

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



**PLAN PLURI ANNUEL COMPLET
2011 - 2015 REVISE**

BURKINA FASO

Février 2012

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. INFORMATIONS GÉNÉRALES	2
I.1. DONNÉES GÉOPOLITIQUES	2
I.2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	2
I.3. DONNÉES SOCIO- CULTURELLES	3
I.4. DONNÉES ÉCONOMIQUES	3
I.5. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	4
I.6. DONNÉES SANITAIRES	4
I.7. INFORMATIONS RELATIVES AU PEV	5
II. BILAN DU PPAC 2006-2010	7
II.1. ETAT DE RÉALISATION DU PLAN	7
II.2. BILAN FINANCIER	25
III. ANALYSE DE LA SITUATION	25
III.1. GESTION DU PROGRAMME	25
<i>III.1.1. Organisation générale du PEV</i>	25
<i>III.1.2. Organes de coordination du PEV</i>	26
<i>III.1.3. Partenariat</i>	27
<i>III.1.4 Ressources humaines et matérielles du PEV</i>	29
<i>III.1.5. Activités de soutien</i>	33
III.2. PRESTATIONS DE SERVICES	36
<i>III.2.1. Organisation des services de vaccination</i>	36
<i>III.2.2. Stratégies vaccinales</i>	36
III.2.2.1. Vaccination de routine	36
III.2.2.2. Vaccinations supplémentaires	40
III.3. SURVEILLANCE DES MALADIES CIBLES DU PEV	42
<i>III.3.1. Surveillance des Paralysies Flasques Aiguës</i>	42
<i>III.3.2. Surveillance de la rougeole</i>	44
<i>III.3.3. Surveillance de la fièvre jaune</i>	44
<i>III.3.4. Surveillance du tétanos Néonatal</i>	45
<i>III.3.5. Surveillance des autres maladies</i>	45
<i>III.3.6. Surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)</i>	45
III.4. INFRASTRUCTURES ET LOGISTIQUES DU PEV	46
<i>III.4.1. Gestion des vaccins et consommables</i>	47
<i>III.4.2. Sécurités des injections</i>	49
<i>III.4.3. Gestion de la Chaîne de froid</i>	50
III.5. COMMUNICATION	52
<i>III.5.1. Offre des services en matière de communication</i>	52
<i>III.5.2. Connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination</i>	53
III.6. RESSOURCES FINANCIÈRES DE L'ANNÉE 2011	55
IV. PROBLEMES PRIORITAIRES	57
V. OBJECTIFS ET JALONS	57
VI. OBJECTIFS ET STRATEGIES	69
VII. STRATEGIES / ACTIVITES	72
IX. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES	91
X. SUIVI/ÉVALUATION DU PLAN	96
CONCLUSION	96

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : MORBIDITÉ	5
TABLEAU 2 : MORTALITÉ	5
TABLEAU 3 : POPULATIONS CIBLES DU PEV	6
TABLEAU 4 : CALENDRIER VACCINAL DE ROUTINE POUR LES ENFANTS DE 0 À 11 MOIS	6
TABLEAU 5 : CALENDRIER VACCINAL DE ROUTINE POUR LES FEMMES ENCEINTES	7
TABLEAU 6 : DOMAINE D'INTERVENTION DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES DU PEV	28
TABLEAU 7 : SITUATION DU PERSONNEL	29
TABLEAU 8 : INDICATEURS DE PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE DES PFA	43
TABLEAU 9 : CAS SUSPECTS DE COQUELUCHE PAR AN (2008-2011)	45
TABLEAU 10 : SURVEILLANCE DES MÉNINGITES BACTÉRIENNES PÉDIATRIQUES DE 2006 - 2010	45
TABLEAU 11 : OBJECTIFS ET JALONS PAR AN	57
TABLEAU 12 : PROBLÈMES, OBJECTIFS ET STRATÉGIES SELON LES DOMAINES DU PEV	69
TABLEAU 13 : STRATÉGIES ET ACTIVITÉS PAR DOMAINE DU PEV	72

Liste des Figures

FIGURE 1 : PROMPTITUDE DES RAPPORTS MENSUELS PAR MOIS ET PAR ANNÉE DE 2008 À 2011	35
FIGURE 2 : ÉVOLUTION DES COUVERTURES VACCINALES DE 2008-2011	38
FIGURE 3 : PROPORTION DES DISTRICTS AVEC AU MOINS 80% DE CV DANS TOUS LES ANTIGÈNES	38
FIGURE 4 : ÉVOLUTION DES TAUX D'ABANDON DE 2008 À 2011	39

Liste des sigles et abréviations

AVS	Activités de Vaccination Supplémentaire
CATR	Cellule d'Appui Technique Régional
CDF	Chaîne de Froid
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CISSE	Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CM	Centre Médical
CNC	Comité National de Certification
CNEP	Comité National d'Expert Polio
COGES	Comité de Gestion
CRESA	Centre Régional de l'Education pour la Santé
CSD	Conseil de Santé de District
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CT	Cellule Technique
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
DAF	Direction des Affaires Financières
DGS	Direction Générale de la Santé
DHPES	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DN	Direction de la Nutrition
DPV	Direction de la Prévention par les Vaccinations
DQA	Audit de la Qualité des Données
DQS	Auto Evaluation de la Qualité des Données
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSF	Direction de la Santé de la Famille
EICVM	Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages
ECD	Equipe Cadre de District
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GIVS	Vision et Stratégies Mondiales pour la Vaccination
IEC	Information Education et Communication
INSD	Institut National de la Statistique et du Développement
JLV	Journée Locale de Vaccination
JNV	Journée Nationale de Vaccination
MAPI	Manifestations Adverses Post Injection
MCD	Médecin Chef de District

OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PADS	Programme d'Appui aux Districts Sanitaires
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPAC	Plan Pluri- Annuel Complet
PPTTE	Pays Pauvre Très Endetté
PRSS	Projet de Renforcement des Services de Santé
PVS	Polio Virus Sauvage
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAB	Seringue Auto- Bloquant
SIECA	Service d'Information de l'Education de la Communication et de l'Assainissement
TEC	Tarif Extérieur Commun
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal

INTRODUCTION

Le Ministère de la santé avec l'appui des partenaires techniques et financiers a élaboré un Plan Pluri Annuel Complet 2006-2010 du PEV qui expire le 31 Décembre 2010 d'où la nécessité d'un nouveau plan quinquennal 2011-2015. Le Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) initial a pris en compte les axes stratégiques du GIVS (Vision et Stratégies Mondiales pour la Vaccination) et les résultats de la revue approfondie du PEV 2009 ainsi que les objectifs majeurs du PNDS II en cours d'élaboration.

La présente revue du PPAC a pour objet de prendre en compte les orientations stratégiques du PNDS 2011-2020 dont l'élaboration est achevée.

Le PEV est l'un des programmes prioritaires du Ministère de la Santé. Ses interventions en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité s'inscrivent dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le programme s'articule autour de trois principales stratégies, à savoir la vaccination de routine, les activités de vaccination supplémentaires (AVS) et la surveillance des maladies cibles du PEV. Sa mise en œuvre est assurée par la Direction de la Prévention par les Vaccinations (DPV).

Dans le cadre de la vaccination de routine, les antigènes actuellement administrés sont le vaccin contre la tuberculose, les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, l'haemophilus influenzae sérotype b, le vaccin oral contre la Poliomyélite, le vaccin contre la rougeole et le vaccin contre la fièvre jaune pour les enfants ; enfin le vaccin contre le tétanos pour les femmes enceintes.

En marge de la vaccination de routine, des activités de vaccination supplémentaires sont régulièrement organisées pour renforcer l'immunité des populations dans la lutte contre : la poliomyélite, la méningite, la fièvre jaune, la rougeole, le tétanos maternel et néonatal. Certaines de ces activités supplémentaires sont couplées à l'administration de la vitamine A.

Quant à la surveillance des maladies cibles du PEV, ce sont les paralysies flasques aiguës (PFA), la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos néonatal, et la coqueluche qui sont concernés.

Ce présent plan, quatrième du genre, est une référence pour toute intervention dans le PEV au Burkina Faso. Son élaboration a suivi un processus participatif des directions du ministère de la santé et des partenaires techniques et financiers. Ensuite il a été présenté au CCIA qui l'a validé. Les principales étapes suivantes du PPAC sont :

- l'analyse bilan du PPAC 2006-2010 ;
- l'identification des problèmes auxquels le PEV est confronté ;
- la fixation des objectifs à atteindre en cinq ans et les indicateurs ;
- le choix des stratégies et des activités ;
- la détermination des coûts et des sources de financement ;
- la détermination des mécanismes de suivi et d'évaluation.

I. INFORMATIONS GÉNÉRALES

I.1. Données géopolitiques

Le Burkina Faso est un pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest dans la boucle du Niger. C'est un pays sahélien qui s'étend sur une superficie de 274.000 km² entre les 9^h 20 et 15^h 54 degré de latitude Nord et les longitudes 2.20° Est et 5°30 Ouest. Il partage ses frontières avec :

- le Mali au Nord et à l'Ouest ;
- la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud ;
- le Niger à l'Est.

Le climat tropical de type soudanien alterne avec une saison sèche d'octobre à avril et une saison pluvieuse de mai à septembre. La végétation est de type soudano-sahélien.

Cette période est aussi celle des grandes chaleurs et de l'harmattan avec leur corollaire d'épidémies.

La position géographique du pays fait qu'il est classé dans la ceinture méningitique.

La saison pluvieuse est considérée comme « saison morte » pour les vaccinations. En effet, les routes à cette période sont impraticables dans leur grande majorité et les populations sont occupées par les travaux champêtres.

La saison sèche est favorable aux activités vaccinales.

Depuis 1991, le pays s'est doté d'une nouvelle constitution qui a permis l'installation de la démocratie et du multipartisme. Ce régime constitutionnel comprend trois pouvoirs : l'exécutif, le législatif et le judiciaire.

Le territoire national est découpé en 13 régions administratives, regroupant 45 provinces. Chaque province est subdivisée en départements/communes au nombre de 351 et environ 8228 villages.

La région et la commune sont des collectivités locales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le processus de décentralisation administrative est effectif depuis 2004 avec la communalisation intégrale.

I.2. Données démographiques

La population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants selon le recensement en 2006. Le rythme de croissance est d'environ 3,1% en 2006.

La population en 2012 est estimée à 16 779 206 et devrait atteindre 18 450 494 en 2015.

La population burkinabé est essentiellement jeune. En effet, les sujets de 0 -14 ans représentent 46,6%. Le taux brut de natalité est estimé à 45,8 pour mille, celui de la mortalité générale de 11,8 pour mille et de la morbidité de 8,4 pour mille.

L'espérance de vie à la naissance est de 56,7 ans (source INSD/RGPH 2006).

Le Burkina Faso est un pays de forte migration interne et externe. Les populations cibles du PEV sont obtenues à partir des taux d'accroissement annuels des régions et des districts sanitaires. A partir de 2009, les proportions de populations sont préalablement déterminées annuellement pour les régions et les districts par la Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS).

La population vit à près de 80% en milieu rural. La densité de la population est de 51,4 habitants au km² avec de grandes disparités entre les régions.

I.3. Données socio- culturelles

La population du Burkina comprend une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les Mossis représentent 48,5% de la population. Les principales langues parlées sont le moré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français.

Les principales religions sont : l'islam 60,5%, le christianisme 23,2% et l'animisme 15,3%.

Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base est passé de 56,8 % en 2004-2005 à 76 % pour la rentrée scolaire 2009-2010. En 2008, le taux de scolarisation chez les filles était de 67,9% et de 76,8% chez les garçons.

Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national est passé de 25% en 2003 à 26,2% en 2006. (Annuaire statistique 2009-2010, DEP-MEBA).

I.4. Données économiques

Au plan économique, la croissance du PIB est en moyenne de l'ordre de 6% entre 2000 et 2005. Les Enquêtes Intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM) réalisées sur la base des dépenses relatives aux besoins fondamentaux en 1994, 1998, 2003 et 2009 par l'INSD montrent que les seuils de pauvreté sont respectivement de 41 099FCFA, 72 690 CFA et 82 672 CFA, 108 454 FCFA par adulte et par an.

La pauvreté apparaît comme un phénomène de masse au Burkina Faso. Elle frappe principalement le milieu rural.

Selon le rapport mondial sur le Développement Humain Durable de 2010, le Burkina Faso est placé au 181^e rang sur 187.

L'Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2009) a révélé une baisse de la pauvreté de 1,9 point de pourcentage, comparativement à 2003. Toutefois, une frange importante de la population (46,7%) vit toujours en dessous du seuil de pauvreté.

L'économie du pays repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui absorbent plus de 90% de la population active et contribuent pour 40 % au PIB et 55 % environ dans le total des exportations.

I.5. Organisation du système de santé

➤ **Organisation administrative du système de santé**

Le système de santé comprend trois (3) niveaux :

- le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire qui comprend 13 Directions Régionales de la Santé (DRS) ;
- le niveau périphérique est représenté par 70 districts sanitaires (dont 07 non fonctionnels) qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système de santé.

✓ **Organisation des structures de soins du système de santé**

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

➤ *Le premier niveau* constitué par le district sanitaire comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est constitué par le CSPS et le CM qui sont les structures de base du système de santé. On dénombre 1443 CSPS (Annuaire statistique 2011) ;
- le deuxième échelon de soins du district est le CMA (44) ou Hôpital de district ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Certains districts sanitaires sont centrés sur des CHR.

➤ *Le deuxième niveau* est représenté par les CHR. Il sert de référence et de recours aux CMA ou Hôpitaux de district. On en dénombre 9.

Dans les deux premiers niveaux se mènent des activités de vaccination. Dans les CMA et les CSPS, on vaccine en stratégies fixe et avancée. Au niveau du CHR, on vaccine seulement en stratégie fixe.

➤ *Le troisième niveau* est constitué par le CHU (03) et un hôpital national qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert de cadre de formation des différentes catégories de personnel de santé et constitue également un centre de recherche en santé. A ce niveau, seules les vaccinations avec le BCG et le VPO sont administrées aux nouveau-nés.

I.6. Données sanitaires

La situation sanitaire du Burkina est caractérisée par une morbi-mortalité élevée.

✓ **Morbidité**

Le taux de morbidité générale est de 6,8% (PNDS I).

En 2009, les principales causes de consultation dans les services de santé sont le paludisme, la rougeole, la méningite et la tuberculose.

Tableau 1 : Morbidité

Affections	Nombre de cas	%
Paludisme	4 538 230	29,80%
Rougeole	54 117	0,35%
Méningite	4 878	0,032%
Tuberculose	3061	0,020%

Source : Annuaire statistique 2009

✓ **Mortalité**

Le risque de mortalité infantile est évalué à 65 ‰ ; ce niveau se décompose de la manière suivante : 28 ‰ pour la mortalité néonatale et 37 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Le quotient de mortalité juvénile est estimé à 68 ‰.

Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 129 ‰. En d'autres termes, au Burkina Faso, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

Tableau 2 : Mortalité

Mortalité	Taux	Sources
Infantile (0–11 mois)	65 pour 1000	EDS 2010
Infanto-juvénile (0–5 ans)	129 pour 1000	EDS 2010
Maternelle	341 pour 100 000 NV	EDS 2010

1.7. Informations relatives au PEV

✓ **Historique du PEV**

La déclaration d'Alma-Ata en 1978 a souligné l'importance du Programme Élargi de Vaccination (PEV) en tant que composante des Soins de Santé Primaires. Cette déclaration a été une opportunité pour le Burkina Faso d'instaurer un Programme de Vaccination pour la décennie 1980-1990. L'objectif de ce programme est d'assurer une couverture vaccinale de la totalité des populations cibles contre les principales maladies endémo-épidémiques évitables par l'immunisation.

Il convient de souligner que le programme a été élaboré en 1979 et a démarré à Bobo-Dioulasso (juin 1980), pour se généraliser en 1984 avec la vaccination Commando.

Au plan institutionnel, l'organisation du PEV a connu plusieurs évolutions. En effet, de la Direction de la Surveillance Epidémiologique et des Vaccinations (DSEV) en 1982, la structure a été rebaptisée Direction de la Prévention par les Vaccinations (DPV) en 1990. Le volet surveillance épidémiologique a été logé à la Direction du Contrôle des Maladies Transmissibles (DCMT).

En 1994, c'est un Service qui est créé en lieu et place de la Direction : le Service de la Prévention par les Vaccinations (SPV) qui fut d'abord rattaché à la Direction de la Santé de la Famille (1994) puis à la Direction de la Médecine Préventive (1996).

En 2003, le service est redevenu une direction technique à part entière, Direction de la Prévention par les Vaccinations (DPV).

Tous ces changements témoignent de la préoccupation permanente de rechercher une organisation opérationnelle à même de permettre au PEV d'atteindre ses objectifs et reflètent ainsi la vision des autorités au plus haut niveau du PEV.

✓ **Maladies cibles**

A la création du programme, sept (7) maladies étaient concernées par les vaccinations. Depuis janvier 2006, neuf (9) maladies bénéficient des activités du programme. Il s'agit de la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la fièvre jaune, la rougeole, l'hépatite virale B et les infections à *hémophilus influenzae* type b.

✓ **Populations cibles**

Pour les vaccinations de routine, les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes sont concernées.

En ce qui concerne les activités de vaccination supplémentaire, les tranches d'âge diffèrent selon la maladie ciblée.

Tableau 3 : Populations cibles du PEV

Groupe cible	Proportion de la population (%)	Observations
Naissances vivantes	4,61	Cible BCG
Enfants âgés de 0-11 mois	4,15	PEV de Routine
Enfants âgés de 0-59 mois	19,16	AVS Polio
Enfants de 9-59 mois	16,05	AVS Rougeole
6 mois et +	97,92	AVS fièvre jaune
6-59 mois	17,08	Campagne Vit. A
Femmes enceintes	5	PEV de routine
Femmes en âge de reproduction	22,80	AVS TMN

Source : DGISS

✓ **Calendrier vaccinal**

Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 11 mois.

Tous les antigènes du programme devraient avoir été administrés avant l'âge d'un (1) an, en 5 contacts vaccinaux.

Le calendrier vaccinal se présente comme suit :

Tableau 4 : Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 11 mois

Contact	Age	Antigènes
1	Naissance	BCG, VPO 0
2	8 semaines	DTC-HepB-Hib1, VPO1
3	12 semaines	DTC-HepB-Hib2, VPO2
4	16 semaines	DTC-HepB-Hib3, VPO3
5	9 mois	Vaccin Anti- Rougeoleux, Vaccin Anti- Amaril

Tableau 5 : Calendrier vaccinal de routine pour les femmes enceintes

Contact	Age	Antigènes
1	Dès que possible	VAT1
2	4 semaines après la première dose mais pas plus tard que deux (2) semaines avant la date prévue pour l'accouchement ou Un (1) mois au moins après VAT 1	VAT2
3	Six (6) mois au moins après la deuxième dose ou au cours de la grossesse suivante ou 6 mois au moins après VAT 2	VAT3
4	Un (1) an après la troisième dose ou pendant une autre grossesse ou 12 mois au moins après VAT 3	VAT4
5	Un (1) an après la quatrième dose ou pendant une autre grossesse ou 12 mois au moins après VAT 4	VAT5

Il faut signaler qu'un atelier de réflexion sur une nouvelle vision du PEV s'est tenu en Août 2010 à Ouahigouya. Les conclusions de l'atelier appellent à un changement du présent calendrier vaccinal. En effet le calendrier en vigueur ne prévoit pas de rappel.

✓ **Points forts**

- L'existence d'un calendrier uniforme à l'échelle du pays ;
- la détermination des cibles ;
- respect du calendrier vaccinal en vigueur ;
- les connaissances des professionnels sur le calendrier vaccinal.

✓ **Points faibles**

- Absence d'un système de rattrapage des enfants ratés de 12 à 23 mois pour certains antigènes tels que le VAR et le Penta ;
- absence d'un système de rappel des vaccins après la cohorte de 0 -11 mois ;
- absence de document de suivi de la vaccination des femmes (carte).

II. BILAN DU PPAC 2006-2010

II.1. Etat de réalisation du plan

L'évaluation porte sur les objectifs fixés annuellement au cours de la période objet du Plan Pluri annuel Complet 2006-2010 du Programme Élargi de Vaccination.

Il s'agit pour chaque problème et surtout pour chaque objectif spécifique, de comparer les objectifs de l'année concernée et le niveau de réalisation effective.

De cette comparaison, des insuffisances sont identifiées et des propositions de solution sont émises.

Les objectifs du plan pluriannuel 2006-2010 sont :

- ✓ renforcer la coordination du programme ;
- ✓ renforcer les compétences du personnel de santé en matière de gestion de la vaccination ;
- ✓ renforcer les compétences du personnel de santé en matière de surveillance des maladies cibles de la vaccination ;
- ✓ augmenter les couvertures vaccinales au niveau national à au moins 90% pour tous les antigènes d'ici 2010 ;
- ✓ atteindre au moins 80% de couverture pour tous les antigènes dans 100% des districts d'ici 2010 ;
- ✓ réduire les taux d'abandon BCG-VAR ;
- ✓ réduire la proportion des susceptibles ;
- ✓ réduire les taux de pertes des vaccins d'ici 2010 ;
- ✓ renforcer les capacités opérationnelles de la DPV ;
- ✓ améliorer la performance de la surveillance basée sur les cas des PFA, la Rougeole, la Fièvre Jaune et le TMN ;
- ✓ renforcer la gestion des MAPI ;
- ✓ renforcer les capacités des services chargés des activités de communication ;
- ✓ renforcer les activités de communication.

Sept (7) problèmes avaient été identifiés et des objectifs fixés. Le niveau d'atteinte des indicateurs est présenté dans les tableaux ci-dessous.

Problème 1 : Insuffisance dans la coordination du programme

Objectifs Spécifiques	Jalons						Observations
	2006	2007	2008	2009	2010		
Renforcer la coordination du programme	Indicateurs	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA)	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA)	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA)	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA)	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA)	-Depuis 2009 le CCIA est régulièrement tenu - Le CTA a connu des dysfonctionnements de 2009 à 2010 - Le CSCA ne s'est pas réuni à partir de 2008
	Niveau réalisation	100%	Voir RAS 2007	75%	100%	62,5%	
	Indicateurs	100% des réunions décentralisées, CTRS et CSD					
	Niveau réalisation	100%	100%	50%	100%	0%	
	Indicateurs	Réaliser 2 retro informations	Réaliser 4 retro informations	La DPV n'a pas pu mettre en place un bulletin de retro information. Cependant les retro informations par voie électronique sont régulièrement faites			
	Niveau réalisation	0%	0%	0%	0%	0%	

Depuis 2009, les structures de concertation au niveau central ont été plus orientées vers les activités de vaccination supplémentaires notamment les ripostes aux épidémies. Selon les résultats de la revue approfondie du PEV 2009, les réunions décentralisées et les cadres de concertation se sont tenus de manière satisfaisante.

L'élaboration d'un bulletin de rétro information n'a pas encore vu le jour et constitue un défi pour le nouveau PPAC. Cependant, elle se fait à travers les réunions décentralisées.

