomotion) pour la réalisation de leurs missions	Ministère de la Santé Publique, Partenaires	Avril 2022

Financement :

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Financement de la participation du pays dans l'achat des intrants de vaccination	Insuffisance des crédits inscrits dans la loi des finances à cause de l'insuffisance des ressources propres internes et des autres priorités de l'Etat	Assurer la disponibilité des vaccins par le paiement en totalité et dans le temps imparti du co-financement Renforcer le plaidoyer pour la mobilisation de la participation de l'Etat dans le financement de la vaccination	Gouvernement Ministère de la Santé Publique DPEV	Septembre 2021 Continue

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
	<p>Insuffisance de la participation des acteurs non étatiques dans le financement de la vaccination</p> <p>Non application de la loi sur la vaccination</p>	Réaliser une étude de faisabilité de la mise en place du Fonds National de Vaccination et adopter les textes de création de ce dernier	Ministère de la Santé Publique DPEV	Septembre 2021

Gestion du programme :

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
Faiblesse de la capacité programmatique et financière	Non adéquation entre le profil et le poste occupé dans certains cas	<p>Former systématiquement les techniciens à la gestion de programme/projet avant leur prise de poste</p> <p>Prévoir la réduction de la prise en charge des GCR et AGCR et s'orienter vers la mise en place de système de primes en faveur des agents des structures régionales et des districts</p> <p>Elaborer et mettre en œuvre un plan de transfert des rôles des GCR et AGCR aux</p>	<p>Ministère de la Santé Publique</p> <p>DRH</p> <p>UCP</p> <p>Agence Fiscale</p>	<p>En continue</p> <p>Janvier 2022</p> <p>Décembre 2021</p>

Problèmes	Causes	Recommandations	Responsables	Echéance
		agents des structures régionales et des districts		
Faible taux de décaissement	<p>Faiblesse de la planification</p> <p>Absence de suivi régulier des réalisations programmatiques et financières</p> <p>Absence de tableau de bord de suivi et financier</p>	<p>Organiser des réunions mensuelles de toutes les parties prenantes pour le suivi programmatique et financier</p> <p>Établir un tableau de bord pour une meilleure visibilité de tous les financements RSS</p> <p>Renforcer la coordination et l'harmonisation des différents soutiens financiers gérés par l'UCP</p>	<p>UCP</p> <p>Agence Fiscale</p> <p>DPEV</p> <p>OMS</p> <p>UNICEF</p>	Mars 2021
Insuffisance des compétences clés	Absence de plan de gestion et de développement des compétences	<p>Mettre en œuvre le Plan de Développement des Ressources Humaines de la Santé</p> <p>Prioriser les critères techniques dans les décisions d'affectation du personnel</p> <p>Développer une charte de l'Assistance Technique et y prévoir un plan de transfert de compétences</p>	<p>Ministère de la Santé Publique</p> <p>DRH</p> <p>PTF</p>	En continue

Afin de ne pas anéantir les résultats obtenus auparavant et de réduire les risques d'épidémie liée aux MEV, les participants considèrent le rattrapage des enfants zéro dose ou sous vaccinés comme la priorité des priorités pour 2021. Ce rattrapage des cohortes d'enfants non vaccinés se ferait dans le cadre plus général d'un plan de relance des services de santé. Des activités porteuses et ayant fait leurs preuves telles que la réduction des occasions manquées de la vaccination seraient à poursuivre. Au besoin, une réallocation des ressources disponibles pour financer les activités nécessaires pour rattraper ces enfants sera effectuée.

En tout, les priorités retenues pour 2021 sont les suivantes :

1. Elaborer et mettre en œuvre le plan de relance de la vaccination visant les enfants manqués pendant la pandémie, les zéros dose incluant le renforcement de :
 - l'engagement des leaders religieux, du secteur privé et des OSC,
 - la synergie avec les autres Ministères (Population, Education) ;
2. Assurer la disponibilité des vaccins par le paiement en totalité et dans le temps imparti du co-financement ;
3. Harmoniser les outils de surveillance des MEV et des Manifestations post vaccinales indésirables (MAPI) avec tous les programmes du MSANP et les partenaires ;
4. Réaliser un inventaire des équipements de la chaîne de froid ;
5. Valider le choix du système d'approvisionnement en intrants de vaccination et en définir le plan de mise en œuvre ;
6. Réaliser la campagne de suivi de Vaccin Anti – Rougeole (VAR) et y intégrer le rattrapage d'enfants zero dose/sous vaccinés ;
7. Mettre en place le Groupe Technique Consultatif national pour la Vaccination (GTCV) ;
8. Préparer l'ensemble de la documentation pour la négociation du portefeuille complet des soutiens de Gavi ;
9. Définir le système harmonisé de motivation basée sur les charges et les performances défini dans la Politique Nationale de Santé Communautaire.

4.2. Stratégie et plan d'actions pour le rattrapage des enfants zéro dose et sous vaccinés

Cette stratégie s'aligne avec la vision de la Politique Nationale de Santé de 2016 qui est reprise dans le PDSS 2020 – 2024 : *une population malagasy en parfait état de santé contribuant à la construction d'une nation moderne et prospère.*

Elle contribue à la réalisation de l'objectif général du PDSS 2020 – 2024 qui est de *réduire la morbidité et la mortalité causée par les maladies et les événements défavorables à la santé en contribuant à un meilleur état de santé de la population malagasy.*

Elle vise trois effets ou objectifs spécifiques :

- Effet 1. Le nombre d'enfants zéro dose et sous vaccinés diminuent et la couverture vaccinale augmente ;
- Effet 2. Les nombres d'occasions manquées de vaccination sont réduits à zéro ;
- Effet 3. Le système national de surveillance est sensible.

Effet 1. Le nombre d'enfants zéro dose et sous vaccinés diminue et la couverture vaccinale augmente.

Les cibles à rattraper pour tous les antigènes autres que VAR sont les enfants de 12 à 24 mois dont le nombre est estimé à 220 237. Pour le VAR, il s'agit des enfants de 9 à 59 mois dont le nombre est évalué à 1 234 232. Le détail de ces estimations est présenté dans l'annexe 5.

Produit 1.1. Les enfants zéro dose et sous vaccinés ainsi que la communauté zéro dose sont identifiés.

Les AC seront redynamisés pour effectuer la recherche et l'identification des enfants zéro dose et sous vaccinés ainsi que leur inscription dans les registres communautaires. Des formations de remise à niveau des AC, des AS et des responsables des districts sur leurs rôles respectifs dans la mise en œuvre des activités de vaccination seront réalisées. Les AC qui seront motivés effectueront la recherche et l'identification des cibles et les inscriront dans les registres communautaires. Ils bénéficieront des EPI adaptés pour les protéger contre les risques de propagation du COVID-19. Les registres de vaccination seront mis à jour à partir de ces derniers lors des revues mensuelles des CSB avec les AC.

La durabilité de ce produit sous-entend que le système harmonisé de motivation basée sur les charges et les performances prévu dans la Politique Nationale de Santé Communautaire soit défini et mis en œuvre. En effet, si les AC ne sont pas motivés, il est peu probable qu'ils remplissent convenablement leurs rôles dans la promotion de la santé en générale.

Produit 1.2. Les parents comprennent l'importance de la vaccination et emmènent leurs enfants se faire vacciner.

Afin d'éliminer les barrières à la vaccination et convaincre les parents à s'approcher des AS pour faire vacciner leurs enfants, une campagne de communication de masse sera réalisée au niveau national et au niveau local. Par ailleurs, les APART devront être mobilisés pour promouvoir davantage la demande en vaccination. Des dialogues avec les communautés zéro dose identifiées seront également effectués.

La sensibilisation sera également axée sur les principes du rattrapage vaccinal tels que :

- l'importance de se faire vacciner en temps opportun.
- les vaccins administrés tardivement sont toujours sûrs et efficaces tout en offrant une protection contre la maladie.

- l'importance de la vaccination, mais également via des rappels les incitant à vérifier qu'ils sont « à jour » avec tous les vaccins.
- l'importance de la préservation du carnet de vaccination à domicile et de prendre l'habitude de le présenter à chaque visite de santé

Produit 1.3. Les enfants zéro dose et sous vaccinés ainsi que la communauté zéro dose identifiés sont vaccinés.

Les districts et les CSB bénéficieront de formations de remise à niveau sur l'élaboration et la mise en œuvre des micro plans. Ils mettront à jour ces derniers en impliquant les AC et en intégrant toutes les actions nécessaires pour la recherche et la vaccination des enfants zéro dose et sous vaccinés. Par ailleurs, les CSB disposeront d'au moins deux agents afin d'augmenter le nombre de séances de vaccination à travers des stratégies fixes et des stratégies avancées. Des journées intensives de vaccination seront également réalisées. A cet effet, le recrutement d'un deuxième agent dans les CSB avec un seul agent au poste est crucial. Les agents des CSB disposeront des EPI appropriés pour les protéger contre les risques de propagation du COVID-19.

La réalisation des activités de vaccination dans les localités enclavées et à forte insécurité nécessitera la présence des forces de l'ordre afin de les sécuriser. Les indemnités correspondantes seront prises en compte dans leur budget.

Afin de s'assurer de la réalisation effective de ce produit et de l'effet recherché, des enquêtes LQAS seront réalisées au niveau des districts.

Produit 1.4. Les vaccins et intrants de qualité nécessaires pour le rattrapage vaccinal sont disponibles.

Le rattrapage des enfants zéro dose et sous vaccinés implique une augmentation des cibles et ainsi un accroissement des doses à acheter, stocker et livrer au niveau central, des districts et des CSB. Les financements correspondants devront être mobilisés. Les intrants de vaccination seront acheminés du niveau central vers les districts. Ces derniers assureront leur livraison au niveau des CSB afin d'éviter tout risque de rupture. Par ailleurs, l'opérationnalisation de la chaîne de froid à tous les niveaux sera assurée de manière permanente afin de s'assurer de la qualité des vaccins. Dans ce sens, les pièces de rechange devront être disponibles et les maintenances préventive et curative réalisées.

Produit 1.5. La politique sur le rattrapage vaccinal, le calendrier vaccinal et le guide de rattrapage sont élaborés et disponibles à tous les niveaux.

Afin de bien cadrer la planification et la réalisation du rattrapage vaccinal, la politique nationale correspondante incluant le calendrier vaccinal sera élaborée. Un guide de rattrapage vaccinal sera également développé. L'ensemble sera diffusé aux différents acteurs concernés à tous les niveaux.

