MINISTERE DE LA SANTE ET DE
LA LUTTE CONTRE LE SIDA

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

Plan Pluriannuel Complet 2011 à 2015 du Programme Elargi de Vaccination en Côte d'Ivoire

Abidjan, juillet 2011

SOMMAIRE

SOMMAIRE **1**

SIGLES ET ABREVIATIONS **4**

RESUME **5**

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES **7**

1. CONTEXTE **8**

1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE *8*
1.2. PROFIL POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE *9*
1.3. DONNEES SANITAIRES *11*
1.4. SANTE ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETE *12*

ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE **13**

1.5. Prestations des services de vaccination 13

1.6. Surveillance des maladies cibles du PEV 19

1.7. Surveillance des manifestations adverses post-immunisation (MAPI) 23

1.8. Approvisionnement, gestion des vaccins et logistique 24

1.9. Communication 27

1.10. Gestion de programme 29

2. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES 31

2.1. FORCES 31

2.1.1. PRESTATIONS 31

2.1.2. SURVEILLANCE 31

2.1.3. LOGISTIQUE 32

2.1.4. COMMUNICATION 32

2.1.5. GESTION DE PROGRAMME 32

2.2. FAIBLESSES 32

2.2.1. PRESTATIONS 32

2.2.2. SURVEILLANCE 33

2.2.3. LOGISTIQUE 33

2.2.4. COMMUNICATION 33

2.2.5. GESTION DE PROGRAMME 34

2.3. OPPORTUNITES 34

2.4. MENACES 34

3. PROBLEMES ET PRIORITES *34*

3.1. Principaux problèmes 34

3.2. Priorités 2011 – 2015 35

4. OBJECTIFS ET JALONS *36*
4.1. OBJECTIFS GENERAUX *36*
4.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES *36*

5. STRATEGIES ET ACTIVITES DE 2011 A 2015 .... **36**

6. SUIVI ET EVALUATION **36**

6.1. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION *36*
6.2. INDICATEURS DE SUIVI - EVALUATION *36*

7. ROLES ET RESPONSABILITES **98**

8. ANALYSE DES COUTS ET DU FINANCEMENT **98**

8.1. Méthodologie **98**

8.1.1. Méthodologie pour la détermination des coûts passés **98**

8.1.2. Méthodologie pour la détermination des financements passés **99**

8.2. Analyse des coûts et financements de l'année de base (2009) **99**

8.2.1. Coûts du PEV en 2009 .... **99**

8.2.2. Financements du PEV de routine en 2009 .... **100**

8.3. Coûts et financements du PEV 2011-2015 .... **101**

8.3.1. Méthodologie **101**

8.3.1.1. Méthodologie générale **101**

8.3.2. Besoins en ressources de 2011 à 2015 .... **101**

8.4. Analyse du Financement de 2011 à 2015 .... **105**

8.4.1. Analyse sur la base du financement assuré **105**

8.4.2. Stratégies de viabilité financière du PEV, 2011-2015 .... **109**

8.4.2.1. Stratégies de mobilisation de ressources supplémentaires **109**

8.4.2.2. Réduction des coûts du PEV grâce à l'amélioration de son efficience **110**

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACD	:	(approche) Atteindre Chaque District
AMP	:	Agence de Médecine Préventive
ANR	:	Autorité Nationale de Réglementation
BCG	:	Bacille de Calmette et Guérin
BGE	:	Budget Général de l'Etat
CCIA	:	Comité de Coordination Inter-Agences
CNC	:	Comité National de Certification pour la poliomyélite
CNEP	:	Comité National des Experts pour la Poliomyélite
CNO	:	(zone) Centre, Nord et Ouest (de la Côte d'Ivoire)
CPEV	:	(infirmier) Coordonnateur du Programme Elargi de Vaccination
CSE	:	(infirmier) Chargé de Surveillance Epidémiologique
CV	:	Couverture Vaccinale
DC-PEV	:	Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination
DDS	:	Directeur du District Sanitaire
DIEM	:	Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DIPE	:	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DPM	:	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DRSP	:	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DTC-HépB	:	(vaccin combiné contre) Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B
DTC-HepB-Hib	:	(vaccin pentavalent associé contre) Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B et *Haemophilus influenzae* de type b
ECD	:	Equipe Cadre de District
GAVI	:	Global Alliance for Vaccines and Immunization (sigle anglais de Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
GIVS	:	Vision et Stratégie Mondiale pour la Vaccination
Hib	:	*Haemophilus Influenzae* de type b
HKI	:	Helen Keller International
IgM	:	(anticorps) Immunoglobuline M
INHP	:	Institut National d'Hygiène Publique
IPCI	:	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
JNV	:	Journées Nationales de Vaccination
KfW	:	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque Allemande de Développement)
LCR	:	Liquide Céphalo-Rachidien
MAPI	:	Manifestations Adverses Post Immunisation
MSHP	:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PCV	:	Pastille de Contrôle du Vaccin
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PFA	:	Paralysie Flasque Aiguë
PNN	:	Programme National de Nutrition
PPAC	:	Plan Pluri-Annuel Complet
PSP	:	Pharmacie de la Santé Publique
SAB	:	Seringue Autobloquante
TMN	:	Tétanos Maternel et Néonatal
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	:	Vaccin Antiamaril
VAR	:	Vaccin Anti-rougeoleux
VAT	:	Vaccin Antitétanique
VPO	:	Vaccin Polio Oral

RESUME

Le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) du Programme Elargi de Vaccination (PEV) 2011-2015 s'inscrit, dans le cadre global stratégique tracé par le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013 et dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté. Il s'inspire aussi des Objectifs du Millénium pour le Développement et des orientations définies dans le document "La vaccination dans le monde : Vision et Stratégie 2006 à 2015" (GIVS).