Problème 2 : Insuffisance de compétences des agents impliqués dans le PEV

Objectifs Spécifiques		Jalons					Observations
		2006	2007	2008	2009	2010	
Renforcer les compétences du personnel de santé en matière de gestion du PEV	Indicateurs	42% de formateurs nationaux formés (5/12) MLM	50% de formateurs nationaux formés (6/12) (cours MLM)	58% de formateurs nationaux formés (7/12) (MLM)	67% de formateurs nationaux formés (8/12) (MLM)	75% de formateurs nationaux formés (9/12) (MLM)	On note une irrégularité dans la formation des formateurs nationaux et régionaux
	Niveau réalisation	42%	42%	42%	58%	58%	
	Indicateurs	22% des DRS formés en gestion PEV (3/13) (cours MLM)	30% des DRS formés en gestion PEV (4/13) (cours MLM)	38% des DRS formés en gestion PEV (5/13) (cours MLM)	45% des DRS formés en gestion PEV (6/13) (MLM)	55% des DRS formés en gestion PEV (7/13) (MLM)	
	Niveau réalisation	23%	23%	23%	23%	23%	Les supervisions intégrées ne couvrent pas au cours d'une même année l'ensemble des DRS et DS.
	Indicateurs	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les niveaux	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les niveaux	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les niveaux	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les niveaux	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les niveaux	
	Niveau réalisation	0%	0%	53% (7/13)	47%	100%	
Renforcer les compétences du personnel	Indicateurs	-	100% des responsables CISSE	-	-	-	Bien que non planifié dans le PPAC 100% des responsables

Objectifs Spécifiques		Jalons					Observations
		2006	2007	2008	2009	2010	
de santé en matière de surveillance des maladies cibles du PEV			régionaux formés en surveillance basée sur les cas de maladies cibles du PEV) (13/13)				CISSE/PEV des régions/districts ont été formés en 2009 suite à l'introduction de l'outil OGIS PEV
	Niveau réalisation		100%	-	-	-	
	Indicateurs	-	25% des responsables CISSE de district formés en surveillance basée sur les cas de maladies cibles du PEV (13/55)	50% des responsables CISSE de district formés en surveillance basée sur les cas de maladies cibles du PEV (26/63)	75% des responsables CISSE de district formés en surveillance basée sur les cas de maladies cibles du PEV (63/63)	100% des responsables CISSE de district formés en surveillance basée sur les cas de maladies cibles du PEV (63/63)	
	Niveau réalisation	-	100%	100%	100%	100%	
	Indicateurs	-	100% des ICP de 25% des districts sont formés en surveillance basée sur les cas de maladies cibles du PEV	100% des ICP de 50% des districts sont formés en surveillance basée sur les cas de maladies cibles du PEV	100% des ICP de 75% des districts sont formés en surveillance basée sur les cas de maladies cibles du PEV	100% des ICP de 100% des districts sont formés en surveillance basée sur les cas de maladies cibles du PEV	
	Niveau réalisation		100%	100%	100%	100%	

Problème 3 : Non atteinte des objectifs de couverture vaccinale pour tous les antigènes selon le GIVS

Objectifs Spécifiques		Jalons					Observations
		2006	2007	2008	2009	2010	
1. Augmenter les couvertures vaccinales pour tous les antigènes d'ici 2010:	Indicateurs BCG	BCG : 100	BCG : 100	BCG : 100	BCG : 100	BCG : 100	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	102,96	107,52	108,54	108,08		
	Indicateurs VPO1	VPO1 : 100	VPO1 : 100	VPO1 : 100	VPO1 : 100	VPO1 : 100	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	101,21	108,31	110,9	107,71		
	Indicateurs VPO3	VPO3 : 95	VPO3 : 96	VPO3 : 96	VPO3 : 97	VPO3 : 97	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	94,37	102,08	106,67	102,58		
	Indicateurs PENTA1	Penta1 :100	Penta1 :100	Penta1 :100	Penta1 :100	Penta1 :100	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	101,58	108,55	110,93	107,73		
	Indicateurs PENTA 3	Penta3/DTC3 : 85	Penta3 : 96	Penta3 : 96	Penta3 : 97	Penta3 : 97	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	95,31	102,37	106,91	102,89		
	Indicateurs VAR1	VAR : 85	VAR : 89	VAR1 : 90	VAR1 : 91	VAR1 : 91	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	88,05	93,86	100,74	99,42		
	Indicateurs VAR2	-	-	VAR2 : 60	VAR2 : 80	VAR2 : 90	Non introduction de la seconde dose de VAR
	Niveau réalisation	-	-	0%	0%	-	
	Indicateurs VAA	VAA : 85	VAA : 89	VAA : 90	VAA : 91	VAA : 91	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	88,06	93,61	100,79	99,38		
	Indicateurs VAT2	VAT2 : 81,41	VAT2 : 84	VAT : 86	VAT : 88	VAT : 90	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	81,41	89,12	95,08	93,88		

Au niveau national à au moins 90% pour tous les antigènes	Indicateurs	80%	84%	86%	88%	90%	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	81	89	95	100		
100% des districts ont atteint au moins 80% pour tous les antigènes	Indicateurs	30%	60%	80%	90%	100%	L'indicateur n'est pas atteint
	Niveau réalisation	45,45	67,27	80,95	84,13%		
Réduire les taux d'abandon : BCG- VAR	Indicateurs	22%	20%	18%	16%	14%	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	22	20,28	15,24	14,35		
Réduire les taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3	Indicateurs	25,4%	20%	15%	12%	10%	Atteinte des objectifs
	Niveau réalisation	25,4%	5,69	3,62	4,49		

	Jalons					Observations
	2006	2007	2008	2009	2010	
Indicateurs	La proportion des régions avec taux de PFA non polio supérieur à 2 cas pour 100 000 efts de moins de 15 ans	La proportion des régions avec taux de PFA non polio supérieur à 2 cas pour 100 000 efts de moins de 15 ans	La proportion des régions avec taux de PFA non polio supérieur à 2 cas pour 100 000 efts de moins de 15 ans	La proportion des régions avec taux de PFA non polio supérieur à 2 cas pour 100 000 efts de moins de 15 ans	La proportion des régions avec taux de PFA non polio supérieur à 2 cas pour 100 000 efts de moins de 15 ans	Non atteinte de l'indicateur
Niveau réalisation	61,54%	76 ,92%	76 ,92%	92,31%	92,31%	
Indicateurs	Le pourcentage des cas de PFA avec 2 selles prélevés dans les 14 jours par région est égal à 100%	Le %tage des cas de PFA avec 2 selles prélevés dans les 14 jours par région est égal à 100%	Le %tage des cas de PFA avec 2 selles prélevés dans les 14 jours par région est égal à 100%	Le %tage des cas de PFA avec 2 selles prélevés dans les 14 jours par région est égal à 100%	Le %tage des cas de PFA avec 2 selles prélevés dans les 14 jours par région est égal à 100%	Non atteinte de l'indicateur
Niveau réalisation	30,77%	46,15%	15 ,38%	0%	30,77%	
Indicateurs	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole	Non atteinte régulière de l'indicateur
Niveau réalisation	52%	94%	56%	84%	84,12%	
Indicateurs	Au moins 80% de cas suspects de rougeole sont	Au moins 80% de cas suspects de	Au moins 80% de cas suspects de rougeole sont	Au moins 80% de cas suspects de rougeole sont	Au moins 80% de cas suspects de rougeole sont	En 2009 avec l'épidémie les prélèvements avaient été suspendus

	investigués et prélevés dans chaque district	rougeole sont investigués et prélevés dans chaque district	investigués et prélevés dans chaque district	investigués et prélevés dans chaque district	investigués et prélevés dans chaque district	
Niveau réalisation	73%	67%	87%	2%	30,42%	
Indicateurs	Au moins 80% des district ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune	Au moins 80% des district ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune	Au moins 80% des district ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune	Au moins 80% des district ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune	Au moins 80% des district ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune	Atteinte régulière de l'indicateur
Niveau réalisation	82%	84%	92%	84%	98,41%	
Indicateurs	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district	Atteinte régulière de l'indicateur
Niveau réalisation	100%	100%	100%	100%	100%	
Indicateurs	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués	Atteinte régulière de l'indicateur
Niveau réalisation	17%	31%	55%	33%	0%	
Indicateurs	-	Une cellule nationale de gestion des MAPI est mise	La cellule nationale de gestion des MAPI est fonctionnelle	La cellule nationale de gestion des MAPI est fonctionnelle	La cellule nationale de gestion des MAPI est fonctionnelle	Création du comité national MAPI logé au sein de la DGPML

		en place	(tenue d'au moins une réunion annuelle)	(tenue d'au moins une réunion annuelle)	(tenue d'au moins une réunion annuelle)	
Niveau réalisation	-	0	0	0	1	L'année 2006 n'était pas concernée
Indicateurs	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués	
Niveau réalisation	100%	100%	100%	100%		En 2010 lors de la campagne de masse men A, 09 Cas MAPI graves sont notifiées et investiguées

Les données administratives montrent que dans la plupart des cas les objectifs annuels fixés ont été atteints. Cette atteinte des couvertures administratives est due à la disponibilité et l'engagement des acteurs sur le terrain et à la disponibilité des intrants de vaccination. Cependant, on note qu'en 2009, le niveau des indicateurs n'a pas connu une très grande amélioration compte tenu des multiples campagnes de vaccination organisées.

Problème 4 : Insuffisance dans la performance de la surveillance basée sur les cas (PFA, Rougeole, Fièvre jaune, Tétanos...)

Objectifs Spécifiques : 1. Améliorer la performance de la surveillance basée sur les cas (PFA, Rougeole, Fièvre jaune, Tétanos...) d'ici 2010:

L'évolution de la proportion des régions avec au moins 2 cas de PFA non Polio pour 100 000 enfants de <15 ans et de celles ayant atteint au moins 90% des 2 selles prélevées dans les 14 jours sont restées stationnaires du fait de la persistance des régions à faible performance. Cependant le taux de PFA non Polio au plan national a connu une amélioration progressive sur la même période passant de 2,27 cas pour 100 000 enfants <15 ans en 2006 à 3,35 en 2010. Il en est de même pour le pourcentage des 2 selles prélevées dans les 14 jours passant de 88,51% en 2006 à 90,91% en 2010.

Les indicateurs de surveillance de la rougeole ont évolué en dents de scie.

Le niveau d'atteinte des indicateurs de surveillance de la Fièvre jaune et de MAPI est satisfaisant sur toute la période concernée.

L'indicateur de surveillance des cas suspects de TMN n'est pas satisfaisant pour toute la période.

Les défis consistent à :

Réduire considérablement le nombre des régions à faible performance :

- rendre efficace la recherche active des cas ;
- améliorer la surveillance à base communautaire dans tous les districts ;
- doter régulièrement les laboratoires de matériel et réactifs ;
- créer une cellule de gestion des MAPI dans la structure indiquée à cet effet.

Objectifs Spécifiques : Réduire la proportion des susceptibles

	Jalons					Observations
	2006	2007	2008	2009	2010	
Indicateurs Campagne VAT	80% de VAT 3 pour les FAR dans 7 districts à HR	80% de VAT3 pour les FAR dans 7 districts à HR	80% de VAT3 pour les FAR dans 7 districts à HR	80% de VAT3 pour les FAR dans 15 districts à HR	80% de VAT3 pour les FAR dans 7 districts à HR	Les calendriers des campagnes n'ont pas été respectés
Niveau réalisation	5/7 71,42%	6/7 (85,7%)	6/7 (85,7%)	11/15 (73,33%)	EN COURS	
Indicateurs Campagne VAR	-	95% de CV-VAR chez les enfants de 9 mois à 5 ans au niveau national	-	-	95% de CV-VAR chez les enfants de 9 mois à 5 ans au niveau national	- En 2009 une campagne de vaccination réactive a été effectuée dans 31 districts avec un résultat de 100% de couverture vaccinale dans tous les districts concernés. - la campagne prévue en 2010 a été reportée en 2011
Niveau réalisation	-	100%	-	-	0%	
Indicateurs Campagne VAA	-	-	95% de CV-VAA dans les 37 districts à HR	-	-	La campagne a plutôt été réalisée en 2008
Niveau réalisation	-	-	100%	-	-	
Indicateurs Campagne VPO	100% de CV-VPO chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones concernées	100% de CV-VPO chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones concernées	100% de CV-VPO chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones concernées	100% de CV-VPO chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones concernées	100% de CV-VPO chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones concernées	Il n'ya pas eu de campagne polio en 2006 et 2007
Niveau réalisation	-	-	100%	100%	100%	

Des campagnes de vaccination ont été régulièrement organisées avec des couvertures vaccinales administratives satisfaisantes. Le monitoring indépendant réalisé pendant ces campagnes a montré qu'il ya toujours des enfants échappent à la vaccination. Cependant on note des décalages quant à leur mise en œuvre par rapport à la programmation du PPaC.

Le défi qui reste à relever est la planification annuelle de JLV en fonction des couvertures vaccinales des différents antigènes
Problème 5 : Insuffisance dans la gestion des stocks de vaccins et consommables PEV

Objectifs Spécifiques : Réduire les taux de pertes des vaccins d'ici 2010

	Jalons					Observations
	2006	2007	2008	2009	2010	
Indicateurs	BCG : 50%	BCG : 45%	BCG : 40%	BCG : 38%	BCG : 36%	Atteinte des objectifs
Niveau réalisation	40,23%	37,82%	35,83%	35,28%		
Indicateurs	VAA, : 25%	VAA: 23%	VAA: 20%	VAA: 18%	VAA: 15%	Atteinte des objectifs
Niveau réalisation	24,61%	21,29%	19,17%	18,43%		
Indicateurs	VAR : 25%	VAR : 23%	VAR : 20%	VAR : 18%	VAR : 15%	Atteinte des objectifs
Niveau réalisation	25,40%	20,86%	19,06%	18,69%		
Indicateurs	VPO : 25%	VPO : 20%	VPO : 18%	VPO : 15%	VPO : 10%	Atteinte des objectifs
Niveau réalisation	10,72%	11,30%	11,32%	8,34%		
Indicateurs	VAT: 25%	VAT: 20%	VAT : 18%	VAT : 15%	VAT : 10%	Non atteinte de l'objectif
Niveau réalisation	20,78%	20,45%	19,78%	19,28%		
Indicateurs	DTC-HepB+Hib : 10%	DTC-HepB-Hib: 5%	DTC-HepB-Hib: 4%	DTC-HepB-Hib: 3%	DTC-HepB-Hib: 2%	Atteinte des objectifs
Niveau réalisation	6,11	1,70%	0,40%	0,43%		

Les taux de perte en vaccin ont régulièrement baissé en dehors du vaccin antitétanique. La maîtrise des taux de perte en vaccin antitétanique reste un défi pour la planification.

Problème 6 : Insuffisance des capacités opérationnelles du PEV

	Jalons					Observations
	2006	2007	2008	2009	2010	
Indicateurs	75% de dépôts PEV de DRS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	80% de dépôts PEV de DRS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	85% de dépôts PEV de DRS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	95% de dépôts PEV de DRS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	100% de dépôts PEV de DRS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	Les supervisions réalisées dans le cadre des campagnes ont permis de constater l'atteinte des objectifs et indicateurs prévus
Niveau réalisation	60%	80%	100%	100%	100%	
Indicateurs	80% de dépôts PEV de DS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	90% de dépôts PEV de DS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	90% des dépôts PEV des DS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	95% de dépôts PEV de DS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	100% de dépôts PEV de DS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	
Niveau réalisation	80%	90%	100%	100%	100%	
Indicateurs	80% des CSPS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	85% des CSPS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	90% des CSPS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	95% des CSPS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	100% des CSPS disposent d'équipements CDF répondant aux normes	
Niveau réalisation	90%	100%	100%	100%	100%	
Indicateurs		100% des		100% des		La formation de

	Jalons					Observations
	-	responsables PEV des DRS et districts sont formés à la gestion informatisée des stocks.	-	responsables PEV des DRS et districts sont formés à la gestion des stocks	-	2007 n'a pas eu lieu.
Niveau réalisation	-	0%	-	100%	-	
Indicateurs	40% des DS disposent d'un incinérateur fonctionnel	60% des DS disposent d'un incinérateur fonctionnel	70 % des DS disposent d'un incinérateur fonctionnel	80 % des DS disposent d'un incinérateur fonctionnel	100% des DS disposent d'un incinérateur fonctionnel	
Niveau réalisation	40%	70,91%	73,02%	71,43%	61,90%	

La plupart des structures de santé à tous les niveaux disposent d'une chaîne de froid fonctionnelle et conforme aux normes. Du reste la revue du PEV de 2009 l'a confirmée. Le défis majeur reste la maintenance de ces équipements chaîne de froid et la disponibilité des incinérateurs de qualité.

Problème 7 : Insuffisance de la communication en faveur du PEV

	Jalons					Observations
	2006	2007	2008	2009	2010	
Indicateurs	100% des CSPS sont dotés en supports IEC	100% des CSPS sont dotés en supports IEC	100% des CSPS ont été dotés en supports IEC	100% des CSPS sont dotés en supports IEC	100% des CSPS sont dotés en supports IEC	L'absence des supports est due aux difficultés liées aux procédures d'acquisition de ces supports
Niveau réalisation	100%	0%	100%	0%	0%	
Indicateurs	-	100% des responsables CRESA et SIECA sont formés	-	-		La formation programmée en 2007 a eu lieu en 2009
Niveau réalisation		100%				
Indicateurs	-	25 % des SIECA ont été dotés en matériel audiovisuel	50 % des SIECA ont été dotés en matériel audiovisuel	75 % des SIECA ont été dotés en matériel audiovisuel	100 % des SIECA ont été dotés en matériel audiovisuel	Les DS ont été dotés en mégaphones
Niveau réalisation	-	0%	100%	100%	0%	
Indicateurs	Un plan de communication sur la vaccination de routine et la surveillance est mis en œuvre par la DPV	Un plan de communication sur la vaccination de routine et la surveillance est mis en œuvre par la DPV	Un plan de communication sur la vaccination de routine et la surveillance est mis en œuvre par la DPV	Un plan de communication sur la vaccination de routine et la surveillance est mis en œuvre par la DPV	Un plan de communication sur la vaccination de routine et la surveillance est mis en œuvre par la DPV	En 2009 et 2010, les plans de communication ont surtout porté sur les nombreuses campagnes de vaccination

	Jalons					Observations
Niveau réalisation	100%	100%	100%	0%	0%	
Indicateurs	-	Un film documentaire sur le PEV est réalisé	-	-		A cause des difficultés de procédures le film de sensibilisation programmé en 2007 a été produit en 2010
Niveau réalisation	-	100%	-	-		
Indicateurs	100% des DS ont mis en œuvre des activités de communication en faveur de l'introduction du Pentavalent	-	-	-	-	
Niveau réalisation	100%	-	-	-	-	
Indicateurs			25% des DS ont élaboré et mis en œuvre un plan de communication	50% des DS ont élaboré et mis en œuvre un plan de communication	75% des DS ont élaboré et mis en œuvre un plan de communication	Des plans de communication ne sont pas élaborés mais des activités ont été mises en œuvre
Niveau réalisation			ND	ND	ND	
Indicateurs			25% des FS ont des membres d'associations formés	60% des FS ont des membres d'associations formés	100% des FS ont des membres d'associations formés	
Niveau réalisation			ND	ND	ND	

La DPV élabore annuellement des plans de communication en faveur de la vaccination de routine ; toutefois les nombreuses campagnes rendent difficile la mise en œuvre. L'insuffisance des supports IEC, sur le terrain est le principal défi à relever.

II.2 Bilan physique

Année	Nombre d'activités du PPAC	Niveau de réalisation						Observations
		Réalisé		PR		NR		
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	
2006	39	25	64	7	18	7	18	
2007	38	32	82	1	5	5	13	
2008	45	25	56	17	38	3	6	
2009	78	36	46	6	8	36	46	
2010	44	27	61	3	7	14	32	

Les activités planifiées dans le PPAC 2006-2010 ont connu un niveau de réalisation satisfaisant (80% par an). Le défi à relever est la planification des activités en tenant compte des multiples campagnes de vaccination non programmés.

II.2. Bilan financier

Sur un montant total du PPAC 2006-2010, de 96 836 339 \$, la somme de 139 794 140\$ a été dépensée soit 69 897 070 255 frs CFA. On constate un écart positif dû essentiellement à l'organisation de campagnes de vaccination contre la polio, la rougeole, la méningite, la fièvre jaune et le tétanos. D'autres partenaires ont financé le PEV et cela n'avait pas été prévu dans le PPAC. Il s'agit notamment de la BAD, de la coopération Japonaise et de GAVI.

III. ANALYSE DE LA SITUATION

L'analyse de la situation a tenu compte des différentes composantes du Programme élargi de vaccination : la gestion des programmes, la logistique du PEV, la surveillance des maladies cibles, la communication et le financement du PEV. Toutes ces analyses ont tenu compte des axes stratégiques du GIVS et des composantes de l'ACD.

III.1. Gestion du programme

III.1.1. Organisation générale du PEV

- Organisation du PEV au niveau central

Au terme du Décret N°2011-156/PRES/PM/MS du 24 mars 2011, portant organisation du Ministère de la santé, la DPV est l'une des 4 directions techniques de la Direction générale de la santé de la famille (DGSF).

En attendant l'arrêté d'application du décret ci-dessus cité, l'organisation de la DPV se réfère à l'Arrêté N°2003/-193 /MS/SG/DGS du 23 Septembre 2003 portant attributions et organisation de la Direction générale de la Santé (DGS). La DPV est chargée de :

- concevoir, planifier, coordonner, assurer le suivi et l'évaluation des activités de vaccination ;
- assurer la surveillance épidémiologique des maladies cibles du programme élargi de vaccination en collaboration avec la Direction de la Lutte contre la Maladie ;
- contribuer aux renforcements des capacités du personnel impliqué dans les activités de vaccination ;
- de participer aux travaux de recherche opérationnelle sur les vaccinations.

Elle comprend un secrétariat et 5 services :

- le Service Administratif et Financier ;
- le Service de la Planification, Suivi évaluation, de la Formation et de la Recherche ;
- le Service du monitoring, gestion des données et Surveillance épidémiologique ;
- le Service de la logistique, de l'approvisionnement et de la maintenance ;
- le service de la Communication/mobilisation sociale.

Au niveau régional et district, la gestion du programme est sous la supervision, respectivement des Directeurs Régionaux de la Santé (DRS) et des Médecins- Chefs de District (MCD). Des responsables PEV et CISSE ont été désignés au niveau régional et district pour la coordination des activités du PEV.

- Organisation du PEV au niveau régional

Au niveau régional, la gestion du programme est sous la supervision, du Directeur Régional de la Santé (DRS). Un responsable PEV et un responsable CISSE ont été désignés au à ce niveau pour la coordination des activités du PEV. Il s'agit notamment des activités d'appui à la formation et la supervision du personnel du niveau district. Le niveau régional assure également l'appui aux activités de communication et de monitoring selon les besoins identifiés.

- Organisation du PEV au niveau district

Au niveau district, la gestion du programme est sous la supervision du Médecin-chef de District (MCD). Les responsables PEV, CISSE et SIECA sont désignés pour assurer respectivement la coordination activités du PEV et de la surveillance. Ces activités concernent notamment les aspects de planification, de supervision et de formation du personnel des formations sanitaires. Certaines activités de communication, telle que les émissions radiophoniques, les projections de films, animations et théâtres forums dans les villages sont exécutées par le district.