Effet 2. Les nombres d'occasions manquées de vaccination sont réduits à zéro

Produit 2.1. Les AS vérifient systématiquement le statut vaccinal des enfants éligibles en contact avec un centre de santé et les orientent vers un centre de vaccination le cas échéant

Les AS au niveau des CSB et des hôpitaux publics et privés bénéficieront d'une formation de remise à niveau sur l'accueil des patients, l'humanisation des soins et l'organisation des services. Ils seront sensibilisés sur l'impératif de vérifier le statut vaccinal des cibles à chaque contact et les orienter vers un centre de vaccination le cas échéant. Afin de renforcer ce message, le Ministère émettra une directive qui sera diffusée à tous les centres de santé publics et privés. Par ailleurs, la création de sites de vaccination au niveau des hôpitaux publics et privés se poursuivra. Le nombre d'AS formés aux techniques de vaccination dans le cadre de la création de ces derniers devront être suffisant afin de disposer de vaccinateurs titulaires et suppléants et assurer ainsi leur fonctionnement continu.

Produit 2.2. Le système éducatif et les services d'état civil au niveau des communes contribuent à l'identification des enfants non vaccinés

Le Ministère de la Santé Publique approchera le Ministère de l'Education Nationale afin de convenir avec de dernier d'un système de contrôle du statut vaccinal en milieu scolaire. Le système permettra d'identifier les enfants non vaccinés sans impacter sur les objectifs établis en matière d'éducation. Une fois le système adopté, le Ministère effectuera une campagne de plaidoyer visant les directions nationales des différentes écoles publiques, privées et confessionnelles pour en promouvoir l'appropriation et la mise en œuvre.

Par ailleurs, au niveau des communes, l'échange d'informations sur les nouvelles naissances entre les services d'état civil et les formations sanitaires sera renforcé. Dans ce sens, toutes les déclarations de naissance doivent être notifiées aux formations sanitaires publiques des communes concernées. De même, la liste des naissances déclarées au niveau des services d'état civil sera communiquée de manière périodique aux CSB. Les modalités de mise en œuvre de cet échange d'informations seront définies avec le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation.

Effet 3. Le système national de surveillance est sensible

Produit 3.1. La surveillance des MEV et des MAPI est renforcée

Les AC bénéficieront d'une formation sur la surveillance des MEV et des MAPI. Les AS recevront une formation de remise à niveau sur le même thème. Les guides MEV mis à jour seront produits et diffusés. Les kits de prélèvement et les fiches de notification devront être disponibles au niveau opérationnel et la visite des sites de surveillance réalisée de façon régulière.

Tableau 15. Cadre logique de la stratégie de rattrapage

Logique d'intervention		Indicateurs	Source et vérification	Hypothèses/Risques
Objectif général	Réduire la morbidité et la mortalité causées par les MEV et les évènements défavorables à la santé en contribuant à un meilleur état de santé de la Population Malagasy	Taux d'incidence des MEV (PFA, rougeole et TNN)	Bases de données DVSSER	
Effet 1	Le nombre d'enfants zéro dose et sous vaccinés diminuent et la couverture vaccinale augmente	Taux de couverture vaccinal en DTC-HepB-Hib1 et 3	DHIS2	
<i>Produit 1.1</i>	Les enfants zéro dose et sous vaccinés ainsi que la communauté zéro dose sont identifiés	Proportion de FS utilisant le registre de vaccination mis à jour pour l'identification des enfants zéro dose et sous vaccinés	ISS ODK Supervision formative	
Activité 1.1.1	Effectuer une formation de remise à niveau des AC, des AS et des Responsables des districts sur le registre communautaire	Nombre d'AC, AS et de Responsables des districts formés	Rapports de formation	Les AC sont motivés. Les registres communautaires sont disponibles au niveau des AC.
Activité 1.1.2	Faire un dénombrement des enfants de moins de cinq ans pour identifier les zéro doses et sous vaccinés ainsi que les communautés zéro doses par les AC à travers les registres communautaires et les registres de l'Etat Civil	Nombre d'enfants zéro doses et sous vaccinés identifiés Nombre de communautés zéro doses identifiées	Rapports de supervision	
Activité 1.1.3	Effectuer les revues mensuelles avec les AC et mettre à jour les Registres de vaccination	Nombre de FS ayant effectuées des revues mensuelles avec les AC Nombre de FS ayant mis à jour les registres de vaccination à partir des registres communautaires	ISS ODK Supervision formative	Les AC motivés mettent à jour régulièrement les registres communautaires.
Activité 1.1.4	Fournir des EPI aux AC dans le cadre des mesures de protection anti-COVID 19	Pourcentage d'AC disposant d'EPI	Supervision formative	
<i>Produit 1.2</i>	Les parents comprennent l'importance de la vaccination et emmènent leurs enfants se faire vacciner	Proportion de parents comprenant l'importance de la vaccination Proportion de parents emmenant leurs enfants se faire vacciner	Enquête CAP	
Activité 1.2.1	Réaliser une campagne de communication nationale et locale (spot, plateau radio, TV, sms, affiche, etc.) sur la vaccination de routine	Nombre de SMS, spots, plateaux radio, TV, affiches, diffusés	Rapports d'activité	
Activité 1.2.2	Faire des réunions semestrielles de sensibilisation des APART	Nombre de FS ayant effectuées une réunion semestrielle avec les APART	PV de réunions	

Logique d'intervention		Indicateurs	Source et vérification	Hypothèses/Risques
Activité 1.2.3	Effectuer des dialogues avec les communautés zéro dose	Nombre de dialogues communautaires avec les communautés zéro dose effectués	Supervision formative	Les communautés zéro dose sont identifiées.
Produit 1.3	Les enfants zéro dose et sous vaccinés ainsi que la communauté zéro dose identifiés sont vaccinés		Supervision formative	
Activité 1.3.1	Faire une formation de remise à niveau des districts et des CSB sur l'élaboration et la mise à jour des micro plans	Nombre d'AS et responsables de districts remis à niveau sur le micro plan	Rapports de formation	
Activité 1.3.2	Tenir des réunions avec les AC pour la mise à jour des micro plans	Proportion de CSB disposant d'un microplan mis à jour	Supervision formative	
Activité 1.3.3	Augmenter le nombre de séances de vaccination à travers les stratégies fixes et les stratégies avancées	Nombre de stratégies fixes et stratégies avancées réalisées	DHIS2	Les stratégies avancées dans les zones enclavées sont sécurisées par les forces de l'ordre. Il y a au moins deux AS par CSB.
Activité 1.3.4	Recruter un deuxième agent dans les CSB avec un seul agent au poste	Proportion de FS disposant d'au moins deux agents	DRH	
Activité 1.3.5	Fournir des EPI aux AS dans le cadre des mesures de protection anti-COVID 19	Pourcentage d'AC disposant d'EPI	Supervision formative	
Activité 1.3.6	Mener des journées intensives de vaccination	Nombre de FS ayant bénéficié de JIVR	Rapports techniques	
Activité 1.3.7	Mener des enquêtes LQAS au niveau des districts pour évaluer les résultats des activités réalisées	Proportion de districts acceptés	Enquête	
Produit 1.4	Les vaccins et intrants de qualité nécessaires pour le rattrapage vaccinal sont disponibles	Proportion de districts disposant du stock de vaccins suffisants Proportion des vaccins inutilisables au niveau des districts	Données logistiques DPEV	
Activité 1.4.1	Mobiliser le financement nécessaire pour l'achat des vaccins et intrants pour le rattrapage vaccinal	Fonds mobilisés en faveur du rattrapage vaccinal	Rapport DPEV	
Activité 1.4.2	Acheminer les intrants du niveau central jusqu'au niveau CSB	Nombre de jours de rupture de stocks au niveau des sites vaccinants	DHIS2	
Activité 1.4.3	Assurer le fonctionnement permanent des équipements de chaîne de froid	Proportion de FS disposant d'un ECDF fonctionnel	DHIS2	

Logique d'intervention		Indicateurs	Source et vérification	Hypothèses/Risques
Produit 1.5	La politique sur le rattrapage vaccinal, le calendrier vaccinal et le guide de rattrapage sont élaborés et disponibles à tous les niveaux	Politique, calendrier et guide de rattrapage validés par le CCIA	PV réunion CCIA	
Activité 1.5.1	Elaborer la politique de rattrapage vaccinal, y compris le calendrier vaccinal	Politique et calendrier élaborés	Document disponible	
Activité 1.5.2	Elaborer le guide de rattrapage vaccinal pour les AS	Guide de rattrapage vaccinal élaboré	Document disponible	
Activité 1.5.3	Produire et diffuser la politique et le guide de rattrapage vaccinal à tous les niveaux	Nombre de documents multipliés Proportion de FS disposant des Politique, calendrier et guide de rattrapage disponibles	Rapport financier Supervision	
Effet 2 :	Les nombres d'occasions manquées de vaccination sont réduits à zéro	Evolution du nombre d'OMV	Enquête sur les OMV	
Produit 2.1 :	Les AS vérifient systématiquement le statut vaccinal des enfants éligibles en contact avec un centre de santé et les orientent vers un centre de vaccination le cas échéant	Proportion d'AS ayant vérifié systématiquement le statut vaccinal des cibles	Enquête sur les OMV	
Activité 2.1.1	Former les AS sur l'accueil des patients, l'humanisation des soins (acte, cibles et accompagnateurs, AS) et l'organisation des services	Nombre d'AS formés	Rapports de formation	
Activité 2.1.2	Elaborer et diffuser une directive sur la réduction des OMV à tous les centres de santé publics et privés	Directives diffusées au niveau de tous les FS publiques et privées	Supervision	
Activité 2.1.3	Créer des sites de vaccination au niveau des hôpitaux publics et privés	Nombre de sites de vaccination créés au niveau des hôpitaux publics et privés	Rapport d'activités	Des partenariats public privé sont établis pour financer la création des centres de vaccination.
Produit 2.2	Le système éducatif et les services d'état civil au niveau des communes contribue à l'identification des enfants non vaccinés	Proportion d'écoles adoptant le contrôle du statut vaccinal	Enquête	
Activité 2.2.1	Mettre en place un système de contrôle du statut vaccinal en milieu scolaire	Système de contrôle approuvé par le Ministère de l'Education Nationale	Note interministérielle disponible	
Activité 2.2.2	Mener une campagne de plaidoyer auprès des directions nationales des écoles publiques, privées et confessionnelles pour l'adoption du système de contrôle du statut vaccinal en milieu scolaire	Nombre de réunions de plaidoyer effectuées	PV de réunion	

Logique d'intervention		Indicateurs	Source et vérification	Hypothèses/Risques
Activité 2.2.3	Définir un mécanisme d'échange d'information sur les naissances entre les communes et les CSB	Arrêté interministériel MID/MINSANP adopté et diffusé	Arrêté interministériel MID/MINSANP	
Effet 3	Le système de surveillance national est sensible	Proportion de districts ayant atteint au moins les trois indicateurs de performance en PFA et deux indicateurs de performance en rougeole	Base de données SMEV/DPEV	
Produit 3.1 :	La surveillance des MEV et des MAPI est renforcée	Proportion de districts ayant atteint le seuil des cas attendus	Base de données SMEV/DPEV	
Activité 3.1.1	Former les AC sur la surveillance des MEV et des MAPI	Nombre d'AC formés	Rapport de formation	Les AC sont motivés.
Activité 3.1.2	Faire des formations de remise à niveau des AS sur la surveillance des MEV et des MAPI	Nombre d'AS formés	Rapport de formation	
Activité 3.1.3	Produire et diffuser les guides MEV mis à jour	Proportion de FS disposant du guide MEV mis à jour	Supervision	
Activité 3.1.4	Assurer la disponibilité des kits de prélèvement et des fiches de notification MAPI et MEV	Proportion de FS disposant de Kits et fiches de notification MAPI et MEV	Supervision	
Activité 3.1.5	Assurer les visites des sites de surveillance	Nombre de visites effectuées	Rapports de visite	

Le budget correspondant est estimé à 9,648,958.54 Us\$. Ce montant correspond aux coûts des activités spécifiques au plan de rattrapage. Le coût des autres activités liées à la communication et mobilisation sociale, la surveillance des MEV et des MAPI, l'acheminement des vaccins et consommables, aux EPI pour les AC et les AS, etc., sont intégrés dans ceux des activités de routine ou de campagne correspondantes. Le tableau qui suit présente le détail de ce coût et le calendrier des activités.