La crise post électorale qu'a traversée la Côte d'Ivoire de novembre 2010 à avril 2011 a eu un impact négatif sur le système sanitaire. Cependant, la période post crise marquée par le retour progressif à la normalité constitue une opportunité pour la relance de l'économie ivoirienne et le renforcement de l'aide au développement.

Les principaux problèmes auxquels le PEV se trouve confronté sont :

- une insuffisance de l'offre des services de vaccination,
- une insuffisance de la notification des cas de maladies cibles du PEV,
- des ruptures de stocks en vaccins et consommables d'injection,
- la faible promotion de la vaccination,
- l'insuffisance numérique et les pannes des équipements de la chaîne du froid,
- une insuffisance de la surveillance à base communautaire.

Face à ces problèmes, les principales priorités pour la période 2011-2015 sont :

- améliorer l'offre des services de vaccination,
- atteindre et maintenir les critères de certification pour l'éradication de la poliomyélite,
- éliminer la rougeole et le tétanos maternel et néonatal,
- contrôler la fièvre jaune,
- introduire le vaccin contre le rotavirus et le pneumocoque,
- améliorer la disponibilité et la gestion des vaccins et consommables d'injection à tous les niveaux,
- renforcer les équipements de la chaine du froid et les moyens de transport à tous les niveaux,
- améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination,
- renforcer la communication et le plaidoyer en faveur de la vaccination.

Les objectifs du plan pour la période 2011-2015 sont de :

- renforcer la qualité et la pérennité des services de vaccination,
- accélérer les efforts d'éradication de la poliomyélite, d'élimination du tétanos néonatal et de la rougeole et de contrôle de la fièvre jaune,
- introduire de manière pérenne les nouveaux vaccins et les technologies appropriées.

Les stratégies et les activités identifiées pour atteindre ces objectifs s'inscrivent dans le cadre de la survie de l'enfant et visent les prestations de services, la surveillance des maladies cibles du PEV, la logistique et l'approvisionnement en vaccins, la communication en faveur du PEV et la gestion de programme.

La mise en œuvre de ce plan va impliquer outre les services du Ministère en charge de la Santé, le Ministère de l'Economie et des Finances, la communauté et les partenaires au développement y compris les Organisations Non Gouvernementales (ONG). Le Ministère en charge de la Santé assurera la responsabilité de la mise en œuvre à travers la Direction de Coordination du PEV. Celle-ci va assurer la coordination générale avec les structures impliquées dans le PEV. Les partenaires du Ministère en charge de la Santé apporteront leur appui technique à la DC-PEV. Le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) assurera la coordination des partenaires et le suivi de la mise en œuvre du plan.

Le budget prévisionnel s'élève pour la période 2011-2015 à un montant global de **241 224 069** dollars US. Le montant pour la vaccination de routine est estimé à 137 768 209 dollars US, celui des activités de vaccination supplémentaires à 27 651 452 dollars US.

Le plan 2011-2015 du PEV sera financé par l'Etat, l'OMS, l'UNICEF, GAVI, ROTARY International et les autres partenaires au développement impliqués dans le PEV.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I : Quelques indicateurs démographiques en Côte d'Ivoire 8
Tableau II : Indicateurs macroéconomiques 9
Tableau III : Indicateurs macroéconomiques 10
Tableau IV : Quelques indicateurs de santé de la Côte d'Ivoire 11
Tableau V : Couverture vaccinale par antigène obtenue par rapport aux jalons fixés 14
Tableau VI : Evolution des indicateurs de performance des districts entre 2006 et 2010 en Côte d'Ivoire 15
Tableau VII : Indicateurs des activités supplémentaires de vaccination en Côte d'Ivoire entre 2006 et 2010 18
Tableau VIII. Incidence des maladies cibles du PEV, CI, 2006 à 2011 19
Tableau IX : Indicateurs spécifiques de surveillance des maladies cibles du PEV, CI, 2006 à 2010 23
Tableau X : Evolution du budget de l'Etat consacré au PEV 30
Tableau XI : Priorités nationales, objectifs et jalons du PEV pour la période 2011-2015 37
Tableau XII : Objectifs, stratégies et activités essentielles par composante pour la période 2011-2015 49
Tableau XIII : Indicateurs de suivi et évaluation du PPAC 2011-2015 64
Tableaux XIV. Plan d'action opérationnel 2011 du PEV 81
Tableau XV : Indicateurs de suivi et évaluation du PPAC du PEV 20011-2015 97
Tableau XVI : Indicateurs économiques et financiers du PEV en 2009 99
Tableau XVII : Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2011 à 2015 102
Tableau XVIII : Indicateurs macroéconomique de viabilité financière 103
Tableau XIX : Récapitulatif du Cofinancement de la CÔTE D'IVOIRE de 2011 à 2015 105
Tableau XX : Financements sûrs et probables pour la période 2011-2015 (dollars US) 106