- Organisation du PEV au niveau CSPS

Au niveau CSPS, la gestion du programme est sous la responsabilité de l'ICP en collaboration avec les autres membres de l'équipe de santé. C'est à ce niveau que toutes les stratégies de vaccination sont effectivement mises en œuvre.

III.1.2. Organes de coordination du PEV

Au niveau national la coordination des activités est assurée par les organes suivants :

- Le Comité de Coordination Inter- Agence (CCIA)

Ce comité initialement mis en place en 1989 a été réorganisé en 2012 par arrêté N°2012-006/MS/CAB du 10 janvier 2012 en vue de le rendre plus fonctionnel et de l'élargir à d'autres partenaires clés intervenant dans le PEV.

Placé sous la présidence du Ministre de la Santé, le comité est composé des représentants du Ministère de la Santé, de l'Économie et des Finances, et des partenaires au développement. Ce comité se réunit régulièrement une fois par trimestre.

Le comité détermine les grandes orientations du PEV, adopte les plans et directives, et contribue à mobiliser les ressources.

Il est l'organe décisionnel de la gestion des fonds alloués aux activités de vaccination y compris ceux provenant de l'initiative GAVI.

- Le Comité Technique d'appui au PEV (CTA- PEV)

Ce comité a été mis en place par arrêté N°258/MS/CAB du 18 juillet 2005 comblant ainsi le vide institutionnel en matière de suivi régulier de l'exécution des plans d'action. En effet les experts se réunissaient mais de manière informelle pour débattre de ces questions.

Il a pour but d'assurer une concertation technique permanente entre la DPV et les partenaires impliqués dans la mise en œuvre du PEV. Son rôle est d'examiner les différents dossiers à soumettre au CCIA pour prise de décision.

Au niveau régional, un Comité Technique Régional de Santé assure la coordination de l'ensemble des activités de santé dont le PEV.

Au niveau district la coordination des activités de santé est assurée par le Conseil de Santé du District.

- La Cellule de Suivi et de Coordination de l'Approvisionnement en vaccins

La Cellule de Suivi et de Coordination de l'Approvisionnement en vaccins, consommables et matériels techniques du PEV a été Créée par arrêtee N°190/MS/CAB du 18 Août 2003. Depuis 2008 cette cellule n'a pas fonctionné du fait de l'absence

Points forts

- ✓ Existence d'instances de coordination du PEV
- ✓ Tenue régulière des réunions du CCIA depuis 2009

Points faibles

- ✓ Irrégularité des réunions du CTA de 2009 à 2010

III.1.3. Partenariat

Par rapport à l'effectif de l'ancien plan dire s'il ya ajout ou réduction de partenaires pour le programme.

Le PEV est appuyé par plusieurs partenaires tant au niveau central, intermédiaire que périphérique. Les domaines d'intervention de ces partenaires sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Domaine d'intervention des différents partenaires du PEV

PARTENAIRE	DOMAINE D'INTERVENTION
PADS	Logistique, matériel technique et informatique, mise en œuvre des activités, les formations/recherche, supervision/évaluation.
OMS	Surveillance, PEV de routine, vaccinations supplémentaires, matériels informatique et logistique, appui technique et financier à la formation, supervision, coordination, infrastructures.
UNICEF	PEV de routine, vaccinations supplémentaires, communication pour le changement de comportement/communication sociale, équipement logistique et matériels techniques et de froid, achat de vaccins et consommables, infrastructures, surveillance épidémiologique à base communautaire.
GAVI	Achat de vaccins et consommables, logistiques et matériels techniques, introduction des nouveaux vaccins, formation/recherche, supervision/évaluation, achat de matériels de chaîne de froid (CDF), communication, infrastructures.
CDC	Système d'information du PEV, mise en œuvre de l'approche RED, appui à la recherche
ROTARY	Vaccinations supplémentaires contre la polio
PLAN BURKINA	Vaccinations supplémentaires contre la polio, logistique
AMP	Formation, surveillance, logistique et laboratoire
JICA	Chaîne de froid
PADS-CEN	PEV de routine
Croix rouge	Vaccinations supplémentaires contre la polio et rougeole
PCCZR	Construction CSPS, Equipement

Points forts

- ✓ Existence des cadres de concertation pour le partenariat
- ✓ Tenue des concertations

Points faibles

- ✓ Irrégularité de la tenue des cadres de concertation

III.1.4 Ressources humaines et matérielles du PEV

- **Ressources Humaines**

Tableau 7 : Situation du personnel

Emplois	Effectif		Besoin en 2013
	2011	Attendu en 2012	
Médecin spécialiste	2	2	0
Chirurgien dentiste	1	1	0
Pharmacien	1	1	0
Administrateur des Hôpitaux et des services de santé	1	0	0
Gestionnaire des Hôpitaux	1	2	0
Attaché de santé	10	10	0
Infirmière brevetée	1	1	0
Adjointe de secrétariat	1	1	0
Agent de bureau	1	1	0
Garçon de salle	1	1	2
Fille de salle	1	1	0
Chauffeur	4	4	0

La direction a besoin de deux agents de soutien pour combler les départs à la retraite et faire face aux besoins de manutention.

Faiblesses

- ✓ Insuffisance du personnel

- **Ressources matérielles**

Tableau 2 : Situation du matériel roulant (quatre roues)

N° d'ordre	Type	Immatriculation	Date d'acquisition	Source de financement	Etat			
					B	P	M	HS
1	LAND CRUISER	05 IN 0148 *BF	1998	OMS				X
2	LAND CRUISER	11 A 6468* BF	2004	FONDS GAVI		X		
3	LAND CRUISER	11 AA 1655 *BF	2005	CDC/OMS		X		
4	LAND CRUISER	11 AA 1439*BF	2007	GAVI	X			
5	TOYOTA BACHEE	11 A 1182 *BF	1996	UNICEF		X		
6	CAMION RENAULT	11AA2128 IT BF	2009	GAVI-RSS	X			
7	TOYOTA PRADO	11AA2688IT BF	2010	OMS/BAD	X			
8	TOYOTA LHD Hilux	11AA3628 BF	2010	OMS	X			
9	TOYOTA LHD Hilux	11AA3629 BF	2010	OMS	X			
10	CAMION Mutsibushi	Non encore immatriculé	2010	UNICEF	X			

Légende : B = Bon Etat ; P = Passable ; M = Mauvais Etat ; HS = Hors Service

Le parc automobile est insuffisant au regard des missions assignées à la direction. Cette situation amène la direction à reporter ou à annuler certaines activités. Il s'avère donc nécessaire de renforcer le parc automobile.

Faiblesses

- ✓ Insuffisance de véhicules de supervision
- ✓ Insuffisance de la maintenance

Tableau 3 : Situation du matériel roulant (deux roues)

N°	Type	Immatriculation	Date d'acquisition	Source de financement	Etat			
					B	P	M	HS
1	YAMAHA V80	11B 1235* BF	1998	UNICEF		X		
2	YAMAHA V80	ND	1987	UNICEF			X	
3	YAMAHA V80	11BB 9119*BF	2005	GAVI	X			
4	YAMAHA V80	11 BB 9136* BF	2005	GAVI	X			
5	YAMAHA V80	11 BB 5558*BF	2008	GAVI	X			
6	YAMAHA V80	11 BB 5551*BF	2008	GAVI	X			
7	YAMAHA V80	11 BB 5507*BF	2008	GAVI	X			
8	YAMAHA DT	11BB 3392* BF	2007	GAVI	X			
9	YAMAHA DT	11B 6497* BF	1999	OMS		X		
10	YAMAHA YB 100	11BB 3727* BF	2007	GAVI	X			
11	OMAHA	11B 7432 *BF	2003	GAVI		X		
12	OMAHA	11A 7495* BF	2003	GAVI		X		
13	YAMAHA YB 100	11AA8698* BF	2010	OMS	X			

La situation des motocyclettes est satisfaisante. Cependant, d'énormes difficultés subsistent pour l'entretien de ce parc.

Tableau 4 : Situation des autres types de matériel et d'équipement

Tableau 4 a : Matériel informatique et péri-informatique

N°	Type	Nombre	Etat			
			B	P	M	HS
1	Ordinateurs de bureau	26	23	1	2	
2	Imprimante	20	18	2		
3	Ordinateurs portables	15	10	3		2
4	Scanner	1	1			
5	Photocopieuses	4	2	1		1
6	Appareil photo numérique	2	2			
7	Onduleurs	15	9	2	4	
8	Imprimante en couleur	1	1			
9	Dictaphone	2	2			

Tableau 4 b: Climatiseurs

N° d'ordre	Type	Nombre	Etat			
			B	P	M	HS
1	Climatiseur	18	12			6
2	Split	8	6		2	

Tableau 4 c : Mobilier de bureau

N°	Désignation	Quantité	Etat			
			Bon	Passable	Mauvais	Hors d'usage
1	Appareil fax	1	1			
2	Armoire à 10 clapets	15	15			
3	Armoire à 5 clapets	5	5			
4	Armoire en bois	11	4	5	2	
5	Armoire métallique	15	15			
6	Brouette	6	6			
7	Bureau	25	23		2	
8	Chaise visiteur	223	180	15	28	
9	Coffre fort	1	1			
10	Combiné téléphonique	8	1	4	3	
11	Fauteuil directeur	12	10	1	1	
12	Fauteuil secrétaire	4	3		1	
13	Fauteuil semi directeur	18	3	3	12	
14	Table d'ordinateur	9	7	1	1	
15	Table simple	11	10	1		
16	Tabouret	4	1	3		
17	Téléviseur	1	1			
18	Agrafeuse géante	1	1			
19	Magnétoscope	1	1			
20	Magnétophone	1	1			
21	Appareil de reliure	1		1		
22	Dictaphone	2	2			
23	Ventilateur plafonnier	9	5	4		

Légende : B = Bon Etat ; P = Passable ; M = Mauvais Etat ; HS = Hors service
La dotation de matériel et mobilier de bureau est satisfaisante dans son ensemble.

D'une manière générale, il y a une insuffisance d'entretien courant du matériel.
En outre, il est relevé une insuffisance quantitative de micro- ordinateurs portables.

Tableau 4d: Situation matériel chaîne de froid

N°	Désignation	Quantité	Etat			
			Bon	Passable	Mauvais	HU
1	Congélateurs bahut	14	9	2	1	2
2	Réfrigérateurs	11	11	0		
3	Chambres froides traditionnelles	2	2	0		
4	Chambres froides pré- fabriquées	5	5	0		
5	Extincteurs	6	6	0		
6	Congélateurs à briquette	2	1	0	0	1
7	Groupes électrogènes de relais	2	2			

Faiblesses

✓ **Insuffisance de maintenance**

III.1.5. Activités de soutien

• **Politique en matière de PEV**

La DPV prévoit l'élaboration d'un document de Politique de Vaccination en 2012 et la révision du guide de vaccination

• **Formation**

De 2006 à 2010, cinq (05) personnes de la DPV ont bénéficié de la formation en gestion du PEV (cours MLM).

Au cours du plan quinquennal 2006- 2010, plusieurs formations ont été réalisées par la DPV sur les thèmes suivants :

- la gestion du PEV au profit des responsables PEV des régions et des districts ;
- la communication au profit des responsables CRESA et SIECA ;
- un programme de formation - action en épidémiologie et vaccinologie à l'intention des MCD est mis en œuvre depuis 2002 (EPIVAC).

Des sessions de mise à niveau sur le PEV et la surveillance sont généralement organisées à l'intention des nouveaux agents dans tous les districts.

Cependant, la revue externe du PEV de 2009 a révélé que la formation continue des agents sur le PEV est insuffisante.

Dans le cadre de la formation de base des médecins et autres personnels de santé, l'UFR/SDS et l'ENSP dispensent des modules sur les vaccinations. Mais compte tenu des innovations intervenues dans le PEV d'une part et de la perspective d'introduction de nouveaux vaccins, ces modules nécessitent une mise à jour pour prendre en compte des nouvelles orientations du programme.

De 2010 à 2011 du personnel de la DPV a bénéficié d'une formation sur les thèmes suivants : plaidoyer sur le financement de la vaccination (11 personnes dont 2 de la DPV) et la promotion de la santé (4 personnes dont 1 de la DPV)

La mise à jour des modules de formation de base dans les écoles de santé sur la vaccination est d'actualité.

• **Supervision**

Au cours de la période 2006 à 2010, la DPV a réalisé annuellement des supervisions dans les DRS et DS en vue d'améliorer la qualité des prestations et les performances des différents niveaux. Ces sorties ont montré que des insuffisances subsistent dans l'application des directives en matière de vaccination de routine et de surveillance des maladies cibles du PEV.

Au niveau décentralisé la supervision se fait de manière intégrée et très peu de supervisions spécifiques pour le PEV sont organisées dans les DRS et les districts sanitaires.

La mise en œuvre des AVS est aussi une opportunité de supervision des autres aspects de routine (chaîne de froid, monitoring de la couverture vaccinale, la gestion des intrants ...)

La supervision demeure une importante activité du programme pour le renforcement des compétences des agents chargés du PEV. En 2011 cette activité a connu des difficultés d'ordre organisationnel et financier dans sa mise en œuvre.

- **Planification, suivi et évaluation**

Les plans annuels 2011, 2012 et 2013 issus du plan pluriannuel complet 2011-2015 ont été élaborés conformément aux cadres et directives de planification de la DEP. Au niveau région et district, il existe depuis 2001 un processus de planification stratégique avec la production de plans de développement sanitaire de district (PDS) prenant en compte le volet PEV.

Les activités de suivi/évaluation du PEV au niveau central durant la période de 2010 à 2011 ont consisté en :

- l'organisation de réunions décentralisées sur le PEV et la surveillance ;
- l'analyse des rapports mensuels de vaccination et de surveillance ;
- atelier annuel de validation des données de vaccination et de surveillance ;
- la réalisation du DQS dans certains districts et régions ;
- l'élaboration des rapports annuels -La validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal

- **Le système d'information sanitaire**

La collecte, l'analyse et la transmission des données sur la vaccination se fait à travers les rapports mensuels provenant des CSPS.

Le circuit de transmission des données sur le PEV est le suivant :

- CSPS → DS → DRS → DPV.

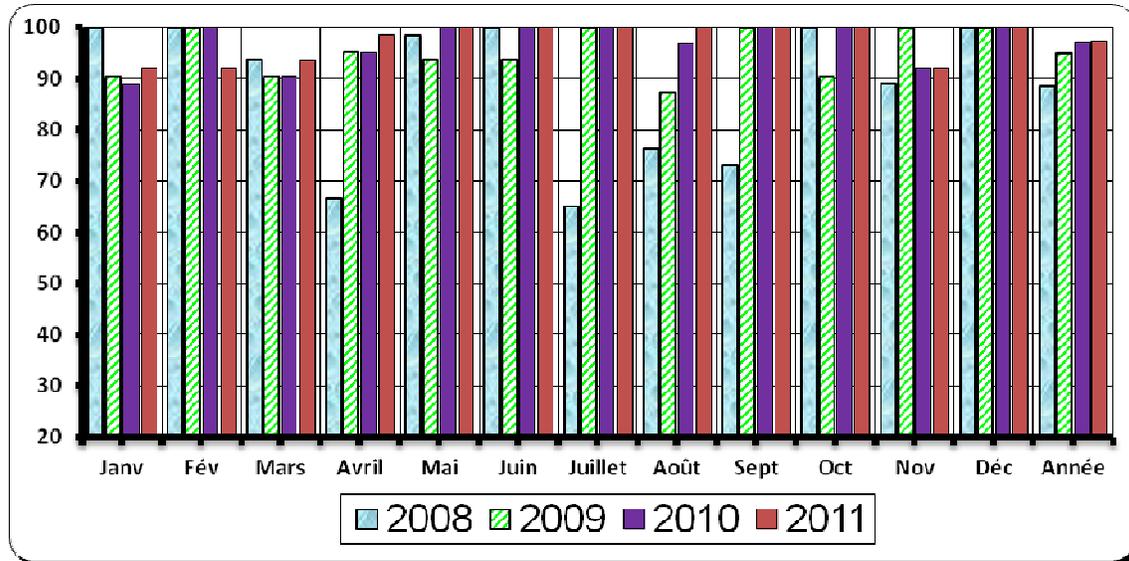


Figure 1 : Promptitude des rapports mensuels par mois et par année de 2008 à 2011

Commentaires

Au cours de ces quatre dernières années, on a observé une amélioration de la promptitude dans la transmission des rapports d'année en année. Les promptitudes annuelles sont au delà de l'objectif fixé qui est de 80%.

La DPV n'a pas encore mis en place un système régulier de rétro information écrite vers les niveaux décentralisés. Cependant la plupart des districts et des régions disposent d'un système de partage d'information en vue de susciter l'amélioration des performances au niveau périphérique.

Points forts

- ✓ Existence de standards et procédures en matière de PEV ;
- ✓ tenue des formations/recyclage au profit des acteurs du niveau central et intermédiaire ;
- ✓ existence de plans annuels ;
- ✓ existence d'un système d'information avec des supports spécifiques au PEV ;
- ✓ DQS, outil de suivi et d'évaluation dans les districts.

Points faibles

- ✓ Insuffisance de formation continue des agents des FS sur le PEV ;
- ✓ insuffisance dans la formation de base et la formation continue des agents sur le PEV ;
- ✓ insuffisance de supervision spécifique PEV au niveau régional et district ;
- ✓ insuffisance dans la rétro information du niveau central vers les autres niveaux ;
- ✓ rupture en supports de gestion du programme PEV.

III.2. Prestations de services

III.2.1. Organisation des services de vaccination

La vaccination constitue l'une des composantes du paquet minimum d'activités (PMA) d'une formation sanitaire défini par le ministère de la santé. Depuis 2000, la vaccination a été déclarée gratuite sur toute l'étendue du territoire. Les structures sanitaires privées qui mènent les activités de vaccination sont approvisionnées gratuitement en vaccins et consommables par leur district siège.

La revue du PEV de 2009 avait noté des insuffisances en rapport avec :

- la qualité insuffisante des services de vaccination ;
- le nombre important de formations sanitaires qui ne disposent pas de personnel selon les normes minimales ;
- les jours et les horaires de vaccination qui ne tiennent pas toujours compte de la disponibilité des femmes.

Depuis la revue, des stratégies correctrices mises en place ont permis:

- la réduction des taux d'abandon
- le renforcement des CSPS en personnel (77% en 2005 selon l'annuaire statistique DEP 2005 à 83% en 2010).

Forces

- ✓ existence de PMA incluant la vaccination ;
- ✓ gratuité de la vaccination dans les centres de santé publique comme privés ;
- ✓ mise en œuvre des recommandations de la revue pour corriger les insuffisances relevées dans le cadre de l'organisation des services de vaccination.

Faiblesses

- ✓ Absence de directives dans l'utilisation des registres/cahiers pour la collecte au niveau communautaire

III.2.2. Stratégies vaccinales

III.2.2.1. Vaccination de routine

➤ Stratégies de vaccination

- *stratégie fixe*

La stratégie fixe utilise le centre de santé comme site de vaccination et vise les populations résidant à moins de 5 kilomètres.

Cette stratégie est organisée dans les formations sanitaires publiques du pays et dans la plupart des formations sanitaires privées confessionnelles.

- *stratégie avancée*

La stratégie avancée consiste à créer des sites de vaccination en dehors du centre de santé pour la vaccination des populations qui sont à 5 kilomètres et plus. Il est prévu une sortie mensuelle par village selon les instructions du niveau national.

Selon la revue du PEV 2009, la proportion d'enfants complètement vaccinés est estimée à 85,5%.

Les couvertures administratives des ECD sont de : 97.94% en 2009, 98.18% en 2010 et 101.47% en 2011 d'où une amélioration sensible de cet indicateur au fil du temps.

Points Forts

- ✓ Régularité de la vaccination en stratégie fixe et avancée dans la plupart des centres de santé ;
- ✓ disponibilité des ressources (humaines, logistiques et financières) ;
- ✓ 97% des CSPS mènent la stratégie avancée.

Points faibles

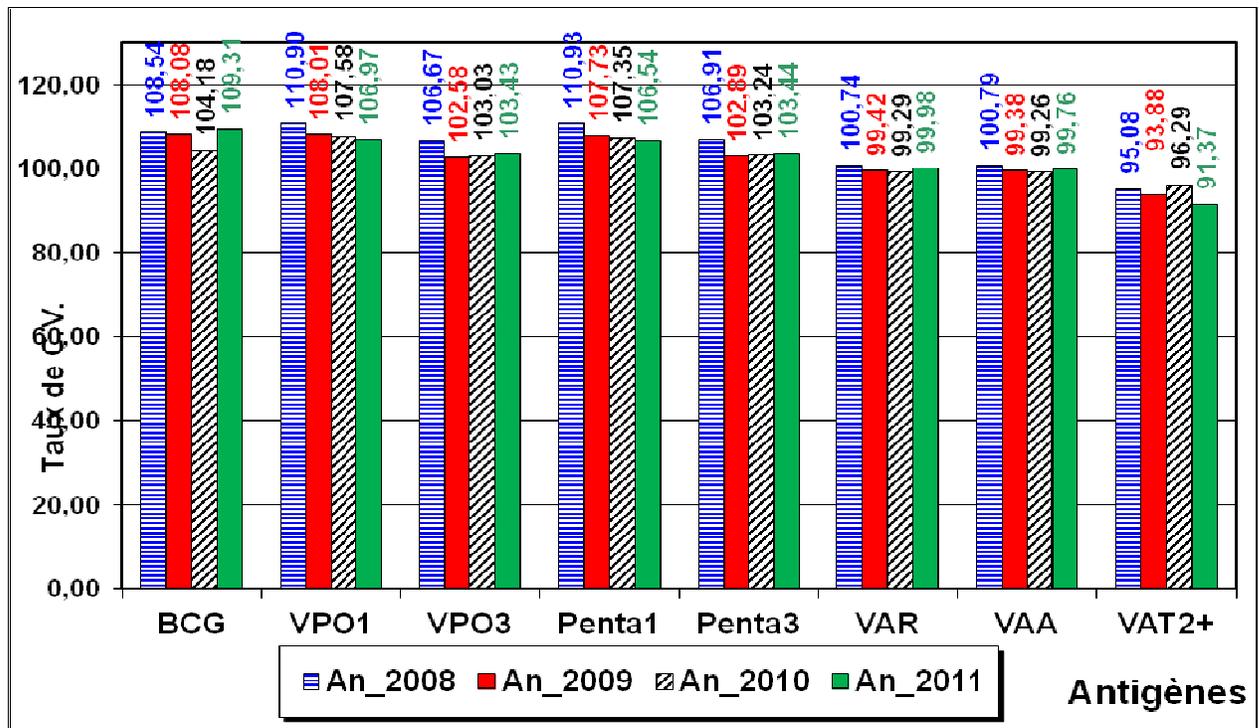
- ✓ Le non respect des programmes de sortie de vaccination en stratégie avancée dans certaines formations sanitaires ;
- ✓ existence des enfants non complètement vaccinés ;
- ✓ absence de dénombrement des cibles du PEV ;
- ✓ abandon des cahiers de suivi de la vaccination des enfants et des femmes ;
- ✓ insuffisance du nombre de site de vaccination ;
- ✓ insuffisance d'implication de la communauté.