Tableau 17. Budget et calendrier des activités du plan de rattrapage

Logique d'intervention		Calendrier				Coût (Us\$)	RSS2 (Us\$)	GAP (Us\$)
		T1	T2	T3	T4			
Objectif général	Réduire la morbidité et la mortalité causées par les MEV et les évènements défavorables à la santé en contribuant à un meilleur état de santé de la Population Malagasy	X	X	X	X	9648958.54	794646	8854312.54
Effet 1	Le nombre d'enfants zéro dose et sous vaccinés diminuent et la couverture vaccinale augmente	X	X	X	X	9558185.54	794646	8763539.54
Produit 1.1	Les enfants zéro dose et sous vaccinés ainsi que la communauté zéro dose sont identifiés	X	X	X	X	2083221	66240	2016981
Activité 1.1.1	Effectuer une formation de remise à niveau des AC, des AS et des Responsables des districts sur le registre communautaire		X			534911	0	534911
Activité 1.1.2	Faire un dénombrement des enfants de moins de cinq ans pour identifier les zéro doses et sous vaccinés ainsi que les communautés zéro doses par les AC à travers les registres communautaires et les registres de l'Etat Civil		X	X		1215286	0	1215286
Activité 1.1.3	Effectuer les revues mensuelles avec les AC et mettre à jour les Registres de vaccination		X		X	333024	66240	266784
Activité 1.1.4	Fournir des EPI aux AC dans le cadre des mesures de protection anti-COVID 19	X				0	0	0
Produit 1.2	Les parents comprennent l'importance de la vaccination et emmènent leurs enfants se faire vacciner		X	X	X	0	0	0
Activité 1.2.1	Réaliser une campagne de communication nationale et locale (spot, plateau radio, TV, sms, affiche, etc.) sur la vaccination de routine		X	X	X	0	0	0
Activité 1.2.2	Faire des réunions semestrielles de sensibilisation des APART		X	X	X	0	0	0
Activité 1.2.3	Effectuer des dialogues avec les communautés zéro dose			X	X	0	0	0
Produit 1.3	Les enfants zéro dose et sous vaccinés ainsi que la communauté zéro dose identifiés sont vaccinés	X	X	X	X	956698	726273	230425
Activité 1.3.1	Faire une formation de remise à niveau des districts et des CSB sur l'élaboration et la mise à jour des micro plans		X	X		0	0	0

Logique d'intervention		Calendrier				Coût (Us\$)	RSS2 (Us\$)	GAP (Us\$)
		T1	T2	T3	T4			
Activité 1.3.2	Tenir des réunions avec les AC pour la mise à jour des micro plans	X	X	X	X	0	0	0
Activité 1.3.3	Augmenter le nombre de séances de vaccination à travers les stratégies fixes et les stratégies avancées	X	X	X	X	0	0	0
Activité 1.3.4	Recruter un deuxième agent dans les CSB avec un seul agent au poste	X	X	X	X	330762	330762	0
Activité 1.3.5	Fournir des EPI aux AS dans le cadre des mesures de protection anti-COVID 19	X	X	X	X	0	0	0
Activité 1.3.6	Mener des journées intensives de vaccination		X		X	625936	395511	230425
Activité 1.3.7	Mener des enquêtes LQAS au niveau des districts pour évaluer les résultats des activités réalisées				X	0	0	0
Produit 1.4	Les vaccins et intrants de qualité nécessaires pour le rattrapage vaccinal sont disponibles	X	X	X	X	6514345.54	0	6514345.54
Activité 1.4.1	Mobiliser le financement nécessaire pour l'achat des vaccins et intrants pour le rattrapage vaccinal	X	X			6514345.54	0	6514345.54
Activité 1.4.2	Acheminer les intrants du niveau central jusqu'au niveau CSB	X	X			0	0	0
Activité 1.4.3	Assurer le fonctionnement permanent des équipements de chaîne de froid	X	X	X	X	0	0	0
Produit 1.5	La politique sur le rattrapage vaccinal, le calendrier vaccinal et le guide de rattrapage sont élaborés et disponibles à tous les niveaux	X	X			3921	2133	1788
Activité 1.5.1	Elaborer la politique de rattrapage vaccinal, y compris le calendrier vaccinal	X	X			1788	0	1788
Activité 1.5.2	Elaborer le guide de rattrapage vaccinal pour les AS	X	X			0	0	0
Activité 1.5.3	Produire et diffuser la politique et le guide de rattrapage vaccinal à tous les niveaux		X			2133	2133	0
Effet 2 :	Les nombres d'occasions manquées de vaccination sont réduits à zéro	X	X	X	X	90773	0	90773

Logique d'intervention		Calendrier				Coût (Us\$)	RSS2 (Us\$)	GAP (Us\$)
		T1	T2	T3	T4			
Produit 2.1 :	Les AS vérifient systématiquement le statut vaccinal des enfants éligibles en contact avec un centre de santé et les orientent vers un centre de vaccination le cas échéant	X	X	X	X	79200	0	79200
Activité 2.1.1	Former les AS sur l'accueil des patients, l'humanisation des soins (acte, cibles et accompagnateurs, AS) et l'organisation des services	X	X	X	X	0	0	0
Activité 2.1.2	Elaborer et diffuser une directive sur la réduction des OMV à tous les centres de santé publics et privés	X				0	0	0
Activité 2.1.3	Créer des sites de vaccination au niveau des hôpitaux publics et privés		X	X	X	79200	0	79200
Produit 2.2	Le système éducatif et les services d'état civil au niveau des communes contribue à l'identification des enfants non vaccinés		X	X		11573	0	11573
Activité 2.2.1	Mettre en place un système de contrôle du statut vaccinal en milieu scolaire		X			5120	0	5120
Activité 2.2.2	Mener une campagne de plaidoyer auprès des directions nationales des écoles publiques, privées et confessionnelles pour l'adoption du système de contrôle du statut vaccinal en milieu scolaire		X			1333	0	1333
Activité 2.2.3	Définir un mécanisme d'échange d'information sur les naissances entre les communes et les CSB		X	X		5120	0	5120
Effet 3	Le système de surveillance national est sensible	X	X	X	X	0	0	0
Produit 3.1 :	La surveillance des MEV et des MAPI est renforcée	X	X	X	X	0	0	0
Activité 3.1.1	Former les AC sur la surveillance des MEV et des MAPI			X		0	0	0
Activité 3.1.2	Faire des formations de remise à niveau des AS sur la surveillance des MEV et des MAPI			X		0	0	0
Activité 3.1.3	Produire et diffuser les guides MEV mis à jour			X		0	0	0
Activité 3.1.4	Assurer la disponibilité des kits de prélèvement et des fiches de notification MAPI et MEV	X	X	X	X	0	0	0
Activité 3.1.5	Assurer les visites des sites de surveillance	X	X	X	X	0	0	0

5. Annexes.

Annexe 1. Principaux progrès sur la mise en œuvre du TCA

a) OMS

Domaines principaux	Progrès	Difficultés	Contraintes
Programme Implementation/Coverage & Equity	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilité du guide de l'approche ACC adapté au contexte du pays, à tous les niveaux du système de santé -Disponibilité des microplans ACC au niveau de tous les centres de santé de base -Mise en œuvre de la supervision formative conjointe MoH/OMS du niveau central vers le niveau régional. La supervision région vers district et district vers CSB est en cours pour les 33 districts 	Appui des consultants internationaux à distance durant la préparation des activités telles que l'évaluation de la GEV et l'ECV	Mesures prises par le gouvernement pour limiter la propagation de l'épidémie : fermeture des frontières, restriction des déplacements entre les régions, réquisition des agents de santé pour appuyer la riposte à la Covid-19
Programme Management – LMC	<ul style="list-style-type: none"> -Les Staff du niveau central et les 22 responsables PEV régionaux sont formés en MLM PEV en février 2020 -L'élaboration du curriculum de la vaccination pratique est en cours -Les revues périodiques au niveau des 33 districts sont en cours 		
Health Information Systems	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de réalisation des activités du PAD à 60% -Conduite de DQS dans les districts des régions d'Analamanga, Alaotra Mangoro et Ihorombe -Analyse mensuelle des données du PEV avec retro information aux régions disponibles -Protocole de l'ECV disponible avec début effectif de activités liées à l'ECV, tel que le dénombrement ce mois de novembre. -L'enquête principale est prévue en décembre 	Réajustement du budget dû à l'achat des EPI pour l'ECV	
Programme Implementation/Coverage & Equity	-Participation au meeting des EPI manager en visio conférence du 9 au 11 novembre 2020	La mise en œuvre de certaines activités nécessaires à	