Liste des figures

Figure 1 : Dépenses de santé en Côte d'Ivoire par Source de financement (FS) détaillée (en % de la DTS), Source : données CNS CI 2007, 2008 10
Figure 2 : Evolution des couvertures vaccinales de routine entre 2006 et 2010 en Côte d'Ivoire 14
Figure 3 : Evolution des taux d'abandons spécifiques entre 2006 et 2010 en Côte d'Ivoire 16
Figure 4 : Comparaison des indicateurs de performance chez les enfants de 12-23 mois en Côte d'Ivoire en 2006 et 2010. 15
Figure 5 : Evolution de la complétude et de la promptitude annuelle de la notification de routine, CI, 2006 à 2010 20
Figure 6 : Evolution annuelle de la performance du taux de PFA non polio en Côte d'Ivoire, de 2006 à Juin 2011 21
Figure 7 : Situation du taux de PFA non polio par régions sanitaires de 2009 à Juin 2011 21
Figure 8 : Evolution annuelle de la performance de la proportion de selles dans les 14 jours en Côte d'Ivoire, de 2006 à Juin 2011 22
Figure 9 : Situation de la proportion de selles dans les 14 jours par régions sanitaires de 2008 - 2010 22
Figure 10 : Principales sources d'information des parents au cours des AVS polio en 2009 et 2010 28
Figure 11 : Connaissance des maladies cibles du PEV 28
Figure 12 : Principales raisons de non vaccinations des cibles du PEV en Côte d'Ivoire en 2009 (source ; revue externe du PEV Côte d'Ivoire 2010) 29
Figure 13 : Sources de financement du PEV de routine en Côte d'Ivoire en 2009 (*Source: Revue externe du PEV en 2010)* 30
Figure 14 : Profil des coûts spécifiques du PEV de routine en 2009 100
Figure 15 : Profil du Financement des coûts spécifiques du PEV de routine en 2009 101
Figure 16 : Projection des besoins en ressources de 2011 à 2015 103
Figure 17 : Analyse de la viabilité financière 105

1. CONTEXTE

1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE

Compris entre le 4ème et le 10ème degré de latitude nord, le territoire de la Côte d'Ivoire est distant de l'équateur d'environ 400 kilomètres sur ses marges méridionales, et du Tropique du Cancer d'environ 1 400 kilomètres sur ses frontières septentrionales.

La Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Ouest par la Guinée et le Liberia, au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Est par le Ghana.

Le climat généralement chaud et humide constitue dès lors une transition entre l'équatorial et le tropical. Equatorial le long des cotes, il est semi-aride à l'extrême nord.

Le territoire de la Côte d'Ivoire présente l'aspect d'un quadrilatère, dont le sud offre une façade de 520 km sur l'océan Atlantique, dans la partie occidentale du golfe de Guinée. Le pays est caractérisé par un relief peu élevé, avec le mont Nimba qui culmine à 1 752 mètres, dans la zone ouest montagneuse. Les eaux, qui couvrent environ 4 462 km2, soit 1,38 % de la superficie totale du pays, sont constituées au sud par l'océan (Atlantique), les lagunes dont les plus célèbres sont Aby, Ebrié, Tadio, ainsi que d'eaux mortes. De nombreux cours d'eau avec souvent des débits extrêmes, drainent tout le territoire. Au nombre de ceux-ci figurent quatre grands fleuves qui sont le la Comoé (1 160 km), le Bandama (1 050 km), le Cavally (700 km) et le Sassandra (650 km). D'autres cours d'eau importants sont tributaires de ces derniers ou forment des bassins versants indépendants en tant que fleuves côtiers comme le Tabou, le Néro, le San-Pedro, le Bolo, le Niouniourou, le Boubo, l'Agnéby, la Mé, la Bia. À cet ensemble s'ajoutent des ruisseaux et plusieurs étendues marécageuses.

La végétation est de type forêt dense au sud et à l'ouest, de type savane arborée au centre et de type savane herbeuse au nord.

Le pays compte environ 60 groupes ethniques dont les principales sont les Baoulé, les Agni, les Krou, les Lobi, les Malinké, les Sénoufo. Les religions les plus pratiquées sont l'animisme, le christianisme et l'islam. En 2008, le taux d'alphabétisation (personnes âgées de 15 ans et plus sachant lire et écrire) était estimé à 54,6% en moyenne, **60% pour les hommes et 38% pour les femmes**.

Les projections de l'Institut National de Statistiques (INS) estiment la population de 2011 à 22 594 238 habitants à partir du recensement général de la population de 1998. Le taux d'urbanisation est estimé à 45% en 2004. Les proportions de populations en 2011 sont :

- enfants de 0 à 11 mois 3,24%
- enfants de 0 à 4 ans 15,27%
- enfants de 6 à 59 mois 13,69%
- enfants de 0 à 14 ans 39,56%
- femmes enceintes 3,75%
- femmes en âge de reproduction 25,00%

Tableau I : Quelques indicateurs démographiques en Côte d'Ivoire

Indicateurs	Valeurs	Année et source*
Taux de natalité	3,7 pour 100	2005 (EIS)
Taux brut de mortalité	117 pour 1000 naissances vivantes	2005 (UNICEF)
Espérance de vie à la naissance	46 ans	2005 (EIS)
Taux moyen de croissance annuelle	2,8%	2006 (INS)
Indice synthétique de fécondité	4,6 enfants par femme	2005 (EIS)

Sources : Rapport d'enquête sur les indicateurs du SIDA en RCI, 2005, MLS

Le pays compte 8 538 localités dont 123 de plus de 10 000 habitants et 2 556 155 ménages de 8 personnes en moyenne. Il est divisé en 19 régions, 80 départements, 2 districts autonomes, 56 conseils généraux, 376 sous préfectures, 987 communes et plus de 8 574 villages.