Il faut signaler qu'un atelier de réflexion sur une nouvelle vision du PEV s'est tenu en Août 2010 à Ouahigouya. Les conclusions de l'atelier appellent à un changement du présent calendrier vaccinal.

➤ **Couvertures vaccinales**

Les couvertures vaccinales par antigène de 2008 à 2011 ont connu une stagnation voire une baisse depuis 2008. En 2011 il a été observé une amélioration du niveau de couverture pour la plupart des antigènes sauf le VAT2+.

Le graphique suivant présente l'évolution de la couverture vaccinale au Burkina de 2008 à 2011.



Source : DPV ; données PEV de routine

Figure 2 : Evolution des couvertures vaccinales de 2008-2011

Globalement les couvertures sont satisfaisantes de 2008 à 2011 avec l'atteinte d'au moins 80% pour tous les antigènes. A partir de 2009, il existe une légère baisse qui pourrait s'expliquer par les changements de dénominateurs en prenant pour base les données du recensement 2006.

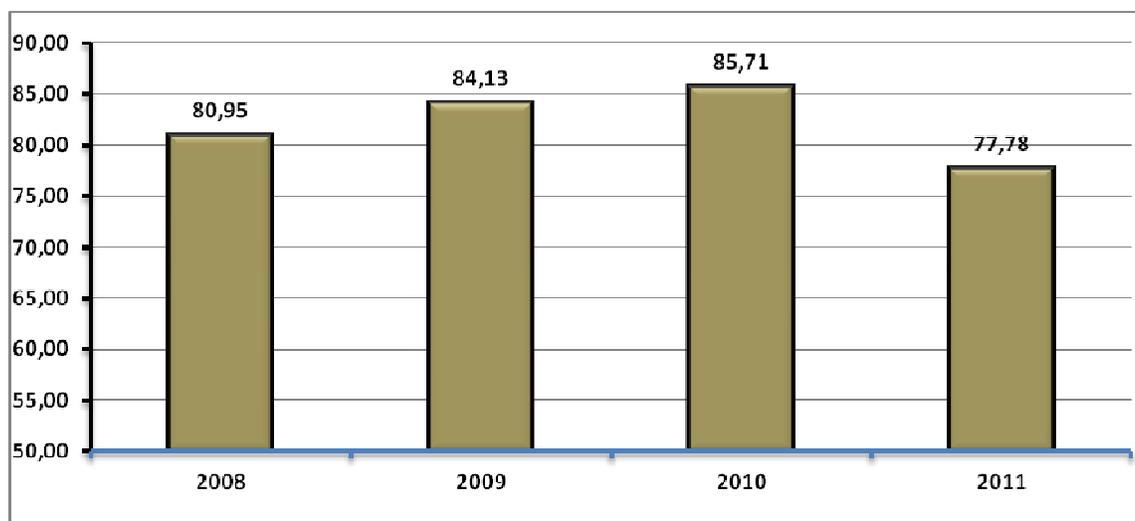


Figure 3 : Proportion des districts avec au moins 80% de CV dans tous les antigènes

Sur la période 2008-2011, On note une progression de la proportion des districts ayant au moins 80% de couverture dans tous les antigènes qui passe de 80.95% en 2008 à 85.71% en 2010. En 2011 une baisse importante est intervenue et liée essentiellement à la couverture en VAT2+ qui a connu une réelle chute passant de 96.29% en 2010 à 91.44% en 2011

Forces

- ✓ Maintien à un bon niveau des couvertures vaccinales pour tous les antigènes ;
- ✓ augmentation progressive du nombre de districts ayant atteint au moins 80% dans tous les antigènes.

Faiblesses

- ✓ Non atteinte des objectifs pour tous les antigènes selon le GIVS (au moins 90% pour tous les antigènes au niveau national et 80% pour tous les antigènes au niveau district);
- ✓ Insuffisance dans la qualité du rapportage des données (couverture >100% / taux d'abandon négatif)

Les abandons

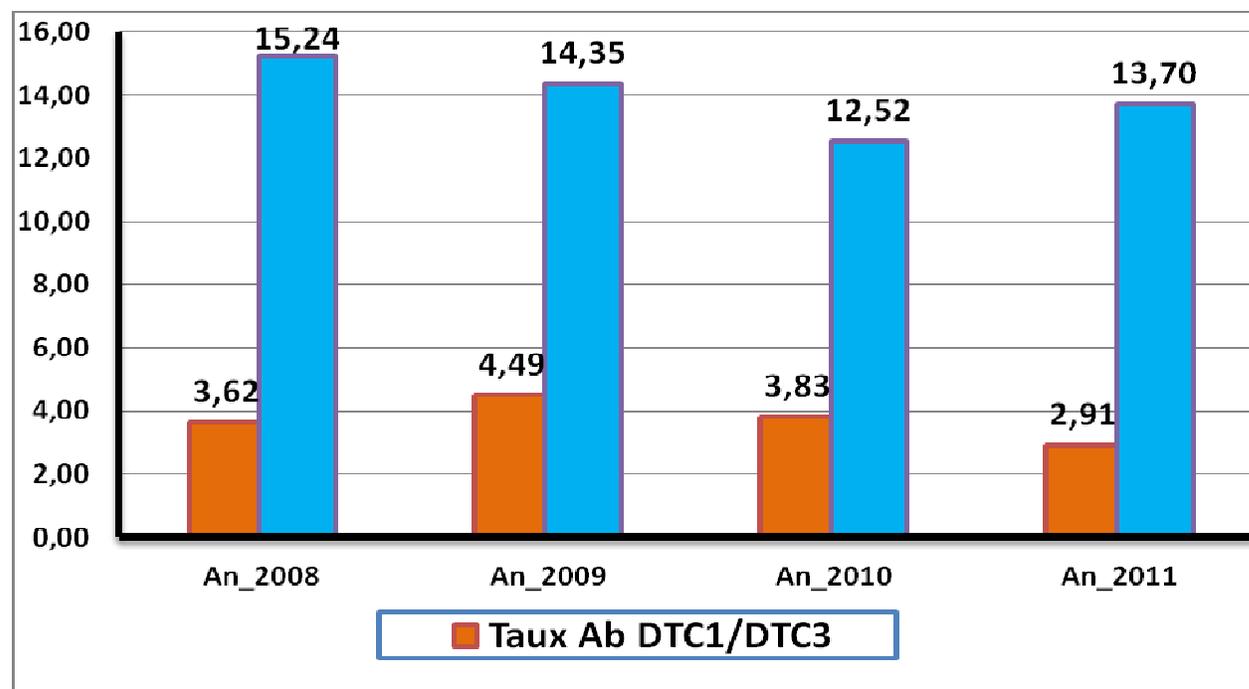


Figure 4 : Evolution des taux d'abandon de 2008 à 2011

Le taux d'abandon penta 1/penta 3 est en nette régression entre 2008 (3,62%) et 2011 (2,91%) traduisant ainsi une assez bonne adhésion voire utilisation de nos services de vaccination. -le taux d'abandon BCG/VAR a également connu une baisse même si en 2011 une reprise a été observée. Globalement il demeure dans les normes requises (<15%).

Force

- ✓ Réduction progressive du taux d'abandon PENTA1-PENTA3.

Faiblesse

- ✓ Taux d'abandon BCG-VAR élevé.

III.2.2.2. Vaccinations supplémentaires

➤ **AVS Polio**

Dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite, le Burkina a organisé des campagnes de vaccination de masse entre 2008 et 2011.

En effet : 7 JLV/JNV en 2009, 6 JLV/JNV en 2010 et 8 JLV/JNV en 2011 ont été organisées.

Le monitoring indépendant a montré une amélioration des indicateurs de qualité au fil des passages. Cependant, on note encore la persistance d'enfants non vaccinés.

Ces campagnes ont constitué des opportunités de rattrapage et ont permis d'avancer dans le processus d'interruption de la circulation du poliovirus sauvage (PVS). En effet, depuis 2009, aucun nouveau cas de poliovirus sauvage n'a encore été détecté au Burkina Faso.

➤ **AVS Tétanos**

Résumer les AVS tétanos et rappeler les conclusions de la validation

Dans le cadre de l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal (TMN),

trois passages de VAT ont été réalisés dans 7 districts sanitaires à risque. On note cependant que l'objectif de 80% en VAT3 n'a pu être atteint par la totalité des districts

L'année 2011 a vu le Pays réaliser la validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal.

➤ **AVS Rougeole**

Dans le cadre du processus de contrôle de la rougeole, le Burkina Faso a organisé une campagne de suivi en 2011 dans l'ensemble des districts.

➤ **AVS Fièvre jaune**

En 2011, le Burkina a enregistré 17 cas positifs de fièvre jaune. Une campagne de vaccination de masse a été planifiée dans huit districts.

Les enquêtes post campagnes avec les moniteurs indépendants ont montré un bon niveau d'atteinte des indicateurs de qualité traduisant ainsi la qualité dans l'organisation des campagnes de masse. Cependant ces enquêtes ont révélé l'existence des zones de faible couverture au cours de chacune de ces campagnes.

Forces

- ✓ Amélioration des indicateurs de qualité des campagnes ;

- ✓ atteinte des objectifs de couvertures lors des AVS polio, fièvre jaune et rougeole dans tous les districts.
- ✓ Elimination du TMN au Burkina

Faiblesse

- ✓ persistance des enfants non vaccinés.

Constats négatifs

- ✓ Irrégularité des réunions du CTA de 2009 à 2010 ;
- ✓ insuffisance de certaine catégorie du personnel à la DPV (Médecin, pharmacien, PEP) ;
- ✓ insuffisance de logistique roulante dans les CSPS (motocyclette vétuste pour la plupart) ;
- ✓ insuffisance de véhicule de supervision dans certains DS ;
- ✓ insuffisance du matériel informatique tous les niveaux (ordinateur portables, imprimantes, photocopieurs....) ;
- ✓ insuffisance de formation continue des agents des FS sur le PEV ;
- ✓ insuffisance dans la formation de base et la formation continue des agents sur le PEV ;
- ✓ insuffisance de supervision spécifique PEV au niveau régional et district ;
- ✓ insuffisance dans la rétro information du niveau central vers les autres niveaux ;
- ✓ non respect des programmes de sortie de vaccination en stratégie avancée dans certaines formations sanitaires ;
- ✓ existence des enfants non complètement vaccinés ;
- ✓ insuffisance du nombre de site de vaccination ;
- ✓ insuffisance d'implication de la communauté ;
- ✓ non atteinte des objectifs pour tous les antigènes selon le GIVS (au moins 90% pour tous les antigènes au niveau national et 80% pour tous les antigènes au niveau district) ;
- ✓ taux d'abandon BCG-VAR élevé ;
- ✓ persistance des enfants non vaccinés ;
- ✓ absence d'un système de rattrapage des enfants ratés de 12 à 23 mois pour certains antigènes tels que le VAR et le Penta ;
- ✓ absence d'un système de rappel des vaccins après la cohorte de 0 -11 mois ;
- ✓ absence de document de suivi de la vaccination des femmes (carte).

Problèmes identifiés

Gestion du programme

1. Compétence insuffisante des agents ;
2. insuffisance dans la coordination du programme ;
3. insuffisance d'infrastructures ;
4. non disponibilité des supports de collecte des données ;
5. insuffisance de la logistique roulante (Motocyclette, véhicule) ;
6. non atteinte des objectifs pour tous les antigènes selon le GIVS (au moins 90% pour tous les antigènes au niveau national et 80% pour tous les antigènes au niveau district).

Problèmes prioritaires

Gestion du programme

1. Insuffisance de capacité opérationnelle des structures sanitaires chargées de la gestion du PEV ;
2. insuffisance de compétences des agents ;
3. insuffisance dans la coordination du programme.

Prestation de service

1. Non atteinte des objectifs pour tous les antigènes selon le GIVS (au moins 90% pour tous les antigènes au niveau national et 80% pour tous les antigènes au niveau district).

III.3. Surveillance des maladies cibles du PEV

Au niveau national une stratégie de surveillance intégrée de la maladie et la riposte est développée depuis 1998 sous la direction de la DLM. Les activités de surveillance des maladies cibles du PEV s'inscrivent dans ce cadre global.

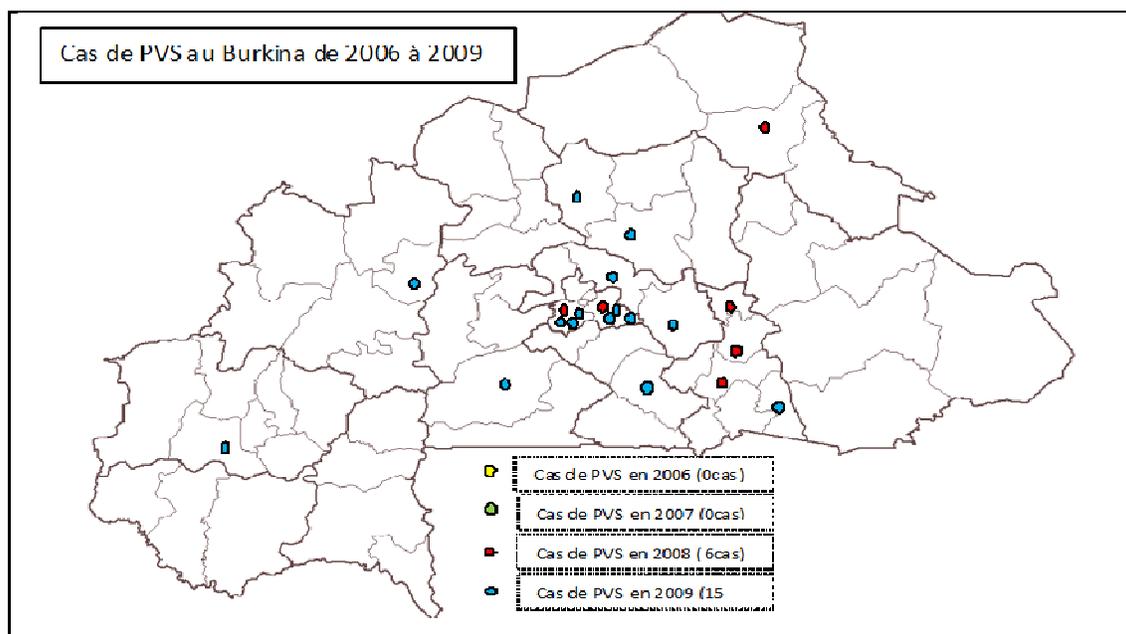
La DPV collabore avec la DLM et les laboratoires dans le domaine de la surveillance épidémiologique. Cependant, cette collaboration reste à renforcer.

III.3.1. Surveillance des Paralysies Flasques Aiguës

Le système de surveillance active des PFA a été mis en place au Burkina depuis 1997 dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite.

Au cours des trois dernières années (2008 : 6 cas, 2009 : 15 cas et 2010 : 0 cas), 21 cas de PVS ont été détectés et se répartissent comme suit :

Carte 1 : Distribution des cas de polio par district de 2006 à 2009



Depuis novembre 2009, aucun cas de PVS n'a été détecté au Burkina. Cependant des cas ont été enregistrés dans les pays limitrophes d'où l'existence d'un certain risque.

Les différents indicateurs de performance de la surveillance des PFA sont consignés dans le tableau d'analyse du bilan.

Tableau 8 : Indicateurs de performance de la surveillance des PFA

Deux indicateurs majeurs sont annuellement suivis :

- Le taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans.
- Le pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles ont été recueillis dans les 14 jours après le début de la paralysie.

Tableau n°. Performance de la surveillance des PFA

Indicateurs	Normes	ANNEES			
		2008	2009	2010	2011
Le taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans.	>=2	2.83	3.27	3.81	3.72
Le pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles ont été recueillis dans les 14 jours après le début de la paralysie.	>=80%	87.56	83.66	89.93	86.9
Proportion des districts avec au moins 2 cas pour 100 000 enfants de moins de quinze ans	100	63.49	84.13	77.77	87.3
Proportion des districts avec au moins des selles collectées dans les 14 jours après le début de la paralysie.	100	73.02	71.43	80.95	76.19

Au plan national on a atteint les objectifs pour les deux indicateurs majeurs entre 2008 et 2011. L'évolution durant cette période a été progressive jusqu'en 2011 année à laquelle on a observé une régression.

Au niveau des districts on note une insuffisance globale dans la surveillance des PFA. En effet la période l'objectif pour les deux autres indicateurs n'a pu être atteint.

III.3.2. Surveillance de la rougeole

Avec l'engagement du pays dans le processus de contrôle de la rougeole, la surveillance de la rougeole a été renforcée depuis 2000 par la mise en œuvre de la surveillance basée sur les cas sur l'ensemble du territoire. Malgré les bonnes couvertures en rougeole, le pays a enregistré une grosse épidémie de rougeole en 2009 avec plus de 54 000 cas.

Les principaux indicateurs de performance de la surveillance basée sur les cas de la rougeole se résument dans le tableau d'analyse du bilan.

Tableau: Indicateurs de performance de surveillance de la rougeole

Indicateurs	Cible visée	2008	2009	2010	2011
% de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang	80%	87	2.11	30.42	61.05
% de districts ayant notifié au moins 1 cas avec prélèvement	80%	56	93,65	93.65	88.88

III.3.3. Surveillance de la fièvre jaune

Le Burkina Faso fait partie des pays à haut risque pour la fièvre jaune en Afrique de l'ouest et a régulièrement enregistré des épidémies malgré l'amélioration des couvertures vaccinales.

Un accent a été mis sur la qualité de la surveillance basée sur les cas en témoigne le niveau de performance des indicateurs consignés dans le tableau bilan.

Tableau n°. : Indicateurs de performance de la surveillance de la fièvre jaune

Indicateurs	Norme	2008	2009	2010	2011
Proportion de districts ayant notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune	80%	92	93.65	98.41	93.65
Proportion de cas suspects de Fièvre jaune prélevés	80%	100	100	100	100

Les deux indicateurs de surveillance des ictères fébriles sont atteints mais on observe une recrudescence des cas de fièvre jaune.

III.3.4. Surveillance du tétanos Néonatal

Cette maladie connaît une sous notification des cas. En effet, sur 718 cas attendus sur la base de 1 cas sur 1000 naissances vivantes en 2011, seuls 5 cas ont été notifiés en 2011 dont 1 cas investigué soit 20%. La pré validation effectuée en 2011 dans 4 districts a choisi le district de Gorom Gorom pour la validation en 2012.

III.3.5. Surveillance des autres maladies

La coqueluche

Depuis 2009 un renforcement de la surveillance de cette maladie est effectif avec l'utilisation de nouveaux supports individuels.

On note cependant la survenue de cas de coqueluche dans des districts ayant de bonnes couvertures vaccinales en témoigne le tableau ci dessous.

Tableau 9 : Cas suspects de coqueluche par an (2008-2011)

Indicateurs	2008	2009	2010	2011
Nombre de cas suspects	171	68	13	6

Il ya une forte régression du nombre de cas au fil des ans. La documentation des cas notifiée demeure une difficulté majeure malgré l'existence de la fiche individuelle de cas.

La méningite à Hib

La surveillance de la méningite à Hib est assurée par le site sentinelle depuis 2003 au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO à Ouagadougou.

Tableau 10 : Surveillance des méningites bactériennes pédiatriques de 2006 - 2010

Indicateurs	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de prélèvement de LCR	576	793	428	363	209
Cultures effectuées (%)	99,48	99,24	99,07	100	100
Hib confirmés par culture (%)	1,40	0,51	0,94	0,55	0

La surveillance de cette maladie est assez performante au vue des normes atteintes (>99%)

La surveillance du Hib mérite d'être menée à l'échelle pays car les données consignées dans le tableau ci-dessus ne sont issues que d'un seul site.

III.3.6. Surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)

La surveillance des MAPI connaît toujours quelques difficultés de fonctionnement. La campagne de masse contre les méningites à méningocoque A, a donné un coup d'accélérateur. Cependant dans le PEV de routine des insuffisances subsistent. Un comité est mis en place et logé à la direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPML).

Forces

- ✓ Formation de tous les responsables PEV et CISSE des Régions sanitaires sur la surveillance ;
- ✓ disponibilité des finances ;
- ✓ tenues de rencontres de concertation sur la surveillance ;
- ✓ financement basé sur les résultats ;
- ✓ existence de laboratoires de référence fonctionnels (rougeole et fièvre jaune) ;
- ✓ existence d'une direction de laboratoire qui assure la coordination des activités de tous les laboratoires du Pays ;
- ✓ existence d'un système de monitoring des interventions ;
- ✓ existence d'outils de collecte et d'analyse des données de vaccinations ;
- ✓ contrôle de la qualité et de la performance des systèmes de surveillance et de suivi de la couverture.

Faiblesses

- ✓ insuffisance des indicateurs de performance des PFA, rougeole et tétanos au niveau districts et régions sanitaires ;
- ✓ insuffisance dans l'allocation des ressources financières pour la recherche active des MEV ;
- ✓ insuffisance dans la mise en œuvre de la recherche active des MEV ;
- ✓ insuffisance dans l'implication du monde communautaire à la surveillance des MEV ;
- ✓ insuffisance dans la concertation entre labo et surveillance ;
- ✓ insuffisance de matériel et réactifs dans les laboratoires ;
- ✓ insuffisance dans l'analyse régulière des indicateurs de performance au niveau du district ;
- ✓ insuffisance dans la rétro information régulière vers les régions et les districts ;
- ✓ insuffisance du niveau de surveillance des MAPI ;

Opportunité

- ✓ Disponibilité des partenaires techniques et financiers au niveau international.

Liste des problèmes prioritaires

- Faible performance des indicateurs de surveillance des PFA, rougeole et tétanos au niveau districts et régions sanitaires ;
- insuffisance et/ ou retard d'allocation des ressources financières pour la recherche active des MEV ;
- Faible niveau de surveillance des MAPI.

III.4. Infrastructures et logistiques du PEV

La situation de la gestion logistique du PEV au cours des trois dernières années peut être appréciée à travers Les aspects suivants :

- la gestion des vaccins et consommables ;
- la sécurité des injections ;
- la gestion de la chaîne du froid ;
- l'introduction des nouveaux vaccins.

III.4.1. Gestion des vaccins et consommables

Elle comprend l'approvisionnement, la distribution et le suivi de l'utilisation des intrants à tous les niveaux.

Au cours des trois dernières années (2008-2010), on n'a noté aucune difficulté majeure relative à la gestion des stocks, hormis un surstock important en seringues de dilution 2ml du au changement de forme du vaccin Pentavalent de la forme lyophilisée à la forme liquide. Les nouveaux arrivages concernent la livraison des commandes de vaccins et consommables qui ont toutes été livrées semestriellement, conformément à la planification établie.

Durant les années 2008 à 2010, le niveau central n'a pas enregistré de rupture de stock d'antigènes. Cependant, les stocks de consommables ont souvent connu des sur stockages pour les seringues dont les raisons sont :

- une arrivée décalée dans le temps de stocks commandés en même temps que les vaccins ;
- l'arrivée des intrants nécessaires à l'organisation des activités supplémentaires de vaccination programmées, notamment la campagne rougeole et TMN de 2008 à 2009.