Domaines principaux	Progrès	Difficultés	Contraintes
	-Draft du rapport du dialogue multipartite disponible	l'élaboration du Full portfolio planning ont été reportées : GEV, ECV, PPAC, analyse couverture et équité	
Policy & Regulatory Environment	Les fonctions du NITAG seront confié à l'académie national des médecines		
Vaccine-Specific Support	Mise en place et poursuite des activités des sites sentinelles au CHUMET pour la surveillance de l'impact du vaccin contre le rotavirus et du PCV. Baisse de la prévalence des diarrhées à rotavirus et des méningites à pneumocoque, notamment celle du pourcentage des souches à serotype vaccinal.		
Supply Chain & Procurement	- Amélioration de score composite GEV de 61% à 66% - Amélioration du score GEV au dépôt national de 62% à 78% Evaluation de la GEV 2020	-Non planification de l'élaboration, l'édition et la multiplication des PONs logistique -Non réalisation des formations logistiques au niveau des districts et CSB	Contexte Covid-19
Vaccine-Specific Support	-Tous les 114 districts ont introduit le VAR2 dans la routine -Tenue d'une réunion d'information sur la plateforme 2YL		

b) UNICEF

Domaines principaux	Progrès	Difficultés	Contraintes
Programme Implementation /Coverage & Equity	<p>#Démarrage effectif des activités relatives à la mise à l'échelle réalisé de l'approche urbaine dans 4 autres villes</p> <p>#Mise en œuvre des microplans et mis à jour lors des missions de supervision des EMAD/POT</p> <p>#Mise en œuvre du plan de continuité de la vaccination dans le contexte de la Covid 19</p>	<p>#Identification des cibles : écart (presque la moitié) entre RGPH et les enfants dénombrés par les AC</p>	<p>#La durée moyenne de 5 jours n'est pas suffisante pour réaliser le dénombrement dans tous les secteurs/quartiers</p> <p># Décalage entre le déblocage des fonds et la finalisation des microplans</p> <p>#Limitation des déplacements pour les missions du niveau Central en vue de la supervision et de vérification</p> <p>#L'achat des EPI qui a dû être fait en offshore retarde</p>
Supply Chain & Procurement	<p>#Démarrage effectif du processus de construction du nouveau bâtiment de la DPEV ; l'identification de l'entreprise en cours</p> <p>#Livraison périodique des vaccins et intrants assurée malgré le retard au T2</p> <p>#Analyse mensuelle de la situation du stock effectuée et permet de prendre à temps des décisions adéquates</p> <p>#Suivi à distance en temps réel de l'utilisation des équipements de froid</p>		<p>#La mise en œuvre du plan de déploiement des équipements de CCEOP 2^e année en attente de la validation du cost estimate par le pays</p>

Domaines principaux	Progrès	Difficultés	Contraintes
Demand Promotion & ACSM	<p>#La réalisation physique du plan de communication VAR 2 est estimée à 60%. Cela correspond aux activités d'information (supports, médiatisation, lancement au niveau des Districts).</p> <p># Malgré le retard, la mise en œuvre des activités avec COMARESS ont permis d'avoir de bon résultat dans les 29 Districts sur les 49 prévus</p>	<p># Impossibilité de faire des activités en parallèle d'où la décision de prioriser les activités à mener</p>	<p># Les activités ciblées de la promotion de la demande (groupe d'écoute communautaire, séances d'orientation des acteurs clés dans les grandes villes...n'ont pas pu être réalisés faute de budget</p> <p># Formation des AC en stand-by à cause de la non-réactualisation du guide PAC et ce malgré la disponibilité d'un draft du module de formation sur le paquet d'activités communautaires en PEV pour</p>
Programme Management - Financial Management	<p>#Amélioration de la gestion financière de la DPEV par l'absence de DCT > 6 mois ainsi que la centralisation des requêtes trimestriellement, pas de constatations financières décelées lors de l'audit de cette année</p>		

c) CARDNO

● **Les principaux objectifs :**

- Appuyer l'UCP, les Directions Centrales, les Directions Régionales et les Districts à se conformer aux exigences de GAVI ainsi que les procédures mises en place en matière de gestion financière ;
- Assurer l'efficacité et la transparence de la gestion de la subvention de GAVI par le Ministère de la Santé Publique à travers ses structures ;
- Veiller à l'utilisation efficiente des fonds dans l'exécution des activités.

● **Les progrès :**

- Amélioration dans la justification des avances de fonds en termes de qualité et de délai ;
- Maîtrise des risques d'inéligibilité des dépenses ;
- Soumission des rapports financiers périodiques dans les délais convenus.

● **Contraintes :**

- Manque de suivi dans la mise en œuvre des subventions et non-respect du planning d'exécution des activités sur terrain ;

- Traitement des requêtes en mode des urgences dû au non-respect des planifications préétablies des activités ;
- Harmonisation du traitement des indemnités entre les bailleurs et l'inégalité d'engagement du personnel dans l'exécution des activités des différents bailleurs ;
- Retard dans le traitement des requêtes à travers le processus.

● **Note particulière sur l'application d'autres modalités de transfert de fonds :**

GAVI a insisté sur la nécessité d'appliquer d'autres modalités de transfert de fonds, notamment le paiement via mobile money et les transferts via la poste ou d'autres structures financières.

L'équipe de l'Agence Fiscale a mené des entretiens avec les prestataires potentiels identifiés, afin de collecter les informations qui serviront à identifier les pistes à retenir pour les modes de transfert de fonds appropriés aux différents niveaux périphériques. Un rapport y afférent a été produit où il a été proposé qu'une phase pilote soit mise en œuvre dès que possible.

Il est à rappeler que les principaux objectifs de la diversification des modalités de transfert de fonds vers les bénéficiaires sont :

- Sécuriser les transferts de fonds ;
- S'assurer de la réception des fonds par les bénéficiaires directs dans les meilleurs délais ;
- Justification de la réception effective des fonds par les bénéficiaires ;
- Réduire les déplacements occasionnés par le retrait des fonds par les bénéficiaires.

Une phase pilote devrait concerner le paiement des salaires des 150 agents de santé à contracter au niveau des CSB enclavés et à prendre en charge sur le financement de GAVI.

Actuellement, l'UCP paie déjà le salaire des agents de santé contracté dans le cadre des financements Fonds Mondial et PARN. Ces agents sont payés par virement bancaire.

Pour le cas des Agents de Santé dont les salaires sont financés par GAVI, cette modalité de paiement constitue un risque quant à la présence effective des agents au poste, car les CSB concernés sont enclavés et se trouvent, dans la majeure partie, éloignés des banques. Les agents seraient donc amenés à s'absenter de leur poste, afin de retirer leur salaire et cela mensuellement.

La contractualisation de ces agents a été terminée au mois de mars 2020, cependant l'effectivité de leur prise de fonction a été différente selon les CSB⁴, en raison de l'enclavement de chaque CSB. De ce fait, et surtout en raison de la situation d'urgence sanitaire liée au COVID-19, la phase pilote n'a pu être mise en œuvre, car les préalables requis pour assurer le bon fonctionnement des transferts de fonds n'ont pas encore été mis en place.

Jusqu'à présent, les paiements des salaires ont été effectués via virement bancaire dans le compte de chaque agent. Toutefois des discussions quant à la nécessité d'avancer sur d'autres modalités de transfert de fonds ont été initiées entre l'UCP et l'Agence Fiscale et des travaux ont déjà été effectués. Avec la reprise de activités, suite à la levée de l'état d'urgence sanitaire, la mise en œuvre des modalités de transfert de fonds autre que les virements bancaires devra être effective à compter du mois d'avril 2021.

A titre indicatif, pour les agents de santé dont les salaires sont financés par GAVI, sur la base de la liste des CSB fournie par la DRH du Ministère de la Santé, une situation comparative de la couverture des Bureaux de Poste et des Agences de Banque a été établie. Il en est ressorti que :

⁴ Un état actualisé de la date de prise de fonction de ces 150 paramédicaux est fourni en annexe.6.

- Les Agences de Banque couvrent 30% des Chefs Lieu de District de rattachement des CSB
- Les Bureaux de Poste couvrent 100% des Chefs Lieu de District de rattachement des CSB
- Des bureaux de Poste sont présents au niveau de 17% de Chef-lieu de Commune de rattachement des CSB.

Quant au « mobile money », sa mise en œuvre effective est tributaire au niveau de couverture de chaque opérateur, toutefois ce mode, d'une manière générale peut être utilisé dans toutes les zones où sont localisés les agents de santé.

Les principales contraintes relevées sont les suivantes :

- Image négative (manque de confiance) vis-à-vis de la Poste : ce sentiment est partagé par les bénéficiaires eux-mêmes. Il faut cependant noter le principal atout de la Poste est son taux de couverture géographique d'une part et à travers nos entretiens avec les représentants de cette entité, nous avons relevé une innovation et un dynamisme dans leur façon de travailler d'autre part. Le plus important c'est de mettre en place les préalables requis et respecter les délais convenus.
- Les bénéficiaires sont attachés au système de virement bancaire : le retrait des salaires mensuellement est une occasion pour quitter le lieu de travail (enclavé d'une manière générale) et rejoindre les Chefs Lieu de district. Ceci pénaliserait le système car encourage l'absentéisme. Dans certains cas un agent pourrait s'absenter de leur poste une (01) semaine ou plus, afin d'aller chercher son argent.
- Le virement bancaire, une solution de facilité. Pour tous les acteurs concernés, le virement bancaire est perçu comme tel car déjà utilisé tous les jours. Cette option, dans certains cas se ferait au détriment de l'objectif pour lequel les agents ont été recrutés : ajouter un 2^{ème} agent dans les CSB enclavés, alors même que ces derniers seront amenés à s'absenter régulièrement pour retirer leur salaire.

Les autres options telles que les « mobile money » : étant donné qu'il est question de salaire, à un moment donné, il va falloir que le bénéficiaire retire des fonds. En fonction des localités, cette opération pourrait rencontrer des problèmes, non seulement en raison de la couverture du réseau de l'opérateur téléphonique, mais aussi de la disponibilité de point de retrait de fonds (« Cash Point »).

Dans tous les cas, la solution mobile money est à envisager au-delà des salaires des agents. Elle pourrait être, par exemple, utilisée pour le règlement de perdiems lors des activités de supervision, stratégies avancées/mobiles, etc. L'essentiel est d'avoir un mécanisme qui sécurise les flux de fonds, tout en s'assurant que les prestations ont bien été fournies. En tout cas, pour la prochaine campagne de suivi, il faudra déjà anticiper le recours à ce moyen de paiement là où cela facilitera le processus.

d) DALBERG

- **Les principaux objectifs :**

- Renforcer les capacités de leadership, management et coordination au niveau central et redynamiser le CCIA ;
- Renforcer les capacités de leadership, management et coordination au niveau des districts pilotes : Antananarivo Renivohitra et Toliara 2.