1.2. PROFIL POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

La Côte d'Ivoire a traversé une crise socio-politique depuis 2002. Les accords politiques de Ouagadougou (APO) ont cependant permis, la mise en place d'un Programme d'Assistance d'Urgence Post-Conflit (AUPC) avec les partenaires techniques et financiers entre août 2007 et à la fin de l'année 2008. Un tel contexte au niveau national a induit un taux de croissance réel du PIB de 1,8% et de 2,5% respectivement en 2007 et 2008. Le PIB par tête est passé de 482 009 FCFA en 2007 à 517 704 F CFA en 2008.

S'agissant des finances publiques, les recettes totales (fiscales, non fiscales et dons) sont passées de 1 871,2 milliards (19,2% du PIB) en 2007 à 2 160,1 milliards (20,1% du PIB) en 2008. Les dépenses se sont quant à elles situées en 2007 et 2008 respectivement à 1 949,4 milliards (20,0% du PIB) et 2 201,1 milliards (20,4% du PIB).

.

Tableau II : Indicateurs macroéconomiques

Indicateurs	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PIB (en milliards de Fcfa)	7630,3	8204,6	8605,7	8896,2	8745,5	9011,8	9307,9	9750,2	10772,0
Variation en volume (en %)	-2,1	0,1	-1,7	-1,4	1,2	1,7	1,5	1,8	2,5
PIB/Hab (millier Fcfa)	459,2	480,1	489,6	492,1	470,4	471,3	473,3	482,0	517,7
Inflation (en %)	2,5	4,4	3,1	3,3	1,4	3,9	2,5	1,9	6,3

Source : Institut National de la Statistique (INS)

En 2010, le pays a poursuivi la mise en œuvre du programme économique et financier 2009-2011, ainsi que celle du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP), qui devait conduire au point d'achèvement de l'initiative Pays Pauvre Très Endettés (PPTE) au terme du premier semestre de 2011. Ce programme visait à assurer la stabilité macroéconomique, à créer les conditions d'une croissance soutenue dont les fruits seraient équitablement répartis, et à lutter plus efficacement contre la pauvreté, en renforçant la gestion des finances publiques et la construction d'infrastructures économiques et sociales.

Entre le dernier trimestre de l'année 2010 et le premier trimestre de l'année 2011, le pays a connu un conflit armé consécutif à la proclamation des résultats du second tour des élections présidentielles, avec comme conséquence une dégradation des indicateurs économiques et socio-sanitaires. En effet, la crise postélectorale et les sanctions de la communauté internationale, ont lourdement pesé sur l'économie nationale. Le pays s'est retrouvé à cours de liquidités. La quasi-totalité des institutions financières ainsi que des entreprises privées ont dû arrêter leurs activités du fait de l'insécurité et de la suspension du système de compensation bancaire par la Banque centrale des États de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO).

Avec une telle paralysie de l'économie, le scenario, mis en évidence par le tableau ci-dessous, conduirait en 2011 à une forte chute de la croissance du PIB réel (-7.3%). Toutefois, une reprise graduelle de l'économie est attendue en 2012 (5.9%) sous l'hypothèse d'une normalisation de la situation sécuritaire dans la deuxième moitié de 2011, en liaison avec la levée des sanctions et la reprise de la coopération internationale. Les perspectives économiques et sociales de la Côte d'Ivoire à moyen terme dépendent largement de la pacification du pays et de la bonne mise en œuvre des programmes d'urgence de reconstruction.

Tableau III : Indicateurs macroéconomiques

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Taux de croissance du PIB réel	3.7	2	-7.3	5.9
Inflation IPC	4.7	2.7	6.3	3.3
Balance budgétaire % PIB	-1.6	-2.5	-1.9	-3.4
Balance courante % PIB	7.2	5.9	5.2	4.2

Source : OCDE : Perspectives économiques 2010

Le secteur de la santé, déjà en déficit de financement, comparativement aux engagements pris à Abuja en 2001 (15% du budget national), a été fortement ébranlé par cette crise. Les statistiques financières d'avant la crise post électorale montrent que le budget alloué au ministère en charge de la santé oscille entre 4% et 5% du budget de l'Etat, depuis plusieurs années.

Le financement du secteur de la santé est assuré par trois principales sources que sont les ménages, l'Etat et les partenaires techniques et financiers. Selon le rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 2007-2008, la Dépense Totale de Santé (DTS) est passée de **557 969 265 654 F CFA** à **613 406 905 504 F CFA** de 2007 à 2008. La part des dépenses totales de santé dans le Produit Intérieur Brut (PIB) reste relativement constante (5,7%)[1]. Rapportée à la taille de la population ivoirienne, la DTS représente respectivement **27 941,5 F CFA** (58 $US) et **29 826,6 F CFA** (66 $ US) par habitant et par an en 2007 et 2008. Les ménages représentent la principale source de financement de la santé en Côte d'Ivoire.