➤ **L'approvisionnement et stockage en vaccins**

Un plan pluriannuel d'approvisionnement de cinq ans est développé chaque année, en collaboration avec l'UNICEF. Ce plan est révisé annuellement pour mieux adapter les besoins en intrants de vaccination.

L'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection se fait sur fonds propres (Budget de l'Etat) par le biais d'un contrat d'assistance - achats avec l'UNICEF pour tous les matériels et antigènes, sauf en ce qui concerne le vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib) et les consommables correspondants financés directement par GAVI.

Les vaccins sont stockés au niveau central dans 07 chambres froides de capacité suffisante, dont (02) vétustes mais encore fonctionnelles et 05 acquises et installées entre 2006 et 2010 qui répondent à toutes les exigences et normes de fonctionnalité en vigueur. Les 07 chambres froides sont réparties en six (05) chambres froides positives pour un volume total d'environ 270 m³ et (01) négative pour un volume total de 20 m³. Il existe 3 congélateurs pour la congélation des accumulateurs. D'un point de vue quantitatif, cette capacité est suffisante pour le stockage de l'ensemble des vaccins.

Cependant, des problèmes électriques de réseau ont souvent été à l'origine de pannes récurrentes qui réduisent de ce fait la capacité de stockage pendant des délais variables.

A ce jour, les vaccins du PEV ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique préalable auprès de la commission technique chargée de l'enregistrement des médicaments et autres produits pharmaceutiques (CTEM) avant leur mise à la consommation comme cela est préconisé.

L'autorité nationale de réglementation (ANR) des vaccins n'est pas pleinement fonctionnelle et la cellule de surveillance des manifestations adverses post injection (MAPI) a été mise place à l'occasion de la campagne contre la méningite A courant 2010.

➤ **La distribution des vaccins**

Le circuit et le rythme de distribution interne des vaccins sont les suivants :

- un approvisionnement tri ou bimestriel des dépôts régionaux à partir du niveau central en fonction de leur capacité de stockage ;
- un approvisionnement bimestriel pour les dépôts de districts, à partir des dépôts des DRS.
- un approvisionnement mensuel pour les CSPS à partir des dépôts de districts.

Pour le suivi des normes de conservation/stockage des vaccins, on note une insuffisance quantitative en instruments de monitoring du froid (indicateurs de réfrigération, indicateurs de congélation) ; ces instruments sont nécessaires pour s'assurer de la bonne conservation des vaccins dans les équipements frigorifiques.

La non fonctionnalité des véhicules frigorifiques récemment acquis ne permet pas d'organiser de manière optimale la distribution des vaccins, en particulier lors des campagnes.

➤ **Le suivi de la gestion des vaccins**

Il se fait à travers des supervisions et contrôles des agents chargés de la gestion du PEV au niveau intermédiaire et périphérique. Cette activité est basée également sur l'analyse des supports manuels et informatisés utilisés à cet effet.

A l'occasion des supervisions menées, on a pu relever des insuffisances relatives à la gestion des vaccins en général et à l'utilisation des outils de gestion du PEV sur le terrain en particulier.

La compilation des données de gestion des stocks et de vaccination au niveau central a permis de constater une amélioration significative des taux de pertes en vaccins au fil des années.

Forces

- Existence d'une ligne budgétaire sécurisée pour le financement des vaccins et matériel d'injection ;
- absence de ruptures de stocks de vaccins depuis juillet 2004 au niveau central ;
- mise en place d'une gestion informatisée des stocks au niveau central, régional et dans tous les districts ;
- existence des outils uniformisés de gestion des vaccins et consommables sur le terrain ;
- amélioration substantielle des taux de pertes en vaccins au fil des années ;
- formation des responsables PEV de toutes les DRS et de tous les Districts sur l'outil de gestion informatisé des stocks du PEV (OGIS/PEV).

Faiblesses

- Insuffisance dans l'utilisation des outils de gestion des vaccins et consommables ;
- insuffisance quantitative en instruments de monitoring du froid ;
- insuffisance de capacité propre (intrinsèque) pour le stockage des consommables du PEV;
- insuffisance dans l'exécution de la supervision des agents.

III.4.2. Sécurités des injections

Il s'agit d'un des éléments essentiels à la qualité des services de vaccination. Les exigences suivantes sont requises pour assurer la sécurité des injections :

- la disponibilité du matériel d'injection ;
- l'utilisation correcte de matériel d'injection stérile et à usage unique ;
- l'observation de pratiques d'injection sans risques ;
- la destruction des déchets.

➤ La disponibilité du matériel d'injection

Le matériel d'injection se compose de seringues autobloquantes (SAB), seringues de reconstitution des vaccins lyophilisés, et boîtes de sécurité.

2006, le Budget de l'Etat assure les achats de matériel d'injection nécessaire au programme, avec l'assistance de l'UNICEF pour le placement des commandes et l'acheminement jusqu'au Burkina.

Notre pays bénéficie d'un soutien de GAVI relatif aux vaccins nouveaux et sous utilisés et leurs consommables (Pentavalent). A partir de 2011, le pays participe à l'achat de cette catégorie de vaccins par le biais du cofinancement avec GAVI.

➤ L'utilisation de matériel d'injection

La distribution et l'utilisation du matériel d'injection respectent la politique de distribution groupée de fournitures (bundling policy) à tous les niveaux. Dans la pratique il s'agit de garantir la concordance suivante :

- **1 seringue autobloquante pour 1 dose de vaccin**
- **1 seringue de reconstitution pour 1 flacon de vaccin**
- **1 boîte de sécurité pour 100 seringues usagées**

Avec l'acquisition de 02 camions de grande capacité, des réflexions sont menées pour trouver une solution pérenne à l'approvisionnement des régions sanitaires.

➤ La destruction des déchets

La mise en œuvre de la politique de gestion des déchets est confiée à la Direction chargée de l'Hygiène Publique au Ministère de la santé.

Cependant, on constate que la majorité des incinérateurs ne sont pas fonctionnels. Ceux qui fonctionnent sont mal utilisés, du fait de l'insuffisance ou de l'absence de formation d'opérateurs. Le système de collecte et de destruction des déchets aux niveaux intermédiaire et périphérique s'est cependant amélioré en 2010 à l'occasion de la campagne méningite A avec l'installation d'incinérateurs performants dans toutes les régions sanitaires.

Forces

- Disponibilité de matériels d'injection à tous les niveaux ;
- existence d'une politique nationale sur la sécurité des injections ;
- existence d'une politique nationale de gestion des déchets issus des soins de santé ;
- respect du « Bund Ling Policy » dans le ravitaillement du matériel d'injection;
- Installation d'incinérateurs performants dans toutes les régions sanitaires.

Faiblesses

- Insuffisance dans la collecte et de destruction des déchets par les régions et districts;
- insuffisance d'opérateurs formés à la destruction des déchets.

III.4.3. Gestion de la Chaîne de froid

➤ Équipements Chaîne du Froid

A l'issue de l'inventaire de la chaîne du froid effectué en 2004 par la DPV, il a été élaboré un plan de réhabilitation et de renouvellement des équipements sur cinq 5 ans (2005-2009). Ce plan a été mis en œuvre au niveau central et décentralisé à travers le PADS, l'UNICEF et en ce qui concerne le niveau central sur fonds GAVI.

En mai 2009, dans le cadre de la préparation de la campagne rougeole, un inventaire documentaire a été effectué qui a permis de constater que tous les districts et régions sont équipés en appareils frigorifiques fonctionnels.

Toutes les régions sanitaires ont été équipées récemment de chambres froides positives de 15 à 20 m³, grâce au Fonds du Don Hors Projet Japon, ce qui a permis de couvrir les besoins en capacité de stockage des vaccins du niveau intermédiaire. Cependant, certaines chambres froides sont actuellement non fonctionnelles pour des raisons diverses.

➤ Maintenance de la Chaîne du Froid

Elle comprend le suivi /contrôle du fonctionnement des appareils à travers les interventions curatives et préventives.

Au niveau central, les activités de maintenance préventive et curative sont prises en charge dans le cadre de contrats signés avec un opérateur privé.

Il subsiste des insuffisances liées cependant à la réactivité dudit opérateur et à la non disponibilité de pièces de rechanges adéquates pour les chambres froides. Cette situation est responsable d'un retard dans la mise en œuvre des réparations.

Aux niveaux intermédiaire et périphérique, la DGIEM dispose d'agents qui assurent la maintenance du matériel. Certaines régions font également appel à des opérateurs privés en cas de nécessité

Forces

- Renforcement des équipements chaîne de froid des régions et districts entre 2006 et 2010 ;
- existence d'une convention de maintenance des équipements CDF au niveau central avec une société privée ;
- existence de chambres froides positives de 15 m³ à 20 m³ dans toutes les régions sanitaires ;
- disponibilité d'agents de santé formés à la maintenance préventive sur le terrain ;
- acquisition d'instruments de contrôle de la chaîne de froid de dernière génération.

Faiblesses

- Insuffisance de fonctionnement des chambres froides dans les régions ;
- Non disponibilité d'un inventaire actualisé des équipements de la CDF

➤ **Introduction des nouveaux vaccins**

Le Burkina a introduit le vaccin pentavalent en 2006. Avec la vaccination de masse en 2010 avec le vaccin MenAfrivac, on a observé une émergence de cas de méningite à pneumocoques. Cette situation interpelle à agir à travers l'introduction de nouveaux vaccins en rapport avec le faciès épidémiologique actuel. Il est prévu l'introduction du pneumo en 2013, le rotavirus en 2014 et le MenAfrivac en 2015 dans le PEV de routine.

D'autres maladies infectieuses, potentiellement évitables par la vaccination demeurent des préoccupations majeures pour le pays comme les infections à pneumocoque, le rotavirus, la méningite A et ainsi que le paludisme en perspective. L'introduction du pentavalent a connu plusieurs étapes consistant à :

- effectuer un inventaire des équipements de la chaîne de froid qui a permis d'élaborer un plan de réhabilitation de la chaîne de froid ;
- effectuer les acquisitions nécessaires (équipements CDF, vaccins, consommables) ;
- élaborer et mettre en œuvre un plan de communication ;
- former le personnel (responsables PEV de district et de régions, ICP) ;
- vacciner les populations cibles dans toutes les régions et districts ;
- superviser l'ensemble des acteurs de terrain.

L'analyse de la situation a permis d'identifier les forces et les faiblesses suivantes :

Forces

- Elargissement du spectre de protection contre les maladies cibles du PEV (passant de 7 à 9 maladies) ;
- existence d'un soutien continu des partenaires permettant de garantir la disponibilité du vaccin et des consommables ;
- existence d'une ligne du budget national permettant de prendre en charge le cofinancement nouveau vaccin avec GAVI ;
- adhésion des populations à l'administration du nouveau vaccin ;
- normalisation des équipements chaîne de froid ;
- renforcement des compétences des agents de santé en vaccination.

Faiblesses

- Insuffisance des capacités de stockage des vaccins et consommables dans certaines régions et districts ;
- absence d'une évaluation d'impact de l'introduction du nouveau vaccin pentavalent;

Problèmes prioritaires

1. Insuffisance dans la gestion des vaccins et consommables du PEV ;
2. insuffisance dans la gestion de la chaîne de froid ;
3. insuffisance dans la gestion des déchets issus de la vaccination.

III.5. Communication

La communication vient en appui aux différents volets du PEV. Elle vise à renforcer les connaissances, les motivations, les prises de conscience pour une meilleure adhésion au programme. Elle contribue par ailleurs à lever les obstacles qui empêchent l'adoption de comportements favorables au programme. La communication doit être le lien entre le programme et les autres secteurs potentiellement à même de contribuer à la levée de ces obstacles. Elle est incontournable pour susciter la demande.

L'analyse de la situation de la communication en faveur du PEV se présente comme suit.

III.5.1. Offre des services en matière de communication

Selon la revue du PEV 2009, les acteurs de la communication existent à tous les niveaux (service communication DPV, service éducation pour la santé et assainissement des régions et districts, CSPS,OBC). A tous ces niveaux, la communication constitue une priorité pour le développement du programme.

Au niveau central, les activités de communication sont planifiées aussi bien pour les campagnes que la routine. Par ailleurs les ressources humaines au service communication de la DPV restent insuffisantes.

Ainsi, en ce qui concerne les campagnes, un plaidoyer de haut niveau a toujours été fait à l'endroit de la Première Dame, des autorités coutumières et religieuses. Par ailleurs des activités médiatiques impliquant les médias nationaux sont menées en appui à la communication de proximité mise en œuvre sur le terrain.

Pour ce qui est de la vaccination de routine les activités suivantes ont été menées :

- conception d'une boîte à images, mais la reproduction n'a pas encore été possible du fait de la lenteur des procédures administratives ;
- formation des chargés de communication des régions sanitaires en planification des activités de communication ;
- reproduction d'affiches ;
- activités médiatiques (jeux radiophoniques, spots) ;
- réalisation d'un film de sensibilisation sur la vaccination ;
- supervision intégrée aux autres aspects du PEV.

Il est à noter cependant que la collaboration avec les différentes structures internes et externes au système de santé dans la planification des activités de communication mérite d'être renforcée pour l'obtention de meilleurs résultats.

Au niveau intermédiaire, les activités sont menées essentiellement lors des campagnes de vaccination. Il s'agit principalement du plaidoyer et des émissions radiophoniques. Les activités en faveur de la vaccination de routine planifiées ne sont généralement pas financées, d'où la nécessité de disposer d'un plan intégré de communication AVS-Routine. Ce plan permettrait d'assurer la continuité des activités de communication pour le PEV sur le terrain et de renforcer la routine.

Au niveau périphérique, les principales activités mises en œuvre dans le cadre des campagnes sont le plaidoyer auprès des autorités, la réalisation d'émissions radiophoniques, l'information de porte à porte par les relais communautaires.

Les enquêtes post campagnes montrent que plus de 90 % des parents sont informés avant le démarrage de la vaccination.

En matière de vaccination de routine, les activités sont essentiellement les causeries éducatives lors des séances de vaccination, l'information des familles par les ASC avant les séances de vaccination en stratégie avancée.

La recherche active des perdus de vue, menée par la plupart des formations sanitaires permet d'atteindre des enfants qui ont abandonné la série vaccinale.

En matière de surveillance des maladies, la surveillance à base communautaire (SEBAC) est une forme d'implication de la communauté dans la référence des cas de maladies cibles du PEV. A travers cette approche, les relais communautaires recensent des cas dans les familles, ce qui contribue à l'amélioration des performances.

Le fait que très peu d'agents ne sont pas formés sur le terrain dans le domaine de l'IEC/PEV peut constituer un handicap à une communication efficace avec les populations et les autres acteurs non santé.

La plupart des parents interviewés lors de la revue reçoivent l'information sur la vaccination hors de la formation sanitaire ce qui suscite qu'un accent particulier soit mis sur les stratégies de proximité à travers les acteurs locaux que sont les relais communautaires et les leaders coutumiers et religieux. Au regard de la place de ces canaux traditionnels de communication dans la promotion des activités de vaccination de routine, il est important que leur capacité soit renforcée.

A tous les niveaux, il est nécessaire de renforcer l'équipement en matériel de projection et d'animation, et surtout en supports IEC.

III.5.2. Connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination

Les connaissances des populations en matière de vaccination, selon la revue approfondie du PEV 2009, sont d'ordre général aussi bien concernant les avantages de la vaccination que le calendrier vaccinal.

Par ailleurs, l'appréciation des connaissances des acteurs externes au système de santé (enseignants, hommes de médias, ASC, leaders d'opinion), fait ressortir des insuffisances qui varient d'un acteur à l'autre.

Au niveau des ménages, la décision de vacciner est toujours l'apanage du chef de famille qui cependant rejette la responsabilité de la non vaccination des enfants sur les femmes. Un travail de sensibilisation prenant en compte l'homme doit être fait si l'on veut améliorer de façon significative les performances du PEV. Cela nécessite des actions de communication de proximité avec des acteurs (relais communautaires, ASC, OBCE, personnes ressources) formés à cet effet.

Le niveau de satisfaction des parents du comportement des agents de santé lors des séances de vaccination est assez bon mais des efforts restent à faire en termes d'accueil pour avoir davantage la confiance des populations.

Ces différents obstacles ont pour conséquence la non vaccination de nombreuses cibles. L'accumulation des susceptibles ainsi créée favorise l'éclosion de certaines épidémies, en dépit des couvertures vaccinales globalement satisfaisantes.

En matière de surveillance même si d'une manière générale les indicateurs sont satisfaisants, certains cas de maladies ne sont pas signalés par la communauté. Ainsi, chaque année certains DS restent silencieux par rapport à la notification des cas de PFA et de TNN.

Tout cela témoigne de l'insuffisance de la participation des communautés à la surveillance.

Forces

- Existence d'une structure chargée de la communication à chaque niveau du système de santé ;
- reconnaissance par les autorités administratives et sanitaires à divers niveaux de l'importance et de la place de la communication pour le développement du PEV ;
- existence et disponibilité des acteurs externes au système de santé pour appuyer la communication en faveur du PEV ;
- mise en œuvre d'activités de communication en faveur du PEV à divers niveaux du système de santé ;
- mise en œuvre de la surveillance à base communautaire ;
- bon niveau d'information des populations lors des campagnes.

Faiblesses

- Implication insuffisante des acteurs externes au système de santé (autres secteurs du développement, associations/ONG, les communautés...) dans le développement du programme ;
- insuffisance de capacité de la communication actuellement menée à lever certains obstacles à l'adoption de comportements promus ;
- utilisation insuffisante d'une approche intégrative, multisectorielle visant à lever les obstacles à l'adoption des comportements promus ;
- insuffisance d'information des populations sur le programme de vaccination (maladies évitables par la vaccination, nombre de contacts pour qu'un ensemble soit complètement vacciné) ;

- insuffisance des supports IEC /PEV sur le terrain ;
- insuffisance de financement de la communication en faveur du PEV de routine ;
- insuffisance en ressources humaines en quantité.

Opportunités

- Existence de radios communautaires dans la quasi-totalité des districts sanitaires pouvant contribuer à la diffusion de messages pour le développement du PEV ;
- existence de nombreuses associations à base communautaire ;
- existence d'une stratégie de contractualisation avec les ONG et associations au ministère de la santé ;
- existence de relais communautaires engagés dans la promotion de la santé ;
- mise en place de la communalisation intégrale avec transfert des compétences.

Problème

- Insuffisance de l'efficacité de la communication en faveur du PEV

III.6. Ressources financières de l'année 2011

L'analyse de la structure des coûts en 2011 montre d'une part que les vaccinations supplémentaires ont occupé une place prépondérante dans les activités, ceci s'explique par les multiples campagnes de vaccination contre la poliomyélite et le tétanos maternel et néonatal et la méningite soit environ 61% des coûts du programme. D'autre part les coûts des vaccins, et les autres coûts récurrents (maintenance et frais généraux, formation à court terme, mobilisation sociale et IEC, le contrôle et surveillance des maladies et la gestion du programme) constituent l'essentiel des coûts de la vaccination de routine.

Pour ce qui concerne le financement des activités de la vaccination en 2011 on note que les activités supplémentaires sont essentiellement financées par les partenaires. La contribution de l'Etat pour la vaccination de routine est plus importante, mais reste en deçà de l'apport nécessaire pour une autonomie financière du PEV, ceci dénote une forte dépendance du PEV aux financements extérieurs.

L'analyse économique et financière du système de santé et plus particulièrement du PEV et les procédures budgétaires nous permet de dégager les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces ci dessus énumérées.

Forces

- L'Allocation annuelle directe des crédits aux directions régionales et aux districts sanitaires ;
- la dotation annuelle de crédit à la DPV par la DAF pour son fonctionnement ;
- l'inscription au niveau du budget de l'État de deux lignes de crédits pour l'achat des vaccins et du matériel d'injection pour le PEV ;
- l'amélioration des procédures d'acquisition des vaccins et consommables par l'intermédiaire de l'UNICEF ;
- l'accroissement progressif du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat ;

- l'accroissement progressif du budget du PEV par rapport au budget de la santé ;
- l'existence d'une politique nationale de financement de la santé ;
- l'existence d'un cadre de dépense à moyen termes (CDMT) sectoriel comme outils de planification budgétaire et de mobilisation de ressources additionnelles au profit du secteur de la santé ;
- le développement de l'outil de budgétisation marginale pour lever les goulots d'étranglement (MBB).

Faiblesses

- Le déblocage tardif des ressources par certains partenaires lié entre autres aux lourdeurs administratives ;
- l'insuffisance de coordination des interventions des partenaires au niveau des districts sanitaires ;
- le retard dans la justification des dépenses effectuées auprès des partenaires financiers ;
- l'existence de multiples procédures de gestion des différents partenaires ;
- la complexité des procédures de gestion ;
- l'insuffisance des ressources financières du PEV ;
- la mauvaise répartition des ressources allouées au PEV ;
- le non respect des promesses de financement de certains partenaires ;
- la non harmonisation des manuels de procédure de gestion des différents partenaires ;
- la lourdeur des procédures d'acquisition des biens ;
- la faible contribution de la communauté, de la collectivité et du privé dans le financement de la vaccination ;
- l'insuffisance dans la justification des ressources financières.

Opportunités

- L'appui de GAVI pour l'achat des nouveaux vaccins et consommables, ainsi que l'équipement CDF et logistique, entretien et location d'infrastructure et support de communication ;
- le soutien constant des partenaires techniques et financiers ;
- l'engagement des plus hautes autorités à accompagner la vaccination ;
- l'existence de structures décentralisées (Commune, collectivité, COGES) qui contribuent dans le financement du PEV ;

Menaces

- La crise économique et financière mondiale qui limite la mobilisation des ressources financières des partenaires techniques et financiers ;
- la persistance de la crise ivoirienne qui joue sur l'économie nationale ;
- le retrait progressif des partenaires techniques et financiers du PEV.

Problèmes prioritaires

- Insuffisance de mobilisation des ressources financières pour les activités de vaccination ;
- insuffisances dans la gestion des ressources financières.

IV. PROBLEMES PRIORITAIRES

Onze problèmes prioritaires ont été identifiés suivant les différentes composantes du PEV. Ce sont :

1. insuffisance de capacité opérationnelle des structures sanitaires chargées de la gestion du PEV ;
2. insuffisance dans la coordination du programme ;
3. non atteinte des objectifs pour tous les antigènes selon le GIVS (au moins 90% pour tous les antigènes au niveau national et 80% pour tous les antigènes au niveau district) ;
4. faiblesse dans la performance de la surveillance des maladies cibles du PEV dans les niveaux districts et régions sanitaires ;
5. insuffisance dans la gestion des vaccins et consommables du PEV ;
6. insuffisance dans la gestion de la chaîne de froid ;
7. insuffisance dans la gestion des déchets issus de la vaccination ;
8. insuffisance de l'efficacité de la communication en faveur du PEV ;
9. insuffisance de mobilisation des ressources financières pour les activités de vaccination ;
10. insuffisances dans la gestion des ressources financières.