- **Les progrès :**

Au niveau central :

- Elaboration des TDR des cadres de la DPEV : les projets de TDR des cadres de la DPEV (chefs de division, chefs de service et directeurs) ont été soumis à la direction pour validation.
- Elaboration d'un projet de cadre de redevabilité pour le PEV : le projet vise à évaluer les performances du personnel de la DPEV au niveau central et celles relatives aux activités de vaccination aux niveaux régional, district et CSB et de récompenser les top performers. Le projet a été présenté à la DGMP et les discussions en vue de l'harmonisation du cadre avec le cadre de suivi et évaluation de cette direction générale sont en cours. Des consultations avec les partenaires ont également été initiées en vue d'enrichir le projet.
- Coaching au quotidien des cadres de la DPEV : des conseils en résolution de conflit, résolution de problèmes, gestion des partenaires, planification, coordination, suivi des activités, gestion du temps, élaboration de budget, etc. sont fournis en même temps que des formations sur le tas en rédaction de document administratif, bureautique, etc.
- Redynamisation du CCIA : les TDR révisés du CCIA ont été validés par le CCIA technique. Le Secrétariat du CCIA bénéficie d'un appui pour l'organisation des réunions et l'élaboration des comptes rendus.
- Redynamisation du sous-comité de suivi des activités financés par Gavi : un projet de TDR a été développé. Le point focal GAVI au sein de la DPEV bénéficie d'un appui pour le suivi des activités. Le projet de chronogramme des activités RSS pour 2021 a été élaboré. Toutefois, ce dernier doit être actualisé afin de prendre en compte les résultats des travaux de réallocation budgétaire.
- Mise en place du GTCV : l'ANAMEM a formellement accepté de créer le GTCV en son sein et nommer un point focal pour s'en occuper. L'appel à candidatures en vue de la sélection des membres du GTCV a été diffusé auprès des sociétés savantes et des universités. L'ensemble des candidatures reçues sera transmis à l'ANAMEM qui prendra la décision finale et nommera les membres du GTCV. La requête à envoyer auprès de l'OMS en vue de la formation des membres et l'assistance technique pour l'opérationnalisation du GTCV est en cours d'élaboration. Une fois les membres nommés et la requête envoyée, l'OMS prendra le relais dans l'appui au GTCV.

Au niveau décentralisé, l'appui à l'opérationnalisation des diverses stratégies, tel que l'Approche Urbaine et la routinisation du SSME, pour l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale a été la priorité, en coordination avec les partenaires :

- Le diagnostic organisationnel et opérationnel au niveau du district pilote d'Antananarivo Renivohitra a été mené et partagé avec les parties prenantes. Une feuille de route a été proposée par Dalberg et validée par le SDSP.
- Un plaidoyer envers les formations sanitaires privées, en vue de l'élargissement de l'offre de service de vaccination à un plus grand nombre de cible a été fait, avec l'intégration prochaine de 20 nouveaux sites.

- Coaching au quotidien des responsables du PEV au niveau district à travers le renforcement de la culture de suivi et de rétro information par rapport aux performances vaccinales des sites vaccinant, l'analyse mensuel systématique des données rapportées au niveau du SDSP, la planification des activités tel que la supervision formative et les activités de plaidoyer.
- Evaluation du Plan de distribution des vaccins au niveau du SDSP avec réorganisation afin qu'il soit plus efficace et tenant compte de l'augmentation prochaine des sites vaccinant.
- Révision des termes de références des employés du programme PEV au niveau du SDSP pour une meilleure répartition des tâches et responsabilités.

- **Contraintes :**

- L'appropriation des activités par les responsables de la DPEV s'est améliorée mais doit encore être développée ;
- l'absence d'un EPI National Professional Officer (NPO PEV) mérite également d'être soulevée.

Annexe 2. Synthèse des constats et des recommandations émis lors des supervisions formatives de 2019

Rubriques	Points Forts	Points à améliorer	Recommandations
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue des réunions de coordination hebdomadaire au niveau des régions 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de plan de supervision dans certaines régions et districts • Absence d'activité relative au PEV dans les PTA de certains CSB • Absence de microplan ACC au niveau des CSB • Changement fréquent des chefs CSB 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un plan de supervision et assurer la mise en œuvre en tenant compte de l'intégration de programme et la complémentarité des PTF • Intégrer les activités du PEV dans le PTA à la tous les niveaux du système de santé • Elaborer un microplan pour la mise en œuvre des activités du PEV • Assurer le briefing des agents de santé nouvellement recruté au niveau des districts en matière de PEV
Vaccination de routine	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilités des outils de gestion pour la vaccination de routine au niveau des CSB • RMA PEV envoyé au niveau supérieur 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la vaccination non formé en PEV pratique • Outils de gestion en PEV mal tenus (bac à fiches, fiches de stock, fiches de pointage) dans certains CSB • Mécanisme de recherche de PDV non effectif • Insuffisance du suivi du remplissage des registres de vaccination communautaires par les Agents Communautaires (AC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Former en PEV pratique les responsables de la vaccination au niveau des CSB • Renforcer la collaboration avec les AC afin de retrouver les enfants perdus de vue • Profiter des revues mensuelles avec les AC pour suivre l'utilisation effective des registres de vaccination communautaires
Surveillance MEV	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des outils de gestion pour la surveillance des MEV • Définition et notification des cas MEV et de MAPI maîtrisées • Points focaux CSB formés en surveillance des MEV 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorisation des sites de surveillance, notification des cas • Faible détection d'entérovirus non polio • Insuffisance de la collaboration avec les communautés pour la recherche active des cas de MEV 	<ul style="list-style-type: none"> • Conserver les échantillons selon les conditions requises afin d'assurer la qualité des selles • Renforcer la collaboration avec les acteurs communautaires dans le cadre de la recherche active des MEV
Communication		<ul style="list-style-type: none"> • Existence de groupes réticents à la vaccination dans la communauté (guérisseurs traditionnels, familles bourgeoises), 	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer un plaidoyer en faveur de la vaccination auprès des leaders des groupes réticents

		<ul style="list-style-type: none"> • Faible relation avec les AC en matière de communication 	
Logistique	<ul style="list-style-type: none"> • Dotation en CDF solaire pour certains CSB 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de fiche de stock pour les vaccins dans certains • Discordance entre stock théorique et stock physique • Non utilisation CDF au niveau régional • Non implication du responsable de la maintenance CDF concernant l'entretien préventive et curative • Rupture en pétrole dans certains CSB 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre la situation des stocks des antigènes et autres intrants du PEV à tous les niveaux afin d'éviter les ruptures • Mettre à la disposition des CSB des fiches de stock • Assurer la fonctionnalité des CDF au niveau opérationnel • Impliquer la région dans la chaîne d'approvisionnement des vaccins et la maintenance des CDF
Gestion des données du PEV	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation effective de ODK pour la supervision dans certaines régions 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des indicateurs non réalisés (taux de perte, taux abandon) • Absence de rétro information, de feed-back vers les CSB • Documentation des activités et archivage, • Différence entre les antigènes administrés en même temps (VPO3 et Penta3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Doter les superviseurs en smartphone adéquat dans le cadre de l'utilisation de l'outil ISS sur ODK • Mettre en place un système d'archivage à tous les niveaux du système • Harmoniser et valider les données avant l'envoi au niveau hiérarchique • Tenir des réunions d'analyse des données avec de retro-information à tous les niveaux

Annexe 3. Stratégies pour atteindre les populations cibles

Population/communautés	Stratégies	Actions à entreprendre (stratégies d'immunisation et de communication)
Les populations en migration permanente ou saisonnière : Les populations migrant vers les champs durant les périodes de récolte.	Intégration des populations migrantes dans les microplans de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> - Identification et comptage des populations migrantes par les acteurs communautaires (AC) - Développer un microplan intégrant les populations migrantes - Organiser des sessions de vaccination de proximité par stratégie avancée
Populations pauvres et démunies vivant dans les bidonvilles, dans les rues des grandes villes.	Intégration des populations pauvres et démunies vivant dans les bidonvilles, dans les rues des grandes villes dans les microplans de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> - Identification et comptage des populations migrantes par les acteurs communautaires (AC) - Développer un microplan intégrant les populations migrantes - Organiser des sessions de vaccination dans les rues de grandes villes en stratégie avancée
Enfants des mères marchandes	Intégration des populations Enfants des mères marchandes dans les microplans de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation au niveau des marchés - programmation des séances de stratégies avancées au niveau des marchés - Vérification des carnets de vaccination des enfants emmenés aux marchés par les AC. Orientation vers les CSB (enfants non vaccinés ou sans carnet).

Population/communautés	Stratégies	Actions à entreprendre (stratégies d'immunisation et de communication)
Populations difficiles d'accès géographiques (régions montagneuses / désertiques / autres)	- Intégration des populations difficiles à atteindre dans les microplans - Rapprochement des services de santé aux populations difficiles à atteindre	Identification des populations enclavées par les AC - Renforcer la stratégie avancée et/ou mobile proche des cibles difficiles d'accès. - Mettre à disposition les moyens d'accès (par exemple, motos, bateaux, véhicules 4X4)
Populations dans les zones (quartiers) d'insécurité	- Intégration des populations dans les zones (quartiers) d'insécurité dans les microplans - Implication des forces de l'ordre et/ou leaders des clans	- Renforcer la stratégie avancée et/ou mobile pour Populations dans les zones (quartiers) d'insécurité avec la collaboration des forces de l'ordre et de la communauté. - Identification des populations dans les zones (quartiers) d'insécurité par les AC - Mettre à disposition les moyens d'accès (par exemple, motos, bateaux, véhicules 4X4)
Les populations réticentes à la vaccination	- Renforcement des actions de sensibilisation avec des communautés réticentes à la vaccination - Implication des responsables de communauté	- Organiser des causeries de groupe mensuelles avec les leaders communautaires, religieux et groupes associatifs sur les thématiques de la vaccination avec implication des OSC (CCSC) - Effectuer des visites à domicile par les agents de santé et les AC (CIP) - Diffuser des produits media sur les antennes radio de proximité - Témoignage de la pratique de la vaccination par un notable. - Faire vacciner un enfant d'une autorité pendant la séance de vaccination dans un centre très fréquenté.
Les populations riches n'acceptant la vaccination au cours des campagnes	- Renforcement des actions de sensibilisation - Implication des responsables de la communauté	- Sensibilisation et descente sur terrain par le comité de pilotage local
les groupes religieux	- Implication des responsables de ces groupes religieux dans les activités de sensibilisation	- Identifier les leaders religieux dans ces communautés - Organiser des réunions de concertation et de planification des activités de vaccination avec les responsables de ces groupes

Annexe 4. Analyse de l'impact de la covid-19 sur les performances COMARESS année 2020

I)-PROJET APPUYÉ PAR CRS/GAVI (juin-décembre 2020):

Interventions de la COMARESS dans le cadre de la riposte contre COVID-19 auprès des 09 régions ,30 Districts, 179 communes et 1542 cibles répartie en 03 phases.