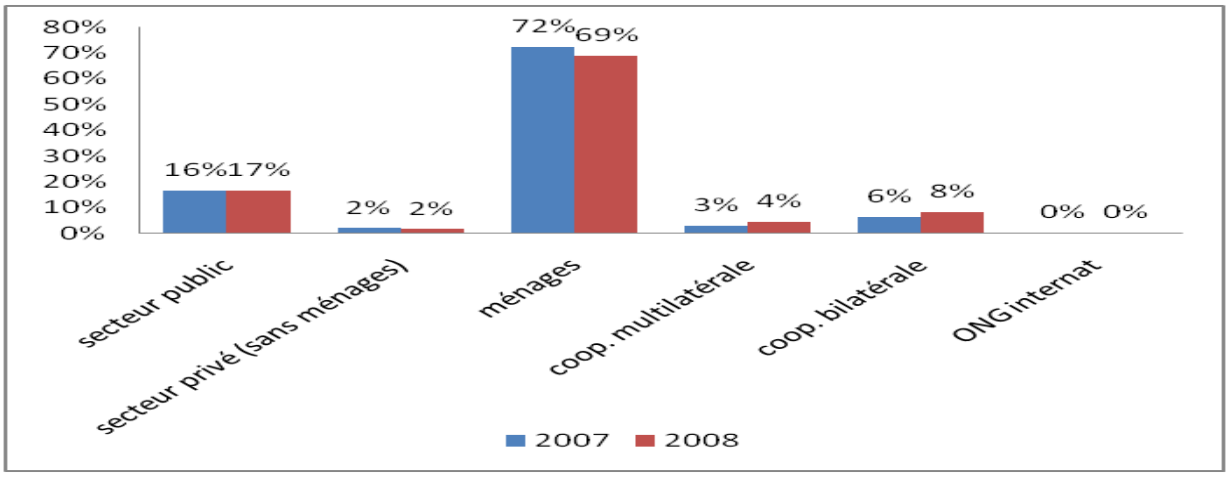


Figure 1 : Dépenses de santé en Côte d'Ivoire par source de financement détaillée (en % de la DTS)
Source : données CNS CI 2007, 2008

Au niveau du secteur public, les ménages contribuent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts des actes de santé, généralisé sur l'ensemble du territoire. Cette participation des ménages est difficilement appréciable dans le cadre de la vaccination.

L'important réseau routier, facilitant l'accessibilité géographique des populations aux structures de santé, s'est fortement dégradé depuis ces dernières années. On note des facilités de communication avec des réseaux développés de téléphonie fixe et mobile, de radio et télévision. Les sources d'énergie disponibles couramment utilisées sont l'électricité et le gaz. Le réseau d'électrification et d'adduction en eau potable est étendu aux principales agglomérations urbaines et à de nombreux

[1] Celle des dépenses publiques de santé dans le budget global de l'Etat restent elles aussi constantes autour de 5% pour les deux années.

villages. Malgré ces facilités de communication certains districts sanitaires ne disposent pas du téléphone fixe, de fax et d'accès à internet.

1.3. DONNEES SANITAIRES

La Côte d'Ivoire a adhéré en 1981 à la Charte africaine de développement sanitaire avec la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP). La pyramide sanitaire nationale comprend trois niveaux. Le premier niveau est celui de premier contact et est constitué d'une gamme variée d'établissements offrant des prestations de base (formation sanitaire urbaine, centre de protection maternelle et infantile, centre de santé urbain, dispensaire urbain, maternité urbaine, centre de santé rural, dispensaire rural, maternité rurale). Le niveau secondaire est celui de premier recours ou de première référence et comprend, en 2010, les hôpitaux généraux et les centres hospitaliers régionaux. Le niveau tertiaire comprend les centres hospitaliers universitaires (CHU), au nombre de 4 et les centres et instituts spécialisés au nombre de 6.

Le secteur privé s'intègre dans ce système de santé à travers les infirmeries privées et d'entreprises, les dépôts de ventes de médicament au niveau primaire. Au niveau secondaire et tertiaire, ce sont les cabinets médicaux, les cliniques, les polycliniques, les pharmacies, et les laboratoires privés.

Le pays compte 1 580 établissements sanitaires, inégalement réparties entre les régions, 99 hôpitaux généraux (HG), 19 centres hospitaliers régionaux, 4 centres hospitaliers et universitaires et 6 instituts spécialisés.

Ainsi les régions des Lagunes 1 et 2, pour près de 20% de la population cible du PEV, réunissent environ 40% des centres de santé urbains et 65% des maternités urbaines. Ces centres sont dirigés généralement par un infirmier en milieu rural et par un médecin en milieu urbain.

Les niveaux de déconcentration administrative et technique sont représentés par 19 Directions Régionales de la Santé (DRS) et 102 Directions Départementales de la Santé (DDS). Une partie des DRS et DDS bénéficient de l'appui de partenaires (OMS, UNICEF, CICR, ROTARY International etc.) en équipements et en médicaments. Les activités de ces districts et directions régionales sont coordonnées par la Direction Générale de la Santé (DGS).

La politique sanitaire de la Côte d'Ivoire définie dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), est mise en œuvre à travers les programmes de santé. La coordination d'ensemble de ces programmes y compris le PEV, est assurée par la Direction de la Santé Communautaire (DSC), elle-même rattachée à la Direction Générale de la Santé.

Le tableau suivant présente quelques indicateurs de santé de base dans le pays, extraits du rapport de l'enquête sur les indicateurs de santé de 2005.

Tableau IV : Quelques indicateurs de santé de la Côte d'Ivoire

Indicateurs	**Indicateurs**
Personnel de Santé	✓ Ratio médecin/population =1 / 8 333 habitants ✓ Ratio sage femme/FAR =1 / 2 080 femmes 15-49 ans ✓ Ratio infirmier/ population =1 / 1 667 habitants
Soins de Santé Primaires (2000 & 2002)	✓ Taux de fréquentation =21% ✓ Accès à l'eau potable =84%
Couverture en santé de la reproduction (2004)	✓ Couverture prénatale =88% ✓ Accouchement assisté =68% ✓ Utilisation contraception =15%
Séroprévalence VIH (2005)	✓ VIH Population générale =4,7% ✓ VIH Femme =6,4%
Malnutrition	✓ Hypotrophie néonatale =17% (2004) ✓ Anémie infanto juvénile =2,8% (2000)

Sources : Situation des enfants dans le monde, 2006, UNICEF
Rapport d'enquête sur les indicateurs du SIDA en RCI, 2005, MLS.