V. OBJECTIFS ET JALONS

Tableau 11 : Objectifs et jalons par an

Gestion du programme

Objectifs Spécifiques	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
Renforcer les infrastructures, les équipements et la logistique roulante	100% du matériel CDF et du matériel roulant est inventorié	25% du matériel CDF défectueux est remplacé	50% du matériel CDF défectueux est remplacé	75% du matériel CDF défectueux est remplacé	100% du matériel CDF défectueux est remplacé
	Un plan de renouvellement du matériel CDF et de la logistique roulante est élaboré	25% des FS ont été renforcées en matériel CDF	50% des FS ont été renforcées en matériel CDF	75% des FS ont été renforcées en matériel CDF	100% des FS ont été renforcées en matériel CDF
				Un bâtiment abritant des services de la DPV est construit	
			Un magasin pour le stockage des consommables est construit pour la DPV		
		25% des FS disposent d'au moins de 2 moto	40% des FS disposent d'au moins de 2 moto	60% des FS disposent d'au moins de 2 moto	80% des FS disposent d'au moins de 2 moto
		Un véhicule 4X4 est acquis pour la DPV		Un véhicule 4X4 est acquis pour la DPV	Un véhicule 4X4 est acquis pour la DPV

Objectifs Spécifiques	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
	100% du matériel roulant et CDF est maintenu	100% du matériel roulant et CDF est maintenu	100% du matériel roulant et CDF est maintenu	100% du matériel roulant et CDF est maintenu	100% du matériel roulant et CDF est maintenu
		25% des FS disposent d'au moins de 2 réfrigérateurs	40% des FS disposent d'au moins de 2 réfrigérateurs	60% des FS disposent d'au moins de 2 réfrigérateurs	80% des FS disposent d'au moins de 2 réfrigérateurs
	100% des DRS disposent d'au moins 1incinérateur fonctionnel	25% des DS disposent d'au moins 1 incinérateur fonctionnel	50% des DS disposent d'au moins 1incinérateur fonctionnel	60% des DS disposent d'au moins 1incinérateur fonctionnel	80% des DS disposent d'au moins 1incinérateur fonctionnel
Renforcer la DPV en ressources humaines	01 médecin affecté	01 Médecin affecté 01 pharmacien affecté 01 communicateur	01 Préparateur d'État en Pharmacie (PEP) affecté		
Renforcer les compétences du personnel de santé en matière de gestion du PEV	Des modules de formation sur la gestion du PEV sont sélectionnés et adaptés	Un cours national sur la gestion du PEV est organisé	Un cours national sur la gestion du PEV est organisé	Un cours national sur la gestion du PEV est organisé	Un cours national sur la gestion du PEV est organisé
		30% des agents chargés de la vaccination sont formés	50% des agents chargés de la vaccination sont formés	80% des agents chargés de la vaccination sont formés	100% des agents chargés de la vaccination sont formés
	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les niveaux	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les	100% des supervisions intégrées sont réalisées à tous les

Objectifs Spécifiques	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
		niveaux	niveaux	niveaux	niveaux
Renforcer la du coordination programme	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA, CTRS et CSD)	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA, CTRS et CSD)	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA, CTRS et CSD)	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA, CTRS et CSD)	100% des réunions de coordination sont tenues (CCIA, CTA/PEV, CSCA, CTRS et CSD)
	100% des réunions décentralisées sont tenues	100% des réunions décentralisées sont tenues	100% des réunions décentralisées sont tenues	100% des réunions décentralisées sont tenues	100% des réunions décentralisées sont tenues
1. Augmenter les couvertures vaccinales pour tous les antigènes d'ici 2015:	BCG : 100% VPO3 : 99% Penta3 : 99% VAR : 99% VAA : 99% VAT2+ : 95%	BCG : 100% VPO3 : 100% Penta3 : 100% VAR : 100% VAA : 100% VAT2+ : 95%	BCG : 100% VPO3 : 100% Penta3 : 100% VAR1 : 100% VAR2: 70% VAA : 100% VAT2+ : 95% Pneumo3: 75%	BCG : 100% VPO3 : 100% Penta3 : 100% VAR1 : 100% VAR2: 75% VAA : 100% VAT2+ : 95% Pneumo3 : 90% Rota3: 75%	BCG : 100% VPO3 : 100% Penta3 : 100% VAR1 : 100% VAR2: 80% VAA : 100% VAT2+ : 96% Pneumo3 : 100% Rota3: 90%
1.1. Au niveau national à 100% pour tous les antigènes	97%	98%	99%	100%	100%
1.2. 100% des districts ont atteint au moins 80% pour tous les antigènes	90%	95%	99%	100%	100%

Objectifs Spécifiques	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
2. Réduire les taux d'abandon :					
◆ BCG-VAR1	15%	15%	15%	14%	13%
◆ VAR1/VAR2			30%	25%	20%
◆ DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3	2%	1%	5%	4%	3%
3. Réduire la proportion des susceptibles	80 % en VAT3 pour les FAR	80%	80%	80%	80%
	95% en VAR pour les enfants de 9 -59 mois	95%	95%	95%	95%
	100% en VPO pour les enfants de 0-59 mois	100%	100%	100%	100%

Surveillance

Objectifs Spécifiques	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
Assurer une surveillance performante des maladies cibles du PEV					
PFA	Le taux de PFA non polio par région supérieur à 2 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	Le taux de PFA non polio par région supérieur à 2 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	Le taux de PFA non polio par région supérieur à 2 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	Le taux de PFA non polio par région supérieur à 2 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	Le taux de PFA non polio par région supérieur à 2 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans
	Le pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie est de 92% au niveau national	Le pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie est de 94% au niveau national	Le pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie est de 96% au niveau national	Le pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie est de 98% au niveau national	Le pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie est de 100% au niveau national
	Le taux de PFA non polio à l'échelle nationale passe de 3,8 à 4 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	Le taux de PFA non polio à l'échelle nationale passe de 4 à 4,2 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	Le taux de PFA non polio à l'échelle nationale passe de 4,2 à 4,3 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	Le taux de PFA non polio à l'échelle nationale passe de 4,3 à 4,4 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans	Le taux de PFA non polio à l'échelle nationale passe de 4 à 4,5 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans
	La proportion de selles prélevées dans les 14 jours est de 87%	La proportion de selles prélevées dans les 14 jours est de 90%	La proportion de selles prélevées dans les 14 jours est de 92%	La proportion de selles prélevées dans les 14 jours est de 92%	La proportion de selles prélevées dans les 14 jours est de 95%
	Le pourcentage des cas de PFA avec 2	Le pourcentage des cas de PFA avec 2	Le pourcentage des cas de PFA avec 2	Le pourcentage des cas de PFA avec 2	Le pourcentage des cas de PFA avec 2

Objectifs Spécifiques	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
	échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie par région est d'au moins 80%	échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie par région est d'au moins 85%	échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie par région est d'au moins 90%	échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie par région est d'au moins 95%	échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie par région est de 100%
ROUGEOLE	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de rougeole
	Au moins 80% de cas suspects de rougeole sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de rougeole sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de rougeole sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de rougeole sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de rougeole sont investigués et prélevés dans chaque district
	100% des districts ont un taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses > 2 cas pour 100 000 habitants	100% des districts ont un taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses > 2 cas pour 100 000 habitants	100% des districts ont un taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses > 2 cas pour 100 000 habitants	100% des districts ont un taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses > 2 cas pour 100 000 habitants	100% des districts ont un taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses > 2 cas pour 100 000 habitants
FIEVRE JAUNE	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune	Au moins 80% des districts ont notifié et prélevé au moins un cas suspect de fièvre jaune

Objectifs Spécifiques	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district	Au moins 80% de cas suspects de fièvre jaune sont investigués et prélevés dans chaque district
TMN	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués	Au moins 80% de cas suspects de TMN sont investigués
Renforcer la surveillance des MAPI	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués	100% des cas de MAPI majeures sont notifiées et investigués

Logistique

Objectifs	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
Améliorer la gestion des vaccins et consommables d'ici 2015	100% des dépôts DRS n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables	100% des dépôts DRS n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables	100% des dépôts DRS n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables	100% des dépôts DRS n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables	100% des dépôts DRS n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables
	100% des dépôts de				

	<p>districts n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables</p> <p>Au moins 80% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 32% pour le BCG • 5% pour le penta • 9% pour le VPO • 18% pour le VAR • 18% pour le VAA • 25% pour le VAT <p>100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>	<p>districts n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables</p> <p>Au moins 85% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à :</p> <p>35% pour le BCG 5% pour le penta 9% pour le VPO 18% pour le VAR 18% pour le VAA 25% pour le VAT</p> <p>100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>	<p>districts n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables</p> <p>Au moins 90% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à :</p> <p>35% pour le BCG 15% pour le penta 9% pour le VPO 20% pour le VAR 15% pour le VAA 25% pour le VAT 5% pour le Pneumo</p> <p>100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>	<p>districts n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables</p> <p>Au moins 95% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à :</p> <p>33% pour le BCG 15% pour le penta 9% pour le VPO 20% pour le VAR 13% pour le VAA 25% pour le VAT 5% pour le Pneumo</p> <p>5% pour le Rota virus 100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>	<p>districts n'ont pas connu de rupture en vaccins et consommables</p> <p>Au moins 100% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à :</p> <p>32% pour le BCG 15% pour le penta 9% pour le VPO 20% pour le VAR 10% pour le VAA 24% pour le VAT</p> <p>5% pour le Pneumo 5% pour le Rota virus 100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>
Renforcer l'assurance qualité des produits vaccinaux	<p>100% des dépôts PEV de DRS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p> <p>100% des dépôts PEV de district sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>	<p>100% des dépôts PEV de DRS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p> <p>100% des dépôts PEV de district sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>	<p>100% des dépôts PEV de DRS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p> <p>100% des dépôts PEV de district sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>	<p>100% des dépôts PEV de DRS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p> <p>100% des dépôts PEV de district sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>	<p>100% des dépôts PEV de DRS sont contrôlés sur la gestion des stocks</p> <p>100% des dépôts PEV de district sont contrôlés sur la gestion des stocks</p>

Renforcer la maintenance de la CDF d'ici 2015	100% des chambres froides sont fonctionnelles à tous les niveaux	100% des dépôts PEV de district sont contrôlés sur la gestion des stocks	100% des dépôts PEV de district sont contrôlés sur la gestion des stocks	100% des dépôts PEV de district sont contrôlés sur la gestion des stocks	100% des dépôts PEV de district sont contrôlés sur la gestion des stocks
Renforcer les capacités opérationnelles du PEV en équipements à tous les niveaux d'ici 2015	100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels	100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels Au moins 10% des districts disposent d'une chambre froide fonctionnelle	100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels Au moins 15% des districts disposent d'une chambre froide fonctionnelle	100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels Au moins 20% des districts disposent d'une chambre froide fonctionnelle	100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels Au moins 25% des districts disposent d'une chambre froide fonctionnelle
Assurer la destruction des déchets d'ici 2015	100% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel	100% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel	100% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel	100% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel	100% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel

Communication

Objectifs	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
D'ici à 2015 95% des parents connaissent les avantages de la vaccination des enfants de 0-11 mois	95% des parents connaissent les avantages de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes	95% des parents connaissent les avantages de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes	95% des parents connaissent les avantages de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes	95% des parents connaissent les avantages de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes	95% des parents connaissent les avantages de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes

et des femmes enceintes					
D'ici fin 2015, 100% des parents font vacciner régulièrement leurs enfants de 0 à 11 mois contre les maladies cibles du PEV conformément au calendrier vaccinal;	100% des parents font vacciner régulièrement leurs enfants contre les maladies cibles du PEV et les femmes enceintes contre le tétanos, conformément au calendrier vaccinal	100% des parents font vacciner régulièrement leurs enfants contre les maladies cibles du PEV et les femmes enceintes contre le tétanos, conformément au calendrier vaccinal	100% des parents font vacciner régulièrement leurs enfants contre les maladies cibles du PEV et les femmes enceintes contre le tétanos, conformément au calendrier vaccinal	100% des parents font vacciner régulièrement leurs enfants contre les maladies cibles du PEV et les femmes enceintes contre le tétanos, conformément au calendrier vaccinal	100% des parents font vacciner régulièrement leurs enfants contre les maladies cibles du PEV et les femmes enceintes contre le tétanos, conformément au calendrier vaccinal
D'ici fin 2015 100% des femmes enceintes se font vacciner contre le tétanos maternel et néo-natal conformément au calendrier vaccinal	100% des femmes enceintes se font vacciner contre le tétanos maternel et néo-natal conformément au calendrier vaccinal	100% des femmes enceintes se font vacciner contre le tétanos maternel et néo-natal conformément au calendrier vaccinal	100% des femmes enceintes se font vacciner contre le tétanos maternel et néo-natal conformément au calendrier vaccinal	100% des femmes enceintes se font vacciner contre le tétanos maternel et néo-natal conformément au calendrier vaccinal	100% des femmes enceintes se font vacciner contre le tétanos maternel et néo-natal conformément au calendrier vaccinal

D'ici fin 2015, les communautés amènent précocement tout cas de maladies cibles du PEV au niveau des formations sanitaires	95% des communautés connaissent l'importance d'amener de façon précoce tout cas de maladies cibles du PEV au niveau des formations sanitaires	95% des communautés connaissent l'importance d'amener de façon précoce tout cas de maladies cibles du PEV au niveau des formations sanitaires	95% des communautés connaissent l'importance d'amener de façon précoce tout cas de maladies cibles du PEV au niveau des formations sanitaires	95% des communautés connaissent l'importance d'amener de façon précoce tout cas de maladies cibles du PEV au niveau des formations sanitaires	95% des communautés connaissent l'importance d'amener de façon précoce tout cas de maladies cibles du PEV au niveau des formations sanitaires
D'ici fin 2013, 100% des agents de santé et 80% des autres acteurs de la vaccination mènent efficacement des activités de sensibilisation en faveur de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes	100% des agents de santé et 80% des autres acteurs de la vaccination mènent efficacement des activités de sensibilisation en faveur de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes	100% des agents de santé et 80% des autres acteurs de la vaccination mènent efficacement des activités de sensibilisation en faveur de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes	100% des agents de santé et 80% des autres acteurs de la vaccination mènent efficacement des activités de sensibilisation en faveur de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes	100% des agents de santé et 80% des autres acteurs de la vaccination mènent efficacement des activités de sensibilisation en faveur de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes	100% des agents de santé et 80% des autres acteurs de la vaccination mènent efficacement des activités de sensibilisation en faveur de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes
D'ici fin 2013, au moins 95% des parents connaissent les avantages de l'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV	95% des parents connaissent les avantages de l'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV	95% des parents connaissent les avantages de l'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV	95% des parents connaissent les avantages de l'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV	95% des parents connaissent les avantages de l'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV	95% des parents connaissent les avantages de l'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV

Financement

Objectifs	Jalons				
	2011	2012	2013	2014	2015
Accroître les ressources financières allouées à la vaccination	Au moins 65% des activités planifiées sont financées	Au moins 80 % des activités planifiées sont financées	Au moins 85 % des activités planifiées	Au moins 90 % des activités planifiées sont financées	100 % des activités planifiées sont financées
Accroître la performance de la gestion financière	un manuel commun de procédures de gestion financière est élaboré	50 % des acteurs chargés de la gestion sont formés	100% des acteurs chargés de la gestion sont formés	-	-

VI. OBJECTIFS ET STRATEGIES

Tableau 12 : Problèmes, objectifs et stratégies selon les domaines du PEV

GESTION DU PROGRAMME		
Insuffisance de capacité opérationnelle des structures sanitaires chargées de la gestion du PEV	Renforcer les infrastructures, les équipements et la logistique roulante	Construction Acquisitions
	Renforcer la DPV en ressources humaines	Plaidoyer
Insuffisance de compétences des agents	Renforcer les compétences du personnel de santé en matière de gestion du PEV	Supervision
Insuffisance dans la coordination du programme	Renforcer la coordination du programme	Planification Renforcement des cadres de concertation Suivi/ Evaluation
PRESTATION DES SERVICES		
Non atteinte des objectifs de couverture vaccinale pour tous les antigènes selon le GIVS	Augmenter les couvertures vaccinales pour tous les antigènes d'ici 2015: - Au niveau national à 100% pour tous les antigènes - 100% des districts ont atteint au moins 80% pour tous les antigènes	Monitoring des activités Mise en œuvre de la stratégie « Atteindre chaque district » Introduction de nouveaux vaccins (MenA, Rotavirus, Pneumocoque, etc.) Recherche active des perdus de vue
	Réduire les taux d'abandon : BCG-VAR et DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3	
	Réduire la proportion des susceptibles	Mise en œuvre des campagnes de masse contre la polio, la rougeole, la FJ, le tétanos
	Atteindre les populations d'accès difficile	Mise en œuvre de stratégies spécifiques

SURVEILLANCE		
La performance de la surveillance des maladies cibles du PEV dans les niveaux districts et régions sanitaires est faible	Assurer une surveillance performante des maladies cibles du PEV	Surveillance basée sur les cas Surveillance à base communautaire Monitoring Plaidoyer Formation Evaluation Retro information Communication pour le changement de comportement Mobilisation sociale Rencontre
	Renforcer la surveillance des MAPI	Elaboration et diffusion de directives sur les MAPI Formation Supervision Mobilisation sociale
La gestion des vaccins et consommables du PEV est insuffisante	Améliorer la gestion des vaccins et consommables d'ici 2015	Approvisionnement en intrants Formation/supervision/contrôle Monitoring Réduction des pertes Construction/ réhabilitation d'infrastructures
	Renforcer l'assurance qualité des produits vaccinaux	Contrôle de qualité en laboratoires. Concertation.
La gestion de la chaîne de froid est insuffisante	Renforcer la maintenance de la CDF d'ici 2015	Formation/Supervision Acquisition des pièces et de matériels de protection électrique Contractualisation

L'efficacité de la communication en faveur du PEV est insuffisante	Impliquer systématiquement les communautés dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités du programme	Plaidoyer Renforcement des aptitudes/compétences
	Connaître les spécificités socio culturelles à prendre en compte dans la planification de la communication en faveur du PEV	Revue documentaire Investigation communautaire
	Développer la multisectoralité systématique dans la communication en faveur du PEV	Plaidoyer Médiation
	Développer les capacités des acteurs de terrain dans la mise en œuvre d'une communication efficace en faveur du PEV	Renforcement des capacités
	Produire suffisamment de supports éducatifs adaptés aux différents contextes socio culturels	Développement des supports IEC/PEV
COÛT ET FINANCEMENT		
Insuffisance des ressources financières pour les activités de vaccination	Accroître les ressources financières allouées à la vaccination	Plaidoyer pour la mobilisation de ressources interne et externe Mobilisation des ressources financières additionnelles à travers les financements innovants Concertation régulière sur la situation des financements du PEV
insuffisance dans la gestion des ressources financières	Accroître la performance de la gestion financière	Mise en place de cadres de référence pour la gestion Renforcement des capacités des acteurs

VII. STRATEGIES / ACTIVITES

Tableau 13 : Stratégies et activités par domaine du PEV

Gestion du programme et prestations de services

STRATEGIES	ACTIVITES
Construction	Construire un nouveau local pour abriter la DPV
	Construire un magasin pour le stockage des consommables
Acquisitions	Equiper la DPV en mobilier de bureau, fourniture de bureau et matériel informatique
	Acquérir des motocyclettes pour les formations sanitaires
	Acquérir des véhicules 4X4
	Acquérir du matériel chaîne de froid
	Construire des incinérateurs dans tous les districts sanitaires
Plaidoyer	Affecter deux médecins, 01 pharmacien, 01 PEP et 1 communicateur Techniciens d'État en Génie Sanitaire (TEGS)
Supervision	Réviser les outils de supervision
	Organiser des sorties de supervision
	Réviser les modules de formation
	Elaborer des plans intégrés de formation
	Organiser les sessions de formation (gestion du PEV, surveillance et communication)
	Participer aux formations de courte durée a l'extérieur
	Organiser des voyages d'étude
Planification	Elaborer les plans d'action annuels
	Elaborer le plan stratégique 2016-2020
	Elaborer les plans d'introduction de nouveaux vaccins
Renforcement des cadres de concertation	Organiser les sessions périodiques du CCIA, CTA
	Organiser les sessions périodiques des CTRS et des CSD
Suivi/ Evaluation	Organiser les évaluations périodiques des plans d'action annuels
	Organiser une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PPAC 2011-2015
	Organiser la revue approfondie du PEV
	Mener des activités de recherche opérationnelle

STRATEGIES	ACTIVITES
Monitoring des activités	Elaborer et diffuser les supports de collecte des données
	Rédiger les rapports périodiques (mensuels, trimestriels, semestriels, annuels)
	Organiser les DQS dans tous les districts
	Organiser 2 réunions décentralisées par an
	Organiser des rencontres semestrielles de partage et de validation des données
Mise en œuvre de la stratégie « Atteindre chaque district »	Assurer des supervisions formatives
	Réaliser des stratégies avancées
	Assurer des monitorings réguliers des données
	Former le personnel sur la gestion des données et à l'autoévaluation de la qualité des données (DQS)
	Approvisionner tous les districts en supports de collecte de données
	Organiser la formation continue du personnel
	Organiser des journées accélérées de vaccination autour des non vaccinés et dans les districts à faibles couverture vaccinale
Introduction de nouveaux vaccins (MenA, Rotavirus, Pneumocoque, etc.)	Elaborer les plans d'introduction
	Réviser les supports de gestion des données
	Mettre en œuvre les plans
Introduction de la seconde dose du vaccin anti- rougeoleux	Elaborer le plan d'introduction de la 2 ^{ème} dose du VAR
	Réviser les supports de gestion des données
	Mettre en œuvre le plan d'introduction de la 2 ^{ème} dose du VAR
Recherche active des perdus de vue	Elaborer des supports
	Organiser dans tous les districts la recherche de perdus de vue
Organisation de campagnes de vaccination contre la rougeole	Elaborer le plan
	Mettre en œuvre le plan
	Evaluer la campagne
Introduction de la 2 ^e dose de VAR	Elaborer le plan d'introduction de la deuxième dose de VAR
	Mettre en œuvre le plan
	Evaluer le plan
Organisation du 3 ^e passage de vaccination contre le tétanos dans les 7 DS à haut	Elaborer le plan de la campagne TMN
	Mettre en œuvre le plan

STRATEGIES	ACTIVITES
risque	Evaluer le plan
Organisation de campagnes FJ dans les DS à HR	Elaborer le plan de la campagne FJ
	Mettre en œuvre le plan
	Evaluer le plan
Organisation de JNV et de JLV contre la polio	Elaborer le plan de la campagne Polio
	Mettre en œuvre le plan
	Evaluer le plan
Organisation de campagnes de vaccination de riposte contre la rougeole et la fièvre jaune	Elaborer le plan de la campagne Polio
	Mettre en œuvre le plan
	Evaluer le plan
Mise en œuvre de stratégies spécifiques	Identifier les populations d'accès difficile
	Elaborer des plans d'atteinte des populations d'accès difficiles
	Mettre en œuvre les plans

Surveillance

STRATEGIES	ACTIVITES
Formation	Organiser des sessions de formation sur la surveillance
supervision	Organiser des sorties de supervision intégrée/spécifique
Surveillance basée sur les cas	Mettre à la disposition des DRS et DS des supports de collecte et directives sur la surveillance basée sur les cas
	Doter les districts de kits de prélèvement
	Organiser des sorties de recherche active des cas
	Investiguer les cas et les épidémies
	Effectuer l'acheminement des prélèvements aux laboratoires
	Mettre à jour les bases des données pour chaque maladie sous surveillance
	Créer des sites sentinelles pour des maladies concernées par les nouveaux vaccins à introduire
Assurer le contrôle de qualité des laboratoires de référence	