1) REALISATION PHASE I :03 Régions et 11 districts (juin-juillet 2020):

sensibilisation de masse et de proximité de la population par les OSC

Résultats :

- i. Visite de courtoisie et plaidoyer auprès des Autorités Politico-Administratives et traditionnelles : collaboration de travail et facilitation des interventions de la COMARESS surtout pour la lutte contre les rumeurs origine de la non fréquentation des CSB par la population.
- ii. Sensibilisation de masse et de proximité de la population par les OSC

NOMBRE DE PERSONNES SENSIBILISEES			NBRE TOTAL PERSONNES TOUCHEES PAR LA SENSIBILISATION DE MASSE	NOMBRE DE CIP EFFECTUES
HOMMES	FEMMES	ENFANTS		
55 502	78 276	24 054	157 832	6 075

iii. Distribution des coupons de référence aux mères des ENV/PDV rencontrées pendant la sensibilisation de masse ou de proximité

Nombre d'Enfants Non Vaccinés rattrapés et référés au CSB	Nombre d'Enfant Perdue de Vue en DTCP rattrapés et référés au CSB	Total des enfants rattrapés et référés aux CSB pour vaccination	Total des enfants référés reçus au CSB pour Vaccination (après vérification)
385	1 162	1 547	1 064 (soit 69%)

iv. Entretien avec les groupes d'influence locaux sur la rumeur sur le CORONA VIRUS et la VACCINATION

II)-PROJET APPUYE PAR UNICEF/GAVI (septembre-Novembre 2020):

Activités réalisées : interventions de la COMARESS au niveau des 17 régions et 49 districts

- 1) **Dialcom** au niveau des CSB à problèmes et dénombrement des ENV/PDV. Zones d'interventions 08 régions et 29 Districts cibles
- 2) **Dénombrement des ENV** (Enfants Non Vaccinés) et des PDV (Perdues de Vue) par les OSC à l'aide du **registre communautaire** au niveau des CSB de rattachement des communes et Fokontany concernés. Zones d'interventions correspondant à celles du DIALCOM
- 3) **Distribution des coupons de référence aux mères des ENV/PDV rencontrées au cours du dénombrement des ENV/PDV**

Nombre d'Enfants Non Vaccinés rattrapés et référés au CSB	Nombre d'Enfant Perdue de Vue en DTCP rattrapés et référés au CSB	Total des enfants rattrapés, référés et vaccinés aux CSB pour vaccination
1 383	9 042	10 25

4)-Activités de sensibilisation communautaire culturellement adaptées une fois par mois pendant 03 séances au niveau des 49 districts cibles des 17 régions: activités de sensibilisation réalisées expliquant les avantages de la vaccination, le respect du calendrier vaccinal suivi des témoignages des personnes handicapées par les séquelles de poliomyélite

NOMBRE DE PERSONNES SENSIBILISEES			NBRE TOTAL PERSONNES TOUCHEES PAR LA SENSIBILISATION DE MASSE
HOMMES	FEMMES	ENFANTS	
13 963	31 657	15 499	61 119

Annexe 5. Estimation du nombre de cibles à rattraper et du coût des intrants de vaccination de rattrapage pour 2021.

La pandémie de Covid-19 a entraîné une rupture des services de prestation de vaccination suite aux différentes mesures prises par le gouvernement pour ralentir la propagation de la maladie et l'inquiétude de la population pour fréquenter les centres de santé de base. Afin de réduire les susceptibles, rattraper les enfants zéro dose et sous vaccinés occasionnés par cette interruption, une des priorités identifiées au cours du dialogue multipartite est la stratégie de rattrapage vaccinal par l'organisation d'une intensification périodique de la vaccination systématique.

A cet effet, les cibles à rattraper ont été estimés selon les principes suivantes :

- L'âge des cohortes concernés par la vaccination de rattrapage va jusqu'à 24 mois pour tous les antigènes sauf pour le VAR qui va jusqu'à 59 mois,
- Les estimations de couvertures vaccinales OMS/UNICEF ont servi de base pour estimer les cibles à rattraper.

Pour les antigènes autres que le VAR, une moyenne du nombre d'enfants non vaccinés en 2020 constitue les cibles du rattrapage.

Par contre, les nombres d'enfants non vaccinés de l'année 2017 à 2020 ont été sommés pour avoir les cibles en VAR.

Tableau 18. Estimation des cibles à rattraper pour les antigènes autres que le VAR

	CV WUENIC 2019 (%)	CIBLE 2020	EV 2020	ENV 2020
BCG	70	963 725	674 608	289 118
DTC1	85	909 123	772 755	136 368
DTC3	79	909 123	718 207	190 916
VPI	67	909 123	609 113	300 011
VAR1	69	909 123	627 295	281 828
ROTA1	79	909 123	718 207	190 916
VPO3	80	909 123	727 299	181 825
PCV3	79	909 123	718 207	190 916
			Moyenne	220 237

Tableau 19. Estimation des cibles à rattraper pour le VAR.

	2018	2017	2019	2020
CV (%)	62	60	69	
CIBLE	876 810	850 166	900 484	909 123
EV	543 622	510 099	603 324	627 295
ENV	333 188	340 066	279 150	281 828
			Total	1 234 232

Tableau 20. Estimation du coût des intrants de vaccination pour le rattrapage

Article	Quantité	Présentation	Nombre de boîte/flacon	PU (\$)	Montant	Freight	Handling	Buffer	Total (\$)
Seringue 0,05ml	245000	100	2 450	3,06	7 497,00	449,82	599,76	419,08	8 965,66
Seringue 2ml	17500	100	175	4,90	856,63	51,40	68,53	47,89	1 024,44
Seringue 0,5ml	4460000	100	44 600	9,84	438 864,00	26 331,84	35 109,12	24 532,50	524 837,46
Seringue 5ml	330000	100	3 300	5,85	19 311,60	1 158,70	1 544,93	1 079,52	23 094,74
BCG	350000	20	17 500	2,41	42 175,00	1 395,99	3 374,00	2 357,58	49 302,58
VPO	1040000	20	52 000	2,70	140 400,00	4 647,24	11 232,00	7 848,36	164 127,60
VPI	260000	10	26 000	1,29	33 540,00	1 110,17	2 683,20	1 874,89	39 208,26
Rota	470000	1	470 000	2,09	982 300,00	32 514,13	78 584,00	54 910,57	1 148 308,70
PCV10	750000	4	187 500	12,20	2 287 500,00	75 716,25	183 000,00	127 871,25	2 674 087,50
DTC	800000	10	80 000	7,00	560 000,00	18 536,00	44 800,00	31 304,00	654 640,00
VAR	3300000	10	330 000	3,18	1 049 400,00	34 735,14	83 952,00	58 661,46	1 226 748,60
								Total (\$)	6 514 345,54

Annexe 6. Liste des 150 paramédicaux financés par GAVI

N°	Nom et prénoms	POSTE	CSB	SDSP	DRSP	N° contrat	Date prise de service	Date fin contrat
1	RAHELIARINORO Lucianah Irenée	Sage Femme	CSB1 ANTSEVAKELY	ANDILAMENA	ALAO TRA MANGORO	1444 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
2	RAZAFINJAZA Jean Paul Alain	Infirmier(e)	CSB1 AMBODIARAKELY	ANOSIBE ANALA	ALAO TRA MANGORO	1469 du 09/03/20	10/03/2020	09/03/2021
3	RAHARIMALALASOA Ermine	Infirmier(e)	CSB1 MORARANO	ANJOZOROBE	ANALAMANGA	1114 du 26/02/20	04/03/2020	03/03/2021
4	MAMPIONONA Zinatao	Sage Femme	CSB1 IRINDRA	ANKAZOBE	ANALAMANGA	1284 du 04/03/20	05/03/2020	04/03/2021
5	RAZAFIMAHATRATRA Anicet Joseph	Infirmier(e)	CSB1 VOHITSOVA	AMBOVOMBE	ANDROY	1385 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
6	NOMENJANAHARY Lazarivola Fréline	Sage Femme	CSB2 AMBANISARIKA	AMBOVOMBE	ANDROY	1476 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
7	RATSIVAHANA Jean de la Croix	Infirmier(e)	CSB2 AMBAZOA	AMBOVOMBE	ANDROY	1407 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
8	RAMANANTSOA Mireille Victor	Infirmier(e)	CSB2 AMPAMATA	AMBOVOMBE	ANDROY	1386 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
9	RAZAFINDRADELY Vivienne Nathacha Maurice	Infirmier(e)	CSB2 ANDRAGNANIVO	AMBOVOMBE	ANDROY	1405 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
10	RAZANANDRABARY Lygienne Barthella	Sage Femme	CSB2 ANJEKE ANKILIKIRA	AMBOVOMBE	ANDROY	1374 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
11	ELYCK Nandrasana Girardetella Romèle	Infirmier(e)	CSB2 JAFARO	AMBOVOMBE	ANDROY	1404 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
12	RAZAFINDRAOBADIA Horova Marcelline Herindraza	Sage Femme	CSB2 TSIMANANADA	AMBOVOMBE	ANDROY	1406 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
13	RAMAKA Solonomenjanahary Brigitte	Sage Femme	CSB1 MANAKOMPY	BEKILY	ANDROY	1371 du 09/03/20	11/03/2020	10/03/2021
14	TONGAMANA Lawrenceia	Sage Femme	CSB1 MIKAIKARIVO-HAUT	BEKILY	ANDROY	1300 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
15	RAZAFINDRANAIVO Josué Rostand	Infirmier(e)	CSB2 AMBATOSOLA	BEKILY	ANDROY	1383 du 09/03/20	11/03/2020	10/03/2021
16	RASOANANDRASANA Noeline	Sage Femme	CSB2 ANIVORANO MITSINJO	BEKILY	ANDROY	1328 du 05/03/20	09/03/2020	08/03/2021
17	NIRILALAOFARA Vorisoa	Sage Femme	CSB2 ANJA-NORD	BEKILY	ANDROY	1298 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
18	SOLOFOSITRAKA Roussel Miray Pernôsine Annita	Infirmier(e)	CSB2 ANTSAKOAMARO	BEKILY	ANDROY	1301 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
19	FELANIAINA Estellas Isidor	Infirmier(e)	CSB2 BERAKETA	BEKILY	ANDROY	1299 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
20	KARAMASOA	Infirmier(e)	CSB2 BEVITIKE	BEKILY	ANDROY	1310 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
21	RAZAFINDRADIASA Joliotte Omega	Infirmier(e)	CSB2 MAROVIRO M	BEKILY	ANDROY	1445 du 09/03/20	11/03/2020	10/03/2021
22	RASOANIRINA Marie Suzanne	Infirmier(e)	CSB2 TSIKOLAKY	BEKILY	ANDROY	1308 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
23	SAMBEANDRAINNY Nahavelo Ephrem	Infirmier(e)	CSB1 AMBALAMASY	BELOHA	ANDROY	1451 du 09/03/20	10/03/2020	09/03/2021