1.4. SANTE ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

Selon le DSRP de 2003, le gouvernement s'est engagé à prendre toutes les dispositions pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) tels qu'approuvés par l'Assemblée Générale des Nations Unies en septembre 2001.

L'objectif 4 des OMD vise à réduire de 2/3 la morbidité et la mortalité liée aux maladies évitables par la vaccination. Pour atteindre cet objectif le PEV vise à mener les couvertures vaccinales pour tous les antigènes à 80%, en utilisant deux stratégies : la réforme du cadre institutionnel et le renforcement de la mise en œuvre de la stratégie atteindre chaque district (ACD).

En vue de faire face à l'accroissement des engagements de l'Etat, le Gouvernement met l'accent sur la croissance économique et l'allègement de la dette extérieure.

2. Analyse de la situation actuelle

2.1. Prestations des services de vaccination

Les populations cibles du PEV sont les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes. Pour l'année 2011, les populations cibles sont estimées à 732 591 enfants de 0 à 11 mois et 847 953 femmes.

Le PEV utilise les vaccins suivants : le BCG, le vaccin pentavalent (DTC-HépB-Hib), le vaccin Polio oral (VPO), le vaccin anti-rougeoleux (VAR), le vaccin anti-amaril (VAA) et le vaccin antitétanique (VAT). Ces vaccins protègent contre 9 maladies cibles : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche l'hépatite virale B, les infections à *Haemophilus influenzae* type b, la poliomyélite, la rougeole et la fièvre jaune.

Le calendrier vaccinal prévoit chez l'enfant 5 contacts avant son premier anniversaire (à la naissance, à 6, 10, 14 semaines et à 9 mois). Chez la femme 5 contacts sont prévus dont les deux premiers espacés d'un mois, le troisième six mois après le deuxième et les deux derniers à intervalle d'au moins un an

La stratégie ACD est mise en œuvre dans tous les districts sanitaires et à travers les 1 580 établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) qui offrent les prestations de vaccination.

Selon les résultats de la revue externe de 2010, la stratégie ACD a été insuffisamment mise en œuvre en 2009 dans certains districts. L'offre des services de vaccination est insuffisante pour toutes les stratégies. En effet, 95% des centres de santé font moins de 13 séances de vaccination en stratégie fixe par mois. Tous les antigènes ne sont pas administrés lors des séances de vaccination dans 24% des centres pour la stratégie fixe et dans 33% des centres pour la stratégie avancée. La stratégie mobile de vaccination est effectuée dans 50% des districts qui ont des équipes dédiées à cette activité. Par ailleurs, l'application de la politique du flacon entamé est encore insuffisante.

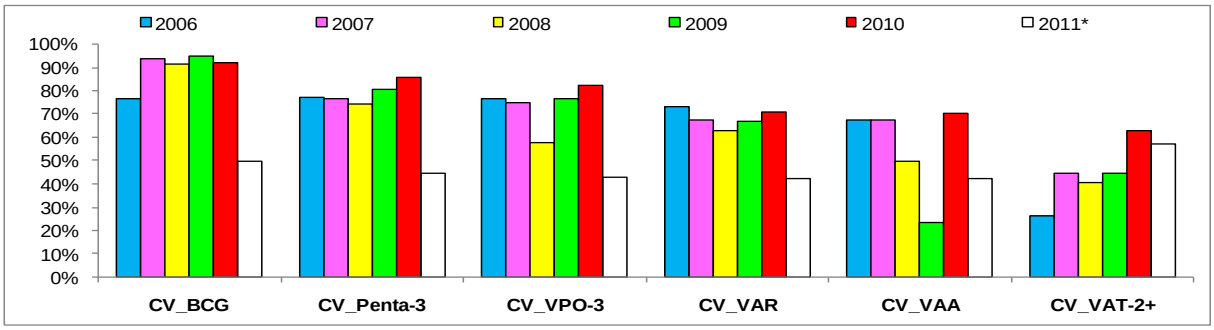
a) Suivi des activités de vaccination

Selon les directives nationales, le suivi des activités de vaccination se fait à travers la supervision des acteurs et le monitorage des activités aux niveaux central, régional et opérationnel, selon une périodicité bien établie.

Les résultats de la revue externe 2010 montrent que parmi les agents de santé impliqués dans la vaccination, 26% sont du personnel qualifié. La supervision et le monitorage des activités sont insuffisamment mis en œuvre. En effet, les agents de santé de 43% des centres vaccinateurs et de 20% des districts visités n'ont pas été supervisés. Par ailleurs, 52% des centres vaccinateurs ne font pas le suivi des couvertures vaccinales.

En routine, la complétude des rapports et la promptitude dans leur transmission du niveau opérationnel vers le niveau régional et le niveau central restent insuffisantes.

b) Performances du PEV de routine



* données de janvier à mai 2011.

Figure 2 : Evolution des couvertures vaccinales de routine entre 2006 et 2011 en Côte d'Ivoire

Sur la période de 2006 à 2011 les couvertures vaccinales administratives au niveau national par antigène sont généralement inférieures à 80% pour tous les antigènes sauf pour le BCG. Ces couvertures vaccinales s'infléchissent entre 2006 et 2008, suivi d'une tendance à la hausse jusqu'en 2010, d'une part.