STRATEGIES	ACTIVITES
Renforcement des capacités des laboratoires nationaux rougeole, fièvre jaune et site sentinelle Hib	Doter les laboratoires de matériel et réactifs
Monitoring	Doter les structures de surveillance en logiciel de gestion des données
	Analyser régulièrement toutes les données
	Suivre les tendances des indicateurs de performance de chaque maladie
Validation	Valider les données de surveillance des MEV
	Notifier les cas de MAPI
LOGISTIQUE	
Stratégies	Activités essentielles
Approvisionnement en intrants	Approvisionner en vaccins et en consommables
Formation	Monitorer les taux de perte
- supervision/contrôle	Former les agents sur la gestion informatisée des stocks
- Monitoring	Réviser les outils de gestion
- Réduction des pertes	Mener des supervisions/Contrôles dans les DRS et DS
- Construction/réhabilitation d'infrastructures	Construire un magasin de grande capacité pour le stockage des consommables
- Contrôle de qualité en laboratoires	- Effectuer des contrôles des dépôts PEV des DRS et DS
Concertation	- Participer aux réunions de concertations sur la surveillance des MAPI avec la DGPML
- Formation	- Etablir des contrats de maintenance avec des structures de maintenance appropriée
- Supervision	- Assurer la maintenance préventive et curative des équipements chaîne de froid
- Acquisition des pièces et de matériels de protection électrique	- Former les responsables PEV en maintenance préventive

STRATEGIES	ACTIVITES
<ul style="list-style-type: none"> - Contractualisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Acquérir des pièces de rechange - Acquérir de matériel de protection électrique
<ul style="list-style-type: none"> - Construction/normalisation/réhabilitation Fourniture/révision des outils de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> - Construire/installer des chambres froides dans district
<ul style="list-style-type: none"> - Formation /supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - Former les agents sur les nouveaux outil
<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> - Superviser les agents sur les nouveaux outils
<ul style="list-style-type: none"> - Acquisition 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un inventaire exhaustif des équipements de la CDF
<ul style="list-style-type: none"> - Inventaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un plan de réhabilitation de la CDF - Acquérir des équipements chaîne de froid - Mettre à jour le plan de réhabilitation de la chaîne de froid - Diffuser le plan de réhabilitation de la CDF
<ul style="list-style-type: none"> - Construction/, réhabilitation, - Equipement - Formation/ supervision, - Maintenance - Mobilisation des ressources - Elimination des déchets 	<ul style="list-style-type: none"> - Acquérir/installer un incinérateur performant pour chaque district - Former les opérateurs d'incinération - Superviser les opérateurs d'incinération

Finances

STRATÉGIES	ACTIVITÉS
Plaidoyer pour la mobilisation de ressources interne et externe	Organiser une table ronde sur le financement de la vaccination (Etat, partenaires technique et financier, secteur privé, collectivités locales)
	Organiser une formation sur le plaidoyer en matière de financement sur la vaccination
	Organiser des sessions de plaidoyers auprès des partenaires (Etat, collectivité, privé et PTF) pour l'accroissement des fonds alloués à la vaccination
	Organiser des rencontres de sensibilisations avec les PTF sur la nécessité de réallouer les ressources financières non dépensées
Mobilisation des ressources financières additionnelles à travers les financements innovants	Mettre en place une cellule chargée de rechercher les sources des financements innovants
Concertation régulière sur la situation des financements du PEV	Organiser chaque année une rencontre sur le financement de la vaccination
Mise en place de cadres de référence pour la gestion	Elaborer et diffuser un manuel de procédures administratives commun
	Créer un sous compte « vaccination » dans les comptes nationaux de santé
Renforcement des capacités des acteurs	Organiser des sessions de formation au profit des acteurs chargés de la gestion financier
	Doter la DPV d'un logiciel de gestion financière et comptable
	Former les utilisateurs du logiciel de gestion

Communication

STRATÉGIES	ACTIVITÉS
Plaidoyer	Élaborer un plan intégré triennal de communication AVS/Routine/surveillance et introduction nouveaux vaccins
Renforcement des aptitudes/compétences	Elaborer un guide d'implication des communautés dans les activités du PEV
	Former les SESA, SIECA et ICP à l'utilisation du guide d'implication communautaire dans les activités de communication du PEV
Revue documentaire	Identifier les spécificités socio culturelles au niveau communautaire à prendre en compte dans la planification de la communication en faveur du PEV

Investigation communautaire	
Plaidoyer	Inventorier les partenaires potentiels pour le développement de la communication en faveur du PEV aux niveaux central, intermédiaire et périphérique
Médiation	Inciter les partenaires identifiés à apporter leurs contributions à la communication en faveur du PEV
Renforcement des capacités	<p>Former les chargés de communication (SESA) des régions en méthodes d'approche multisectorielle et d'implication communautaire en faveur de la communication PEV</p> <p>Former les chargés de communication des districts (SIECA) en méthodes d'approche multisectorielle et d'implication communautaire en faveur de la communication PEV</p> <p>Doter les formations sanitaires en supports IEC (Affiches, films de sensibilisation, matériels de projection vidéo, dépliants en langues nationales</p> <p>Mettre en œuvre les consensus retenus à l'issue des rencontres avec les partenaires de communication à tous les niveaux du système de santé</p> <p>Renforcer les compétences des agents de la communication au niveau central</p>

VIII COUT ET FINANCEMENT DU PPAC 2011-2015

VIII.1 Coûts et financements du PEV en 2010

Le PEV bénéficie d'une attention particulière au niveau du ministère de la santé du Burkina Faso. En effet, il est considéré comme un des programmes prioritaires et la faiblesse du financement du secteur de la santé influe sur son financement.

Il faut noter que depuis 2000 le gouvernement a décidé de la gratuité de la vaccination favorisant ainsi l'accessibilité financière au PEV et l'amélioration des performances du PEV.

Le PEV bénéficie aussi d'un soutien (technique, financier et matériel) affiché de nombreux partenaires dont les principaux sont : OMS, UNICEF, GAVI, PADS, PLAN BURKINA, Lions Club Italie et OOAS. Ce partenariat s'est concrétisé à travers le CCIA et autres cadres de concertation pour harmoniser les stratégies d'intervention et pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des différents plans.

VIII.1.1. Démarche méthodologique

La méthodologie utilisée pour l'analyse financière du PPAC s'est reposée sur la collecte des données et l'organisation de rencontre de compilation et de validation des coûts.

La collecte des données a permis de recenser les coûts récurrents, en capital et coûts partagés repartis par niveaux du système de santé. Cette collecte des données a été réalisée auprès des ministères impliqués dans la mise en œuvre du programme, notamment les ministères en charge de l'économie et des finances, ainsi qu'auprès des partenaires du programme (GAVI, OMS, UNICEF). Une fiche de collecte des intentions de financement des partenaires ont été rempli. Ces informations ont fait l'objet de vérification.

Deux consultants ont été recrutés par l'AMP et l'OMS pour appuyer l'équipe PEV dans la finalisation des documents du PPAC.

Les données collectées ont ensuite été saisies dans l'outil costing (cMYP) afin de générer les différents tableaux et graphiques ayant permis d'analyser les coûts et le financement du programme.

L'évaluation des coûts du PEV en 2010 a été réalisée en s'appuyant sur :

- Les Directives pour l'élaboration du PPAC, élaboré par GAVI
- Le cMYP costing tool manual, élaboré par GAVI
- L'Outil Excel afférents, élaboré par GAVI
- Le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT), 2005-2010
- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 2006-2010
- Loi de finance 2010
- Le PPAC 2006-2010
- Budget programme Sectoriel 2011- 2013 (Santé)
- Outils MBB (PNDS)
- Accords de financement des Plans d'Action 2011 – PADS
- Données de financements fournies par les partenaires

VIII.1.2 Coûts (Dépenses) du programme 2010

Le coût total du programme en **2010** est évalué **16 744 381 003 F CFA (34 172 206 \$ US)** dont **13 164 819 \$** pour le PEV de routine ce qui représente environ **40%** et **21 007 387 \$** soit **60%** pour les activités supplémentaires de vaccination. Ce coût ne prend pas en compte les coûts partagés.

Les vaccins et les consommables représente **68,3%** du coût du programme en routine en 2010.

Le coût total du programme représente ainsi **7,4 % des dépenses totales de santé**. Il faut cependant noter que ce pourcentage est sous-estimé car il ne tient pas compte de toutes les interventions directes de certains partenaires sur le terrain qui sont méconnues par le niveau central.

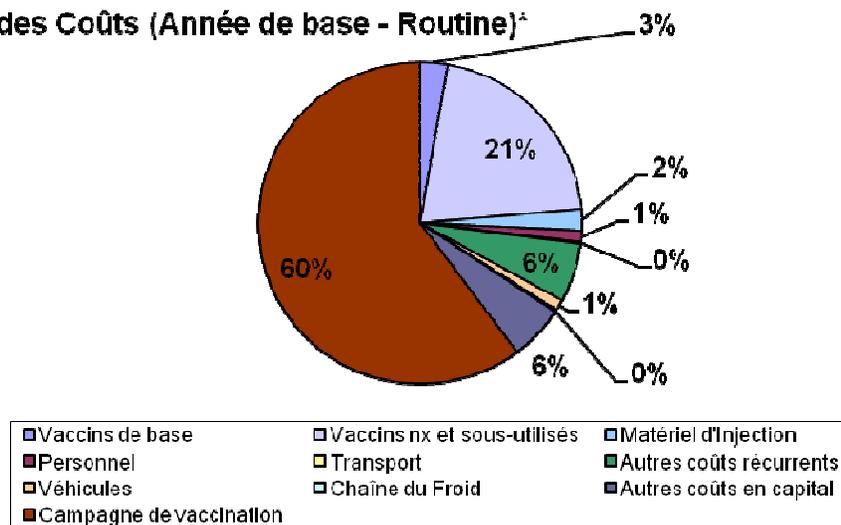
Le **coût par habitant** pour le PEV de routine en 2010 est de **0,8 \$** soit l'équivalent de **0,16%** du PIB. Le **coût par enfant vacciné** en DTC3 (DTC Hep-Hib3) est de **19,4 \$** pour le PEV de routine.

Tableau 22: Indicateurs des coûts pour l'année de base (2010)

Indicateur pour l'Année de Référence	2010
Dépenses Total en Vaccination	\$34 172 206
Campagnes de vaccination	\$21 007 387
Vaccination de routine	\$13 164 819
par habitant	\$0,8
par enfant DTC3	\$19,4
% vaccine et matériel d'injection	68,3%
% financement du gouvernement	23,1%
% dépenses totales de santé	7,4%
% dépenses totales de santé du gouv.	46,2%
% PIB	0,16%
Total des coûts partagés	
% des coûts partagés dans le total	
TOTAL	\$34 172 206

Le graphique ci-dessous fait ressortir les principaux postes de coûts et leurs poids dans les dépenses totales :

Profile des Coûts (Année de base - Routine)⁺



Les coûts spécifiques représentent **88,34%** des coûts totaux. En ce qui concerne la part des coûts récurrents, elle représente **81,97%** des coûts totaux de la vaccination de routine.

Les principaux postes de coûts en 2010 sont :

- vaccins traditionnels (3%);
- vaccins sous utilisés (21%);
- campagnes de vaccination (60%)
- coûts en capital (6%)
- autres coûts récurrents (6%).

L'importance du coût des campagnes de vaccination s'explique par l'organisation de quatre passages de journées nationales de vaccinations (JNV), de deux passages de journées locales de vaccination(JLV), et surtout de la campagne de vaccination contre la méningite avec le nouveau vaccin MenAfrivac.

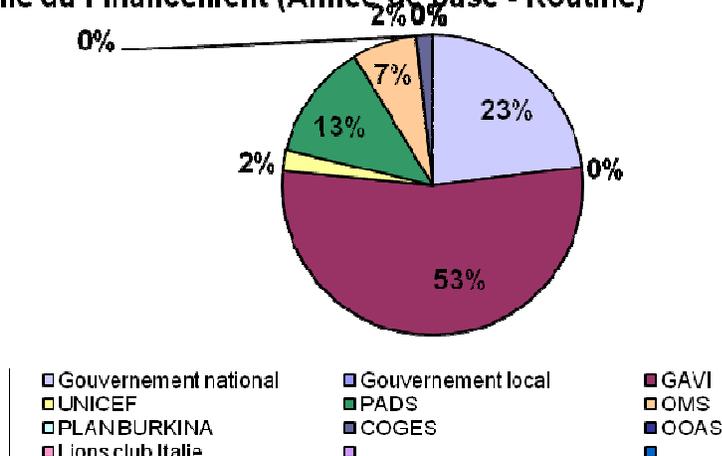
VIII.1.3 Financements 2010

Le PEV de routine en 2010 a été financé par :

- GAVI (53),
- Etat (23%),
- PADS (13),
- OMS (7%),
- UNICEF (2%),
- COGES (2%).

Le graphique ci-après fait ressortir les principales sources de financement du PEV de routine :

Profil du Financement (Année de base - Routine)¹



Le montant du financement interne (budget régulier de l'Etat, et financement communautaire - COGES) était de **3 938 312 \$** soit **11,54 %** du financement total contre **88,46%** pour le financement externe. En prenant en compte les coûts partagés ces pourcentages étaient respectivement de **20,76%** pour le financement interne et de **79,24%** pour celui externe.

L'Etat finance principalement :

- les vaccins de base et le cofinancement pour les vaccins sous utilisés et les nouveaux vaccins ;
- les fournitures d'injection ;
- les salaires et coûts partagés de salaires ;
- le transport pour la livraison des vaccins ;
- la maintenance et les frais généraux ;
- la gestion du programme ;
- la campagne de vaccination contre la méningite.

Pour les COGES, il s'agit essentiellement :

- de la maintenance et les frais généraux ;
- du coût partagé des salaires du personnel (gérant du Dépôt MEG, manœuvres...).

Quant aux partenaires aux développements, ils financent :

- les vaccins pour les activités supplémentaires ;
- une partie des vaccins sous utilisés et les nouveaux ;
- les activités de contrôle et de surveillance des maladies au niveau du PEV de routine ;
- le matériel d'injection ;
- la maintenance et les frais généraux ;
- le transport ;
- la formation à court terme ;

- la mobilisation sociale ;
- les coûts opérationnels des campagnes de vaccinations.

VIII.2 Analyse des coûts et financements 2011-2015

VIII.2.1 Méthodologie de projection des coûts

La projection des coûts a été effectuée sur la base des activités programmées par an et des ressources nécessaires pour les réaliser. Ces activités ont ensuite été revues en fonction des ressources disponibles ; ce qui a amené à revoir leur budgétisation. La projection des coûts du PPAc a donc été revue en tenant compte des activités révisées.

VIII.2.2 Méthodologie projection financements

Les financements futurs sont de deux ordres selon l'analyse du risque : les financements sûrs et les financements probables. Pour le financement sécurisé ou financement sûr, le chiffre 1 a été attribué. Par contre, le chiffre 2 a été attribué pour les financements incertains ou probables.

L'attribution du risque pour le financement a été faite en prenant en compte les promesses de financement reçues des différents partenaires qui appuient le PEV et ceci pour la période 2011- 2015.

Cependant, pour ce qui concerne les intentions de financement des partenaires, il faut noter que généralement ceux ci ne s'engagent pas sur le long terme (trois ans maximum). Par conséquent, leurs promesses de financement ont été reconduites au-delà de leur période d'engagement, mais avec un risque 2 (financement probable).

Le financement du Budget de l'Etat est considéré comme financement sécurisé (risque 1). Il a été défini à partir :

(a) des budgets passés,

(b) du Budget programme Sectoriel 2011- 2013 (Santé)

(c) de la circulaire budgétaire qui autorise une majoration de 5% par an du budget antérieur pour le niveau central, et 10% pour le niveau déconcentré.

Les financements relatifs aux campagnes supplémentaires à partir de 2014 présentent un risque 2 sauf pour la contribution du pays, pour tenir compte de l'incertitude quant à la réalisation des campagnes (et donc de leur financement).

VIII.2.3 Besoins en ressource de 2011-2015

Données quantitatives

Les projections des ressources pour la période 2011-2015 font ressortir un montant de **153 815 387\$ US** soit en moyenne **30 763 077\$ US** par an, avec un pic des besoins en ressource pour le PEV en 2014 s'élevant à **46 580 071 \$US**.

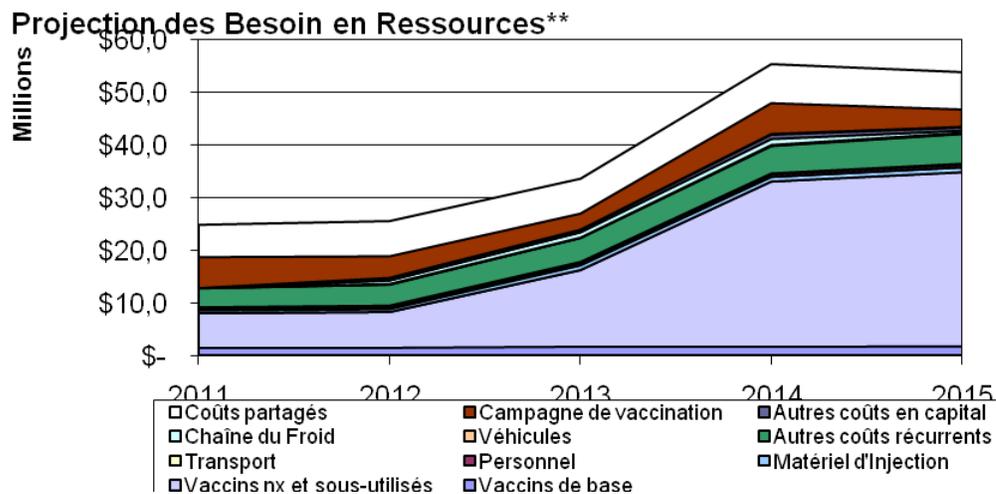
Les coûts spécifiques représentent **81,94%** des coûts totaux. En ce qui concerne la part des **coûts récurrents**, elle représente **85,16%** des coûts totaux de la vaccination.

Le coût total des besoins en ressources sur la période 2011-2015 du PPAC se décompose ainsi qu'il suit :

- **coûts récurrents courants** : 66,48%
- **coûts en capital** : 3,30% ;
- **campagnes de vaccination** : 12,16% ;
- **coûts partagés** : 18,06%.

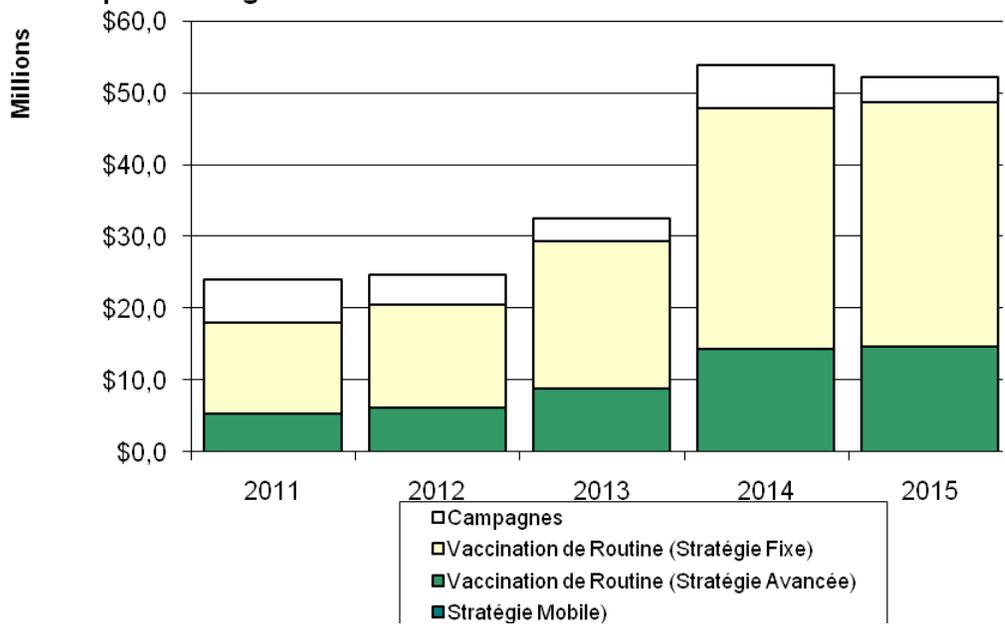
Le **coût par habitant** pour l'ensemble du programme pour la période 2011-2015 est de **\$ US 1,5**. Le **coût par enfant vacciné** en DTC3 pour la période 2011-2015 est de **36,3 \$ US** pour le PEV de routine contre **19,4 \$ US** également pour l'année 2010.

Le graphique ci-dessous fait ressortir les principaux postes de coûts et leurs poids dans les dépenses totales :



On constate que les coûts ont presque doublé pour le PEV de routine avec un pic en 2014, cela s'explique par l'introduction des nouveaux vaccins (Pneumo, 2^{ème} dose de VAR et Rota) à partir de 2013.

Coûts par Stratégie**



L'analyse des coûts futurs par stratégie montre que :

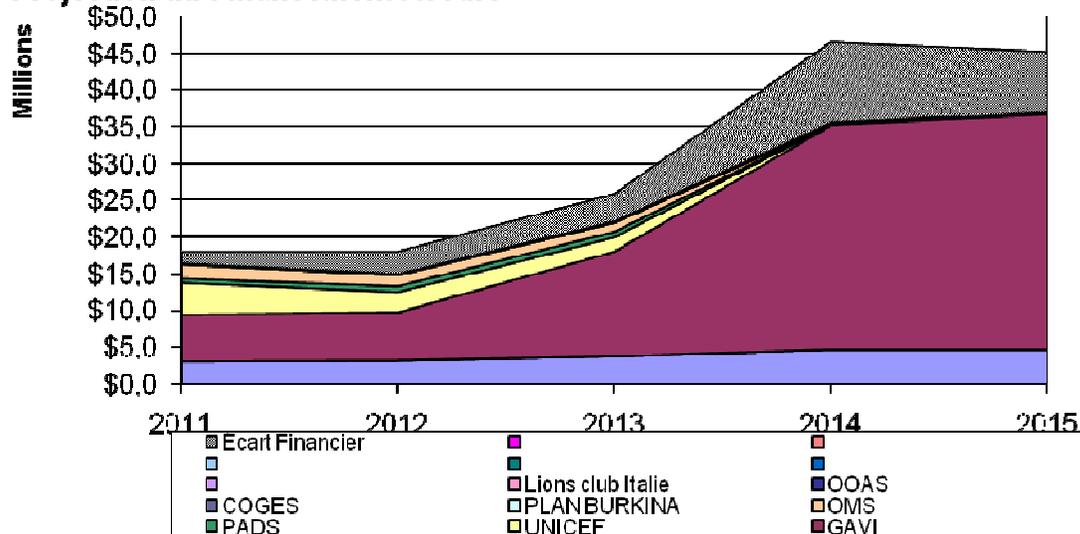
- les campagnes de vaccination captent très peu de ressources.
- la stratégie fixe occupe une place prépondérante.
- la stratégie avancée connaît une évolution graduelle de 2011 à 2015 où les ressources affectées atteignent leur niveau le plus élevé.