N°	Nom et prénoms	POSTE	CSB	SDSP	DRSP	N° contrat	Date prise de service	Date fin contrat
24	HAINGOSOA Norline	Sage Femme	CSB1 ANDRAKETALAHY	BELOHA	ANDROY	au niveau SG	17/03/2020	16/03/2021
25	SAHONDRA Harilala Dyna Françoise	Infirmier(e)	CSB1 ANTREAKY	BELOHA	ANDROY	1309 du 04/03/20	10/03/2020	09/03/2021
26	NATOVISOA Manjohery Velson Roger	Infirmier(e)	CSB1 ANTSETA	BELOHA	ANDROY	au niveau SG	17/03/2020	16/03/2021
27	SAMBEFOTOE Manjarisoa Grégoire	Infirmier(e)	CSB1 KIRIMOSA	BELOHA	ANDROY	au niveau SG	17/03/2020	16/03/2021
28	ARONAINA Tsimihanta Jean Olivarès	Infirmier(e)	CSB1 MOTOMBOSITRA	BELOHA	ANDROY	au niveau SG	17/03/2020	16/03/2021
29	MIANDRY Jeannin Ulrico Etienne	Infirmier(e)	CSB1 SIHANANKAMPAHA	BELOHA	ANDROY	1456 du 09/03/20	10/03/2020	09/03/2021
30	RAMAROSON Larissa Julo	Infirmier(e)	CSB1 SOAMANITRA	BELOHA	ANDROY	1295 du 04/03/20	10/03/2020	09/03/2021
31	TSIHOVERY Charline Agnès	Infirmier(e)	CSB2 BELOHA	BELOHA	ANDROY	au niveau SG	17/03/2020	16/03/2021
32	RAKOTORAHALAHY Maximienne	Infirmier(e)	CSB2 KOPOKY	BELOHA	ANDROY	au niveau SG	17/03/2020	16/03/2021
33	RAVERONANDRASANA Florlaine	Infirmier(e)	CSB1 ANJIRA	TSIHOMBE	ANDROY	1485 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
34	MAHALANJA Zonarivo Saodraza	Infirmier(e)	CSB1 ANTANAMANJARY	TSIHOMBE	ANDROY	1455 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
35	NOELA Sambatra	Infirmier(e)	CSB2 ANTARITARIKA	TSIHOMBE	ANDROY	1464 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
36	RATEFIARISOA Valerine Tatinne	Infirmier(e)	CSB2 BEHAZOMANGA	TSIHOMBE	ANDROY	1484 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
37	SENDRASOA Nomena Claudine	Sage Femme	CSB2 FAUX-CAP	TSIHOMBE	ANDROY	1483 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
38	TOLOTRA Nomenjanahary Grégoire Solomampionona	Infirmier(e)	CSB2 MAROVATO	TSIHOMBE	ANDROY	1480 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
39	SANA Zafiveloma Josiane	Infirmier(e)	CSB1 AMBOETSY	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1368 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
40	VAHATIANA Raholiarimanana Claudia	Infirmier(e)	CSB1 AMBOHIMANDROSO	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1373 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
41	RASOAFARA Léontine Henriette Lydia	Sage Femme	CSB1 ANKILITELO	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1477 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
42	RASOAMIADANA Euphrasie	Sage Femme	CSB1 BEFAITSY	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1440 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
43	NATOLONDRAINY Martine Kazy	Sage Femme	CSB1 BERANO	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1367 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
44	MIZA Ravaosolo	Infirmier(e)	CSB1 LAPIRY	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1302 du 04/03/20	17/03/2020	16/03/2021
45	RAZANANDRABARY Annita Barthélemy	Infirmier(e)	CSB2 AMBOANGY	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1375 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
46	ANDONIAINA Philobertine	Infirmier(e)	CSB2 ANDREFANDRANO	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1359 du 06/03/20	11/03/2020	10/03/2021
47	TIANDRAZA Nafissah Lokhat	Infirmier(e)	CSB2 ANTOLILY	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1360 du 06/03/20	11/03/2020	10/03/2021
48	RAZANAMAMELONA Lucienne Alexandrine	Sage Femme	CSB2 SAMPONA	AMBOASARY ATSIMO	ANOSY	1366 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
49	IMAHO	Sage Femme	CSB1 IRITSOKA	BETROKA	ANOSY	1467 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
50	SOA Véronique Yollande	Infirmier(e)	CSB2 AMBATOMIVARY	BETROKA	ANOSY	1486 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
51	VOLA Rasoarimanana Fragine	Sage Femme	CSB2 BEAPOMBO-II	BETROKA	ANOSY	1465 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
52	FALIHASINA Clara	Infirmier(e)	CSB2 BENATO-TOBY	BETROKA	ANOSY	1468 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
53	SOZALINY Solange	Infirmier(e)	CSB2 IABOROTSY	BETROKA	ANOSY	1487 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
54	MANOROSOA Jean Frédéric	Infirmier(e)	CSB2 MANANDROTSY	BETROKA	ANOSY	1461 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
55	RASOLONDRABE Jean Eric	Infirmier(e)	CSB2 NANARENA-BESAKOA	BETROKA	ANOSY	1454 du 09/03/20	17/03/2020	16/03/2021
56	RAMANITRINIAINA Léontine Yrène	Sage Femme	CSB2 SAKAMAHILY-QUEST	BETROKA	ANOSY	1466 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
57	NOMENJANAHARY Philida	Sage Femme	CSB2 TSARAITSO	BETROKA	ANOSY	1307 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
58	RASOARIVOLA Joëline	Sage Femme	CSB1 ANALANDRAVY	TOLAGNARO	ANOSY	1393 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
59	ZAFINDRAHANGY Sitrika Ginette	Sage Femme	CSB1 ANDEMBY	TOLAGNARO	ANOSY	1392 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
60	HANITRINIAINA Ernestine	Infirmier(e)	CSB1 BERONGO	TOLAGNARO	ANOSY	1092 du 26/02/20	12/03/2020	11/03/2021
61	NIVOSOA Nadia	Infirmier(e)	CSB1 BESEVA	TOLAGNARO	ANOSY	1391 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
62	RAFARASOA Solo Marianah	Sage Femme	CSB1 IVOLOBE	TOLAGNARO	ANOSY	1358 du 06/03/20	12/03/2020	11/03/2021
63	RAZAFIARIMAMY Voangy Delphus Albertine	Infirmier(e)	CSB1 IVORONA	TOLAGNARO	ANOSY	1389 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
64	RAZAFIARISOA Nathalie	Sage Femme	CSB1 MANAMBATO	TOLAGNARO	ANOSY	1387 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
65	SOAFIIVIMALALA Daminah Louise	Sage Femme	CSB1 SAINTE LUCE	TOLAGNARO	ANOSY	1364 du 06/03/20	12/03/2020	11/03/2021
66	TOLONDRAINY Razafindratema Désirette Berthière	Sage Femme	CSB2 BEVOAY	TOLAGNARO	ANOSY	1361 du 06/03/20	16/03/2020	15/03/2021
67	TOLOTRINIAVO Zarasoamanjaka Edmine	Sage Femme	CSB2 ENANILHA	TOLAGNARO	ANOSY	1362 du 06/03/20	12/03/2020	11/03/2021
68	FANAMPISOA Edwin	Infirmier(e)	CSB2 MANAMBARO	TOLAGNARO	ANOSY	1365 du 06/03/20	12/03/2020	11/03/2021
69	HERINDRAINY Christian	Infirmier(e)	CSB2 SOAVARY	TOLAGNARO	ANOSY	1363 du 06/03/20	12/03/2020	11/03/2021
70	ANNICK Noël	Sage Femme	CSB2 TANANDAVA	TOLAGNARO	ANOSY	1388 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021

N°	Nom et prénoms	POSTE	CSB	SDSP	DRSP	N° contrat	Date prise de service	Date fin contrat
71	RAZAFINDRAKOTO Rojo Andry Lala	Infirmier(e)	CSB2 ANTONDABE	BEFOTAKA	ATSIMO ATSINANANA	1463 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
72	VALISOANATOLOTRA Raïssa Hobimandimby	Sage Femme	CSB2 BEFOTAKA SUD	BEFOTAKA	ATSIMO ATSINANANA	1397 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
73	RASOANOMENJANAHARY Jeanne	Sage Femme	CSB2 BEHARENA	BEFOTAKA	ATSIMO ATSINANANA	1398 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
74	THIERRY-JOEL Andriamalala	Infirmier(e)	CSB2 BEKOFABA	BEFOTAKA	ATSIMO ATSINANANA	au niveau SG	20/03/2020	21/03/2021
75	OMANA Emezia	Sage Femme	CSB2 RANOTSARA SUD	BEFOTAKA	ATSIMO ATSINANANA	1401 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
76	MAHAFALY Tsaralahy Antenay François	Infirmier(e)	CSB2 ANTOKOBORITELO	BEFOTAKA	ATSIMO ATSINANANA	au niveau SG	20/03/2020	21/03/2021
77	RAMIANDRISOA Jaona Princenel	Infirmier(e)	CSB2 INOSY	BEFOTAKA	ATSIMO ATSINANANA	1402 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
78	DWEOLYAS Francking Orooaw	Infirmier(e)	CSB2 AMBALAVATO NORD	FARAFANGANA	ATSIMO ATSINANANA	1319 du 05/03/20	13/03/2020	12/03/2021
79	RASOLONJATOVO Antoniot	Infirmier(e)	CSB2 AMBALAVATO SUD	FARAFANGANA	ATSIMO ATSINANANA	1311 du 04/03/20	13/03/2020	12/03/2021
80	TODISOA Haveloma Romaine	Sage Femme	CSB2 ANTSERANAMBE	FARAFANGANA	ATSIMO ATSINANANA	1326 du 05/03/20	13/03/2020	12/03/2021
81	RAVOLOLONIRINA Elphase	Sage Femme	CSB2 EFATSY	FARAFANGANA	ATSIMO ATSINANANA	1281 du 04/03/20	13/03/2020	12/03/2021
82	RAHARIMALALA Françine	Sage Femme	CSB2 ETSINGILO	FARAFANGANA	ATSIMO ATSINANANA	1317 du 05/03/20	13/03/2020	12/03/2021
83	RAZAFIMAROSOA Avitsara	Sage Femme	CSB2 FENOARIVO	FARAFANGANA	ATSIMO ATSINANANA	1322 du 05/03/20	13/03/2020	12/03/2021
84	RAZANADIMBY Baonoro	Sage Femme	CSB2 IVANDRIKA	FARAFANGANA	ATSIMO ATSINANANA	1448 du 09/03/20	13/03/2020	12/03/2021
85	RAONIARISOA Fenomiarana Clotilde	Sage Femme	CSB2 MAHABO MANANIVO	FARAFANGANA	ATSIMO ATSINANANA	1280 du 04/03/20	13/03/2020	12/03/2021
86	MAURELYAH Josie Lodwige	Infirmier(e)	CSB1 AMPATRANILA	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1481 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
87	NIRISOANANDRASANA Mauricette Françia	Sage Femme	CSB1 BEKOFABA	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1320 du 05/03/20	16/03/2020	15/03/2021
88	NOMENJANAHARY Faniny Alberthine	Infirmier(e)	CSB1 BEVAHO	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1282 du 04/03/20	16/03/2020	15/03/2021
89	RASOLOMANDIMBY Fanambinana Sabatin	Infirmier(e)	CSB1 ELE	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1408 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
90	RAZAFINDRANASY Detia Maria	Sage Femme	CSB1 MAROANGATY	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1479 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
91	RAZAFINDEPENO Frida	Sage Femme	CSB2 ANDRANOLALINA	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1410 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
92	ANDRIAMAROLAZA Hanitriniaina Hénaurent	Infirmier(e)	CSB2 LAVARATY	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1411 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
93	REFIAMBY Marie Bénédicte	Infirmier(e)	CSB2 MIDONGY ATSIMO	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1306 du 04/03/20	16/03/2020	15/03/2021
94	RAVELOJAONA Bertrand	Infirmier(e)	CSB2 SOAKIBANY	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1409 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
95	RASOANANDRASANA Niose	Infirmier(e)	CSB2 ZARA	MIDONGY ATSIMO	ATSIMO ATSINANANA	1442 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
96	DAHAINY Joteray	Infirmier(e)	CSB1 MAHAZOARIVO	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1294 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
97	RAZAFINIRINA Agath Vavitiona	Infirmier(e)	CSB1 MANAMBARIVO	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1328 du 05/03/20	09/03/2020	08/03/2021
98	HAZARA Nantenaina Patrice	Infirmier(e)	CSB1 MATAVAY	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1287 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
99	REMANABEBENA Augustin	Infirmier(e)	CSB2 AMBATOLAVA	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1292 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
100	AGATHE RAVAO Marie	Sage Femme	CSB2 BEMA	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1285 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
101	LAURICIA Roselina	Infirmier(e)	CSB2 IARA	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1283 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
102	ZAFIMANDIMBY Jean Claude	Infirmier(e)	CSB2 KARIMBARY	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1293 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
103	ANDOARIVONY Annytha Valacia	Sage Femme	CSB2 LOHAFARY	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1303 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
104	RANIVOSOA Odette	Sage Femme	CSB2 MANAMBONDRO	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1286 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
105	NOMENJANAHARY Patrick	Infirmier(e)	CSB2 RANOMENA	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1474 du 09/03/20	09/03/2020	08/03/2021
106	PAIPO Razafimahasindry Lalaso Ignace	Infirmier(e)	CSB2 VATANATO	VANGAINDRANO	ATSIMO ATSINANANA	1318 du 05/03/20	09/03/2020	08/03/2021
107	GREMOND	Infirmier(e)	CSB1 MAROANGIRA	VONDROZO	ATSIMO ATSINANANA	1452 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
108	RABARJAONA Jean Claude	Infirmier(e)	CSB2 AMBOHIMANA	VONDROZO	ATSIMO ATSINANANA	1457 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
109	RAJAONARIVELO Lalatiana Elysah	Infirmier(e)	CSB2 ANTOKONALA	VONDROZO	ATSIMO ATSINANANA	1475 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
110	ANDRIANANTENAINA Elex	Infirmier(e)	CSB2 MAHAZOARIVO	VONDROZO	ATSIMO ATSINANANA	1453 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021