D'autre part la comparaison des couvertures des cinq 1ers mois de 2010 et 2011, montrent un effondrement des couvertures vaccinales tous antigènes confondus. A titre d'exemple, la couverture vaccinale pour la 3ème dose du vaccin pentavalent, la couverture a baissé de moitié.

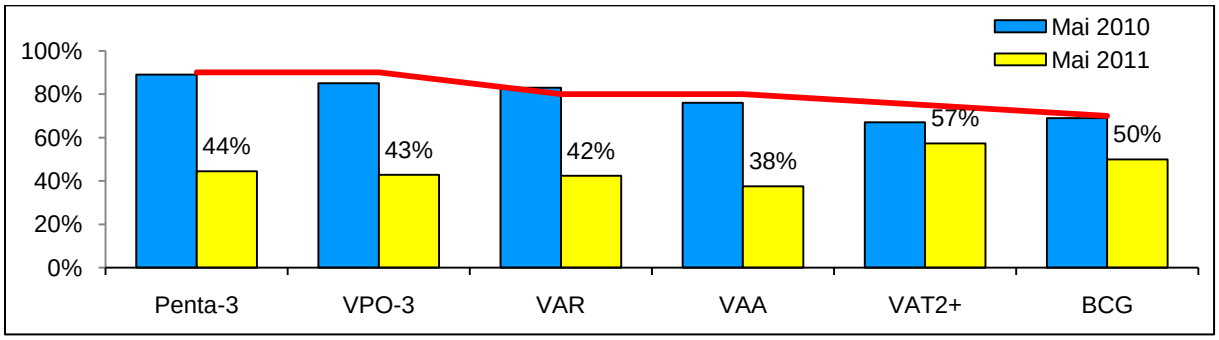


Figure 3 : Evolution des couvertures vaccinales administratives des cinq premiers mois de 2010 et 2011.

Tableau V : Couverture vaccinale par antigène obtenue par rapport aux jalons fixés

Indicateurs	2007		2008		2009		2010	
	Prévus	réalisés	Prévus	réalisés	Prévus	réalisés	prévus	réalisés
CV BCG	85%	94%	90%	91%	92%	95%	95%	92%
CV DTC-HépB-Hib 3	80%	76%	85%	74%	87%	81%	90%	86%
CV VAR	78%	67%	83%	63%	85%	67%	87%	71%
CV VAA	78%	68%	83%	50%	85%	24%	87%	70%
CV VAT	60%	45%	70%	40%	78%	44%	85%	63%

L'évaluation du PPAC 2007-2011 a montré que les jalons fixés en matière de couverture vaccinale du niveau national n'ont pas été atteints (voir tableau V).

Tableau VI : Evolution des indicateurs de performance au niveau district entre 2006 et 2010 en Côte d'Ivoire

Indicateurs de performance	2006	2007	2008	2009	2010
DS avec CV en BCG ≥ 80%	44%	73%	83%	82%	75%
DS avec CV en DTC3 ≥ 80%	44%	43%	49%	57%	69%
DS avec CV en VPO3 ≥ 80%	44%	39%	18%	39%	61%
DS avec CV en VAR ≥ 80%	35%	25%	21%	19%	36%
DS avec CV en VAA ≥ 80%	28%	24%	1%	1%	33%
DS avec CV en VAT 2+ ≥ 80%	0%	0%	1%	1%	12%
DS avec taux d'abandon Penta-1/3 < 10%	23%	13%	6%	20%	40%
DS avec taux d'abandon Penta-1/VAR < 10%	10%	8%	7%	4%	7%

Les objectifs du GIVs qui recommande au moins 80% de couverture vaccinale dans chaque district ne sont pas atteints. La proportion de districts ayant un taux d'abandon spécifique de moins de 10%.

La revue externe 2010 a relevé une baisse du taux de possession de document de vaccination, de la capacité du programme à atteindre les enfants de moins d'un an et de la proportion d'enfants cibles complètement vaccinés. (Figure 3).

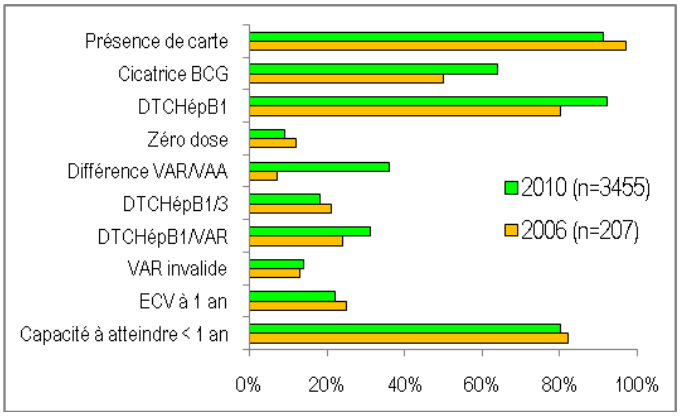


Figure 5 : Comparaison des indicateurs de performance chez les enfants de 12-23 mois en Côte d'Ivoire en 2006 et 2010.