VIII.2.4 Financement de 2011-2015

VIII.2.4.1 Financement assuré

Pour la période 2011-2015 du PPAC sur un besoin de financement de Les financements assurés sont des financements dont les conventions de financement sont signés ou en voie d'être signées.

Projection du Financement Assuré**



Les financements assurés représentent **84,70%** des besoins en ressources. L'écart devient de plus en plus important entre 2013 et 2014 compte tenu de l'impossibilité de certains partenaires à se prononcer sur le long terme.

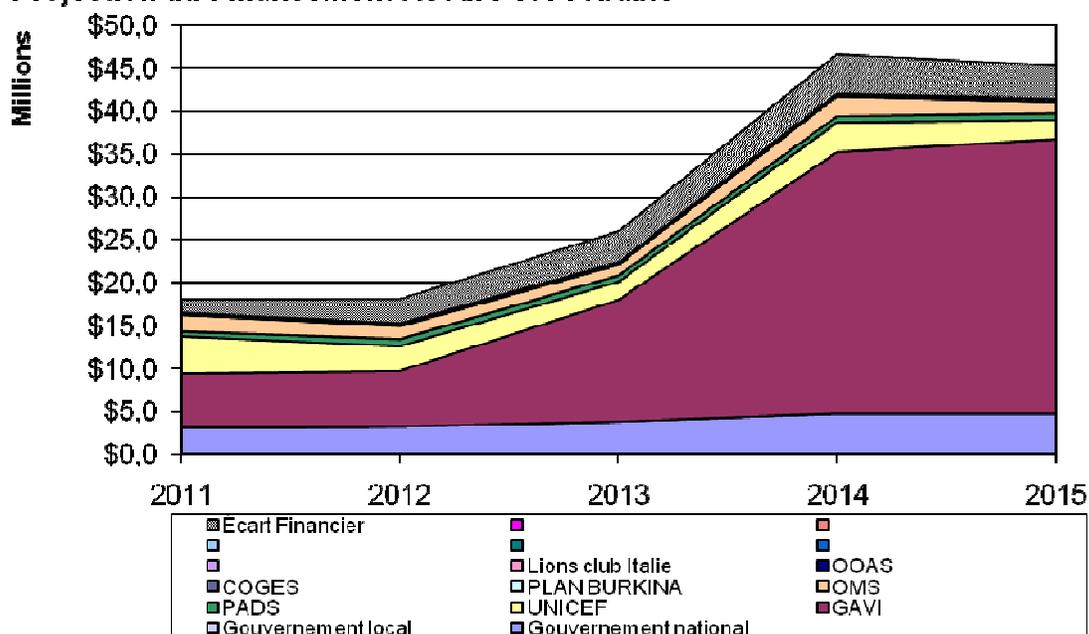
Les principaux bailleurs de fonds du PEV (hors coût partagé) pour la période sont :

- GAVI (**70,94%**),
- Budget de l'Etat (**15,36%**),
- L'OMS (**3,66%**),
- L'UNICEF (**7,34%**),
- PADS (**1,65%**),
- COGES5 (**1,02%**)

VIII.2.4.2 Financement assuré et probable

Le financement assuré et probable représente **91,28 %** des besoins en ressources sur la période. La part des financements internes dans le financement total (assuré et probable) est de **16.37%** (hors coûts partagés). Les financements internes regroupent le budget régulier de l'Etat, financement communautaire – COGES.

Projection du Financement Assuré et Probable⁺



VIII.2.4.3 Ecart financier

Si on considère uniquement les financements assurés, le déficit financier ou écart financier pour la période concernée est de **27 490 461\$US**. Cet écart financier représente **18%** des besoins en ressources du PEV (hors coût partagé) pour la période 2006-2010.

En prenant en compte les financements sûrs et probables, cet écart devient **\$16 374 530 \$US**, soit **11%** des besoins en ressources.

Tableau 23 : Besoins en ressources, financements et écarts

Besoins en Ressources, Financement et Ecart*	2011	2012	2013	2014	2015	Avg. 2011 - 2015
Besoins en Ressources	\$18 033 751	\$18 056 771	\$25 916 783	\$46 580 071	\$45 228 011	\$153 815 387
Besoins en Ressources (Vaccination de Routine)	\$12 021 254	\$13 832 956	\$22 743 308	\$40 603 171	\$41 790 739	\$130 991 429
par habitant	\$0,7	\$0,8	\$1,3	\$2,3	\$2,3	\$1,5
par enfant DTC3	\$17,7	\$19,8	\$31,6	\$54,7	\$54,6	\$36,3
Total du Financement Assuré	\$16 479 094	\$15 005 771	\$22 177 332	\$35 571 169	\$37 091 560	\$126 324 926
Gouvernement national	\$3 067 255	\$3 193 006	\$3 763 020	\$4 701 132	\$4 675 028	\$19 399 441
Gouvernement local						
GAVI	\$6 314 986	\$6 510 752	\$14 233 952	\$30 508 818	\$32 041 774	\$89 610 282
UNICEF	\$4 377 718	\$2 766 872	\$1 949 572	\$90 452	\$90 452	\$9 275 066
PADS	\$572 979	\$791 995	\$720 810			\$2 085 783
OMS	\$1 895 065	\$1 481 552	\$1 252 105			\$4 628 722
PLAN BURKINA	\$17 191	\$16 000				\$33 191
COGES	\$233 899	\$245 594	\$257 874	\$270 767	\$284 306	\$1 292 440
Écart Financier (Fin. Assuré)	\$1 554 658	\$3 051 000	\$3 739 451	\$11 008 902	\$8 136 451	\$27 490 461
% des besoins en ressources	9%	17%	14%	24%	18%	18%
Total du Financement Probable (Non-Assuré)		\$214 603	\$181 603	\$6 446 655	\$4 273 071	\$11 115 932
national						
Gouvernement						
Gouvernement local						
GAVI						
UNICEF		\$159 603	\$159 603	\$3 315 028	\$2 123 486	\$5 757 720
PADS				\$758 881	\$794 837	\$1 553 717
OMS				\$2 350 746	\$1 354 748	\$3 705 495
PLAN BURKINA		\$55 000	\$22 000	\$22 000		\$99 000
COGES						
OOAS						
Lions club Italie						
Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)	\$1 554 658	\$2 836 397	\$3 557 848	\$4 562 248	\$3 863 380	\$16 374 530
% des besoins en ressources	9%	16%	14%	10%	9%	11%

Tableau 24. : Ecart financier

Composition des Écarts Financiers	2011	2012	2013	2014	2015	Avg. 2011 - 2015
Vaccins et matériel d'injection						
Personnel	\$33 381	\$38 980	\$39 296	\$84 456	\$86 145	\$282 258
Transport			\$32 546	\$79 567	\$69 833	\$181 947
Activité et autre coûts récurrents	\$1 521 277	\$1 966 095	\$2 267 064	\$3 410 991	\$3 689 026	\$12 854 452
Logistiques (véhicules, chaîne du froid....)		\$1 045 926	\$1 400 545	\$2 148 416	\$1 205 068	\$5 799 954
Campagne de vaccination			\$0	\$5 285 472	\$3 086 379	\$8 371 851
Écart Financier*	\$1 554 658	\$3 051 000	\$3 739 451	\$11 008 902	\$8 136 451	\$27 490 461

* Coûts spécifiques uniquement. Les coûts partagés ne sont pas inclus

Analyse de l'écart

L'importance de l'écart s'explique principalement par le fait que les partenaires au développement ne prennent pas d'engagement ferme sur le long terme. IL y a également la réduction du nombre de partenaires financiers du PEV

En ce qui concerne les dépenses pour les vaccins, elles sont totalement assurées par le Budget de l'Etat et GAVI. L'écart financier pour la période ne concerne donc pas les dépenses en vaccins et matériel d'injection. Le gouvernement burkinabé s'est engagé à cofinancer le vaccin pentavalent à partir de 2011. Cette contribution est de 0,2\$ par dose pour les pays à revenu faible. Cette contribution s'augmentera avec l'introduction d'autres vaccins à partir de 2013.

En tenant compte des coûts spécifiques du PEV, et en considérant les financements assurés, la moyenne annuelle de l'écart financier est de **5 498 092 \$US** avec comme valeur extrême basse **1 554 658 \$US** en 2011 et valeur extrême supérieure **11 008 902 \$ US** en 2014.

L'écart financier concerne les activités suivantes :

- Le personnel (indemnités de supervision et non les salaires) **1%**,
- Le transport (carburant pour la stratégie avancée et le ravitaillement en vaccin) **1%**,
- Les Activités et autres coûts récurrents (Formation à court terme, Mobilisation sociale et IEC, Contrôle et surveillance des maladies, Gestion du programme maintenance et frais généraux) **47%**,
- la logistique (Véhicules et chaîne de froid) **21%**,
- Les campagnes de vaccination **30%**.

VIII.3 Analyse de la viabilité financière

La viabilité financière est la capacité du pays à mobiliser les ressources financières pour réaliser les activités du programme. Pour le court terme, il s'agit des ressources intérieures et extérieures et pour le long terme, ce sont les ressources internes.

En considérant uniquement les financements assurés, l'écart financier est de **27 490 461 \$US** dans ce cas le PEV doit faire un effort supplémentaire pour mobiliser les ressources additionnelles afin de pouvoir réaliser les activités programmées sur la période. Cependant en prenant en compte les financements probables l'écart est de **16 374 530 \$ US** nous pouvons alors dire qu'en matière de viabilité financière, le programme est viable (**situation confortable**).

Face à cet écart financier (18 % des besoins en ressources, si l'on ne considère que les financements assurés), un certain nombre de stratégies de viabilité financière ont été définies par la DPV, puis adoptées par ses partenaires en CCIA.

Ces stratégies visent d'une part à sécuriser les financements probables identifiés dans le document du PPAc, et d'autre part à combler le déficit subsistant.

Ces stratégies s'articulent autour de trois axes :

- Amélioration des processus budgétaires
- Mobilisation de ressources supplémentaires
- Réduction des coûts du PEV grâce à l'amélioration de son efficience

- **Stratégies d'amélioration du processus budgétaire**

Face aux faiblesses dégagées par l'analyse de la situation, les stratégies pour améliorer les processus budgétaire et donc la disponibilité des fonds en temps et lieux adéquats sont :

- Suivi régulier de la mobilisation des intentions de financements du PEV
- Formation sur les procédures de gestion financière des partenaires
- Concertation régulière sur la situation des financements du PEV
- Intégration des partenaires financiers du PEV au panier commun

- **Stratégies de mobilisation de ressources supplémentaires**

Les stratégies définies ci-dessous visent à mobiliser des ressources supplémentaires, pour combler l'écart financier identifié. Elles concernent d'une part les financements internes, et d'autre part les financements externes.

- **Ressources internes**

- ✓ **Budget de l'Etat**

L'Etat burkinabè s'est d'ores et déjà engagé à financer une part croissante du coût des nouveaux vaccins, selon un rythme défini dans son plan d'introduction des nouveaux vaccins. Cependant l'Etat doit augmenter sa contribution sur les volets des activités du PEV.

Ainsi les stratégies proposées sont de :

- Contribution au financement des nouveaux vaccins sur le budget de l'Etat, selon le rythme défini dans le plan d'introduction afférent
- Plaidoyer pour l'augmentation de la part du budget régulier de l'Etat alloué au PEV 6%par an

- ✓ **Financement communautaire (COGES)**

Les COGES ont toujours contribué au financement des activités sanitaires, et en particulier du PEV, au niveau décentralisé. Dans ce cadre il leur est demandé d'augmenter leur contribution. Ainsi la stratégie proposée est de faire un plaidoyer pour l'augmentation de la part du financement communautaire alloué au PEV de 5% par an.

- ✓ **Collectivités locales (communes)**

Dans le cadre de la décentralisation, les collectivités locales sont chargées de la gestion de certaines structures sanitaires. C'est pourquoi il est proposé que ces collectivités contribuent au financement du PEV au niveau décentralisé.

Ainsi la stratégie proposée est de faire un plaidoyer pour la contribution des collectivités locales au PEV, avec un taux de croissance de 1,5% par an

- **Ressources externes**

Les partenaires traditionnels du PEV se sont engagés à financer les activités du PPAc à un niveau variable pour chacun. Cependant malgré ces engagements un écart financier persiste. Il s'agira donc, d'une part, de s'assurer que ces intentions seront bien honorées, et d'autre part de les sensibiliser pour revoir à la hausse leur contribution financière, afin de pouvoir réaliser les activités programmées dans le PPAc.

Ainsi la stratégie proposée est de faire un plaidoyer auprès des partenaires pour la mobilisation des fonds à la hauteur des besoins annuels.

• **Stratégies d'amélioration de l'efficacité du PEV**

Les activités programmées dans ce document de planification (PPAc) ont été revues par rapport aux ressources disponibles. Cependant, un certain nombre de stratégies supplémentaires ont été définies afin de contribuer davantage à l'amélioration de l'efficacité du PEV. Elles concernent principalement :

- la réduction des taux de pertes ;
- l'application de la Politique des Flacons Entamés (PFE) ;
- la bonne maintenance des équipements (en particulier de l'équipement de la CDF et du matériel roulant) ;
- la formation des agents à la gestion du PEV ;
- l'amélioration de la planification aux niveaux décentralisés ;
- la mobilisation des populations ;
- la réduction des taux d'abandon.

IX. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

ACTIVITES	RESPONSABLES	PERIODE				
		2011	2012	2013	2014	2015
GESTION DU PROGRAMME						
Construire un nouveau local pour abriter la DPV	DGSF/DAF				X	
Construire un magasin pour le stockage des consommables	DGSF/DAF					X
Equiper la DPV en mobilier de bureau, fourniture de bureau et matériel informatique	DAF	X	X	X	X	X
Acquérir des motocyclettes pour les formations sanitaires	DAF	X	X	X	X	X
Acquérir des véhicules 4X4	DAF				X	
Acquérir du matériel chaîne de froid	DGSF/DAF	X	X	X	X	X
Affecter deux médecins, 01 pharmacien, 01 PEP et 1 Technicien d'État en Génie Sanitaire (TEGS)	DPV/DRH		X		X	
Réviser les outils de supervision	DPV		X		X	
Organiser des sorties de supervision	DPV	X	X	X	X	X
Réviser les modules de formation	DPV		X			
Elaborer des plans de formation	DPV		X			
Organiser les sessions de formation (gestion du PEV, surveillance et communication)	DPV	X	X	X	X	X
Participer aux formations de courte durée à l'extérieur	DGSF/DPV	X	X	X	X	X
Organiser des voyages d'étude	DPV			X		X
Elaborer les plans d'action annuels	DPV	X	X	X	X	X
Elaborer le plan stratégique 2016-2020	DGSF/DPV				X	X
Elaborer les plans d'introduction des vaccins contre le pneumocoque, le rotavirus et la 2 ^{ème} dose du VAR	DGSF/DPV		X			
Elaborer le plan d'introduction du vaccin contre la méningite A (MenA)	DPV					X

ACTIVITES	RESPONSABLES	PERIODE				
		2011	2012	2013	2014	2015
Introduire le vaccin contre le pneumocoque	DGSF/DPV			X		
Introduire la 2ème dose du vaccin antirougeoleux	DGSF/DPV			X		
Introduire le vaccin contre le rotavirus	DGSF/DPV				X	
Organiser les sessions périodiques du CCIA, CTA	DGSF/DPV	X	X	X	X	X
Organiser les sessions périodiques des CTRS et des CSD	DRS/DS	X	X	X	X	X
Organiser les évaluations périodiques des plans d'action annuels	DPV	X	X	X	X	X
Organiser une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PPAC 2011-2015	DGSF/DPV			X		X
Organiser la revue approfondie du PEV	DGSF/DPV					X
Mener des activités de recherche opérationnelle	DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X
Elaborer et diffuser les supports de collecte des données	DPV	X	X	X	X	X
Rédiger les rapports périodiques (mensuels, trimestriels, semestriels, annuels)	DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X
Organiser les DQS dans tous les districts	DRS/DS	X	X	X	X	X
Organiser 2 réunions décentralisées par an	DGSF/DPV	X	X	X	X	X
Organiser des rencontres semestrielles de partage et de validation des données	DGSF/DPV	X	X	X	X	X
Assurer des supervisions formatives	DPV	X	X	X	X	X
Réaliser des stratégies avancées	DS	X	X	X	X	X
Assurer des monitorings réguliers des données	DRS/DS	X	X	X	X	X
Former le personnel sur la gestion des données et à l'autoévaluation de la qualité des données (DQS)	DGSF/DPV		X		X	
Organiser la formation continue du personnel	DGSF/DPV	X	X	X	X	X
Organiser des journées accélérées de vaccination autour des non vaccinés et dans les districts à faibles couverture vaccinale	DRS/DS	X	X	X	X	X
Réviser les supports de gestion des données	DGSF/DPV		X		X	

ACTIVITES	RESPONSABLES	PERIODE				
		2011	2012	2013	2014	2015
Organiser dans tous les districts la recherche de perdus de vue	DS	X	X	X	X	X
Organiser des campagnes locales de vaccination contre le TMN	DGSF/DPV/DRS/DS		X	X	X	X
Organiser des campagnes locales de vaccination contre la fièvre jaune	DGSF/DPV/DRS/DS			X	X	
Organiser des campagnes de vaccination contre la polio	DGSF/DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X
Organiser des campagnes de vaccination contre la rougeole	DGSF/DPV/DRS/DS				X	
Organiser une campagne de suivi contre la méningite à méningocoque A	DGSF/DPV/DRS/DS				X	
Elaborer des plans d'atteinte des populations d'accès difficiles	DRS/DS	X	X	X	X	X
Mettre en œuvre les plans d'atteinte des populations d'accès difficiles	DRS/DS	X	X	X	X	X
SURVEILLANCE						
Organiser des sorties de supervision spécifique sur la surveillance	DGSF/DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X
Mettre à la disposition des DRS et DS des supports de collecte et directives sur la surveillance basée sur les cas	DRS/DS	X	X	X	X	X
Doter les districts de kits de prélèvement	DPV	X	X	X	X	X
Organiser des sorties de recherche active des cas	DRS/DS	X	X	X	X	X
Investiguer les cas et les épidémies	DRS/DS	X	X	X	X	X
Effectuer l'acheminement des prélèvements aux laboratoires	DPV	X	X	X	X	X
Créer des sites sentinelles pour des maladies concernées par les nouveaux vaccins à introduire	DRS/DS		X	X		
Assurer le contrôle de qualité des laboratoires de référence	LABORATOIRES	X	X	X	X	X
Doter les laboratoires de matériel et réactifs	DPV	X	X	X	X	X
Valider les données de surveillance des MEV avec les laboratoires	DPV	X	X	X	X	X
Notifier les cas de MAPI	DS	X	X	X	X	X
LOGISTIQUE						

ACTIVITES	RESPONSABLES	PERIODE				
		2011	2012	2013	2014	2015
Approvisionner les régions et districts en vaccins et consommables	DPV/DRS	X	X	X	X	X
Former les agents sur la gestion informatisée des stocks	DGSF/DPV			X		X
Mener des supervisions/Contrôles dans les DRS et DS.	DRS/DS	X	X	X	X	X
Participer aux réunions de concertations sur la surveillance des MAPI avec la DGPML	DPV	X	X	X	X	X
Assurer la maintenance préventive et curative des équipements chaîne de froid	DAF/DPV	X	X	X	X	X
Former les responsables PEV en maintenance préventive	DPV			X	X	X
Acquérir des pièces de rechange	DAF/DPV	X	X	X	X	X
Acquérir de matériel de protection électrique	DAF			X		
Réaliser un inventaire exhaustif des équipements de la CDF	DPV		X			
Elaborer un plan de réhabilitation de la CDF	DPV		X			
Mettre en œuvre le plan de réhabilitation de la chaîne de froid	DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X
Acquérir/installer un incinérateur performant pour chaque district	DPV		X	X		
Former et superviser les opérateurs d'incinération	DPV		X	X		
FINANCEMENT						
Organiser une rencontre de plaidoyer avec les partenaires techniques et financiers du PEV sur le financement de la vaccination	DGSF/DPV		X			
Organiser chaque année une rencontre avec les PTF sur le financement de la vaccination	DGSF/DPV	X	X	X	X	X
Doter la DPV d'un logiciel de gestion financière et comptable	DAF/DPV		X			
COMMUNICATION						
Elaborer un plan intégré de communication (AVS, routine, surveillance et introduction nouveaux vaccins)	DPV/UNICEF		X			
Mettre en œuvre les activités de communication dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins	DPV/UNICEF		x			

ACTIVITES	RESPONSABLES	PERIODE				
		2011	2012	2013	2014	2015
Elaborer une grille d'identification des spécificités socio- culturelles et un guide d'implication des communautés en matière de vaccination	DPV/UNICEF/DHPES			X		
Participer à une formation en Promotion de la santé			X			
Organiser un atelier d'échanges avec les chargés de communication (SESA) des régions sur les méthodes d'identification des spécificités socio -culturelles et d'implication communautaire et en matière de vaccination	DPV/UNICEF/DHPES			X		
Identifier les partenaires potentiels pour le développement de la communication en faveur du PEV au niveau central, intermédiaire et périphérique	DPV/DRS/MCD			X		
Mettre en œuvre les consensus retenus à l'issue des rencontres avec les partenaires de communication à tous les niveaux du système de santé	DPV/DRS/MCD/Partenaires			X	X	X
Réaliser des émissions télé et radios	DPV/DRS/DS/		X	X	X	X
Réaliser un film de sensibilisation sur la vaccination et la surveillance en langues nationales	DPV/UNICEF/DHPES				X	X
Traduire le film disponible sur la vaccination en fulfuldé et gulmancéma	DPV			X		
Confectionner des affiches sur le PEV	DRS/DPV			X	X	
Reproduire les boites à images sur la vaccination et la surveillance	DS/DRS			X	X	

X. SUIVI/ÉVALUATION DU PLAN

La coordination et la mise en œuvre du plan seront réalisées à tous les niveaux du système de santé. Des mécanismes de suivi et d'évaluation du plan seront élaborés et soumis à l'appréciation des différents cadres de concertation du PEV (CCIA, CTA/PEV).

CONCLUSION

Le PEV est un programme prioritaire du Ministère de la santé et ses interventions permettent une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies évitables par la vaccination.

Ce PPAC a été élaboré dans un contexte où le Ministère de la santé réunissait les conditions d'élaboration de la PNS et du PNDS 2011_2020.

Le PPAC étant un document d'orientation en matière de directives, de politiques et de stratégies, il apparaît de ce fait qu'il puisse dans un proche avenir, s'adapter aux objectifs qui seront fixés par le PNDS.

Les défis majeurs du programme sont :

- l'amélioration de l'offre de services et des prestations de qualité en matière de vaccination à tous les niveaux du système de santé
- l'éradication de la poliomyélite,
- le contrôle de la rougeole, de la fièvre jaune et les méningites
- l'élimination des épidémies à méningocoque A
- le renforcement de la surveillance basée sur les cas
- la mobilisation des ressources financières pour les vaccinations en particulier les vaccinations de routine.
- L'introduction des nouveaux vaccins