N°	Nom et prénoms	POSTE	CSB	SDSP	DRSP	N° contrat	Date prise de service	Date fin contrat
111	ANDRIAMAMPIHAONA Urbain	Infirmier(e)	CSB2 MANATO	VONDROZO	ATSIMO ATSINANANA	1488 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
112	BONNE Nirina Rosette Anic	Infirmier(e)	CSB2 KARIANGA	VONDROZO	ATSIMO ATSINANANA	1315 du 05/03/20	12/03/2020	11/03/2021
113	TSALIMA Albertina	Sage Femme	CSB2 VONDROZO	VONDROZO	ATSIMO ATSINANANA	1458 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
114	RAZANADRANASA Santatriniaina Vonindraozy Clodette	Infirmier(e)	CSB2 AMBALIHA	KANDREHO	BETSIBOKA	1372 du 09/03/20	10/03/2020	09/03/2021
115	RANEKENAPELAVELO Revia Bonne Année Jerna	Infirmier(e)	CSB2 ANTANIMBARIBE	KANDREHO	BETSIBOKA	1316 du 05/03/20	10/03/2020	09/03/2021
116	ANDRIANAIVOSON Larissa Cécilienne	Infirmier(e)	CSB2 BEHAZOMATY	KANDREHO	BETSIBOKA	1473 du 09/03/20	19/03/2020	18/03/2021
117	RAMANANTENASOA Hoby Herimalala	Sage Femme	CSB2 BETAIMBOAY	KANDREHO	BETSIBOKA	1471 du 09/03/20	19/03/2020	18/03/2021
118	RAZANAMALALA Célestine	Sage Femme	CSB1 KAMOLANDY	MAEVATANANA	BETSIBOKA	1441 du 09/03/20	11/03/2020	10/03/2021
119	RAHANITRINIAINA Fenoarisoa Séraphine	Sage Femme	CSB2 MORAFENO	MAEVATANANA	BETSIBOKA	1321 du 05/03/20	11/03/2020	10/03/2021
120	RAKOTOMIHANTA Lantoniaina Lovasoa	Infirmier(e)	CSB1 AMBALANIRANA	TSARATANANA	BETSIBOKA	1325 du 05/03/20	16/03/2020	15/03/2021
121	RAKOTOARIMANANA Bariniony Hasimbolanoro Noelina	Sage Femme	CSB1 AMBATOBE	TSARATANANA	BETSIBOKA	au niveau SG	20/03/2020	21/03/2021
122	RANDRIASOLOFOALINTSOA Tahiry Eddy	Infirmier(e)	CSB1 AMBOHIMARINA	TSARATANANA	BETSIBOKA	1400 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
123	FANOMEZANTSOA Solofoniaina Jeannet	Infirmier(e)	CSB1 AMPITETIKA	TSARATANANA	BETSIBOKA	1449 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
124	RAZANADRAISOA Mirana	Infirmier(e)	CSB1 ANKISATRA	TSARATANANA	BETSIBOKA	1459 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
125	ANDRIANAIVOSON Nambintsoa Cécilia	Infirmier(e)	CSB1 BEMAVO NF	TSARATANANA	BETSIBOKA	1472 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
126	RASOAMANAMBINA Zarahianitra	Infirmier(e)	CSB1 BEMOLOLO	TSARATANANA	BETSIBOKA	1403 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
127	RAKOTONILAINA Herimino	Infirmier(e)	CSB1 ISINKO	TSARATANANA	BETSIBOKA	1396 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
128	RANDRIAKOTOHALISOA Andrimalala Romance Dianah	Infirmier(e)	CSB1 AMBATOMAINTY	TSARATANANA	BETSIBOKA	au niveau SG	20/03/2020	21/03/2021
129	RASOARINIRINA Fenitra Nandrianina	Sage Femme	CSB1 MAHABE	TSARATANANA	BETSIBOKA	1324 du 05/03/20	16/03/2020	15/03/2021
130	RANDRIAMAMPIONONA Manantenasoa Fanilo	Infirmier(e)	CSB1 MAHATAZANA	TSARATANANA	BETSIBOKA	1460 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
131	RASOAMAHANDRY Vivahasimbelo	Infirmier(e)	CSB1 MASOKOAMENA	TSARATANANA	BETSIBOKA	1447 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
132	NASOLOHARIMANANA Maminiaina Alida Jimexine	Infirmier(e)	CSB1 MORAFENO	TSARATANANA	BETSIBOKA	1446 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
133	RASOANANDRASANA Niaina Albertine	Infirmier(e)	CSB1 TELOMTA	TSARATANANA	BETSIBOKA	1323 du 05/03/20	16/03/2020	15/03/2021
134	RANDRIAMIHANTA Martial	Infirmier(e)	CSB2 AMPANDRANA	TSARATANANA	BETSIBOKA	1395 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
135	RANDRIAMANANJARA Manampisoa Taratra	Sage Femme	CSB2 KELILOHA	TSARATANANA	BETSIBOKA	1399 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
136	RALANTOARISOA Andoniaina Clara	Sage Femme	CSB2 AMBATOMAINTY SUD	FENOARIVOBE	BONGOLAVA	1314 du 05/03/20	11/03/2020	10/03/2021
137	RASOAZANAMPANAHY Tantely Julienne	Infirmier(e)	CSB2 BELOBAKA	TSIROANOMANDIDY	BONGOLAVA	1443 du 09/03/20	01/04/2020	31/03/2021
138	RANDRIAMORA Yves Jocelyn	Infirmier(e)	CSB1 AMPANGORINA	IAKORA	IHOROMBE	1289 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
139	RAKOTONIRINA Nomenjanahary Florentine	Sage Femme	CSB1 ANARABE	IAKORA	IHOROMBE	1462 du 09/03/2020	11/03/2020	10/03/2021
140	RASOLOFONIAINA Lantonirina	Sage Femme	CSB1 BEKATRA	IAKORA	IHOROMBE	1297 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
141	MIANDRISOA Bonde Romi Fabrice	Infirmier(e)	CSB1 KIREMBA	IAKORA	IHOROMBE	1482 du 09/03/20	12/03/2020	11/03/2021
142	ONINAMBININA Faraniaina Ana	Infirmier(e)	CSB1 VOLAMBITA	IAKORA	IHOROMBE	1450 du 09/03/20	11/03/2020	10/03/2021
143	HELLUOARISON Bien Aimé	Infirmier(e)	CSB2 BEGOGO	IAKORA	IHOROMBE	1305 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
144	RAHERIHARIFENITRA Ursulla Daniellie	Sage Femme	CSB1 ANKADILANAMBE	IHOZY	IHOROMBE	1304 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
145	RAKOTONIRINA Maminiaina Irena	Infirmier(e)	CSB2 ANDIOLAVA	IHOZY	IHOROMBE	1296 du 04/03/20	06/03/2020	05/03/2021
146	ZARASOA Françoise	Infirmier(e)	CSB1 ANTANANDAVA	VOHIBE	IHOROMBE	1478 du 09/03/20	23/03/2020	22/03/2021
147	ZAFINDRANASY Eliane	Sage Femme	CSB1 KOTIPA	VOHIBE	IHOROMBE	1290 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
148	DAMY Solofoniaina Huissen	Infirmier(e)	CSB1 RANOMENA BEKININY	VOHIBE	IHOROMBE	1470 du 09/03/20	16/03/2020	15/03/2021
149	NIRINARJAONA Mbolatiana	Infirmier(e)	CSB2 ANTAMBOHOBE	VOHIBE	IHOROMBE	1291 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021
150	ANDRINIRINA Jean Rodrigue Soja Bernard	Infirmier(e)	CSB2 IVONGO	VOHIBE	IHOROMBE	1288 du 04/03/20	09/03/2020	08/03/2021