L'accès au programme et la proportion de cicatrices BCG se sont améliorées. En revanche, les indicateurs se rapportant à la capacité à atteindre les enfants de moins d'un an (couverture valide pour le VAR) , la proportion d'enfants complètement vaccinés, le taux d'abandon entre la 1ère et la 3ème dose de DTC-HépB, le VAR, l'écart entre les couvertures en VAR et en VAA et la possession de carnets de vaccination ont régressé. Selon la revue externe 2010 la négligence des parents et la non disponibilité des vaccins sont les raisons de cette contre performance.

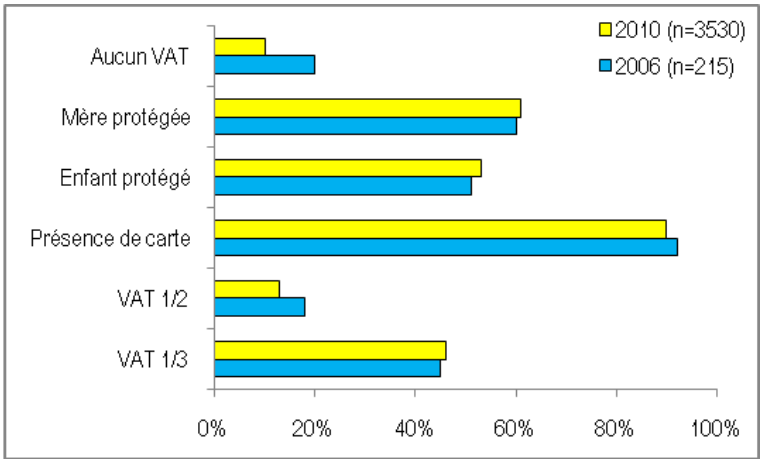
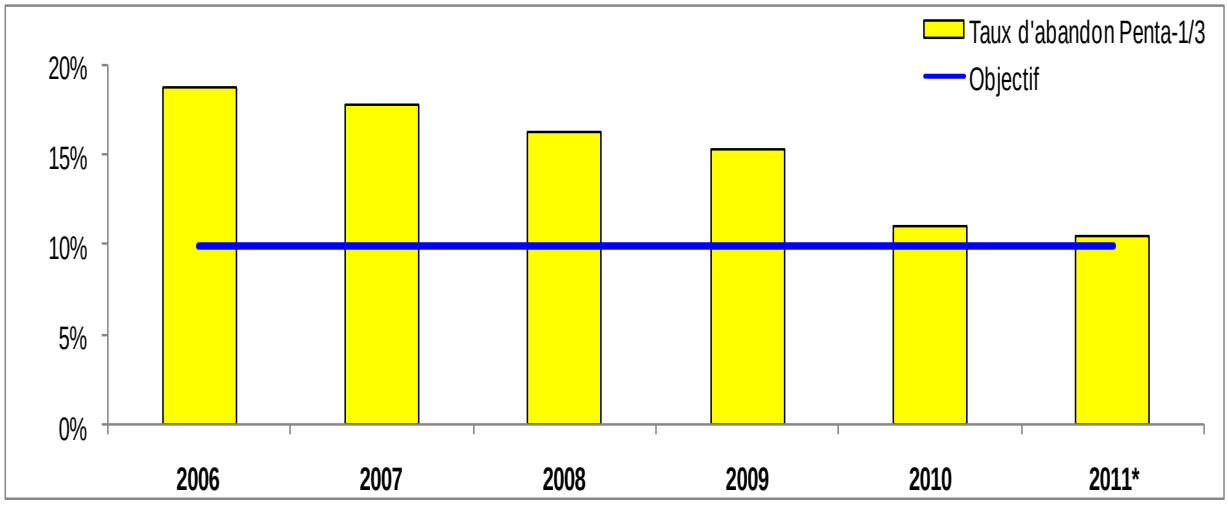


Figure 6 : Indicateurs de performance chez les mères d'enfants de 0-11 mois en Côte d'Ivoire en 2006 et 2010.



* données de janvier à mai 2011.

Figure 4 : Evolution des taux d'abandon spécifique entre 2006 et 2010 en Côte d'Ivoire

Les taux d'abandon qui mesurent l'utilisation des services de vaccination sont très élevés entre la 1ère et la 3ème dose de vaccin pentavalent. Nous constatons une tendance vers la baisse entre 2006 et 2010.

c) Activités de vaccination supplémentaires

En plus des activités de vaccination de routine, des activités de vaccination supplémentaires sont organisées de façon préventive, ou lorsque la situation épidémiologique le commande.
Entre 2007 et le premier semestre 2011, le pays a organisé, douze (12) passages de journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, quatre (4) passages de vaccination contre le tétanos

et une campagne nationale de vaccination contre la rougeole dont les résultats sont consignés dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau VII : Indicateurs des activités supplémentaires de vaccination en Côte d'Ivoire entre 2006 et 2010

Indicateurs	***JNV contre la poliomyélite***											
	Fév.09	**Mars 09**	**Mai 09**	**Juin 09**	**Août 09**	**Oct. 09**	**Déc. 09**	**Mars 10**	**Avril 10**	**Oct. 10**	**Mai 11**	**Juin 11**
CV administrative	93%	102%	104%	100%	108%	99%	100%	100%	101%	99%	98%	100%
% DS avec CV ≥ 95%	53%	96%	100%	78%	100%	93%	94%	95%	96%	88%	84%	90%
Zéro dose	5%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
% Enfants manqués	3,5%	1,9%	2,4%	2,1%	2,6%	3%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%	3,8%	3,5%
% localités ins. Couvertes	4,4%	1,2%	4,7%	1,2%	5,2%	6,8%	3,6%	3,2%	2,8%	1,7%	4,2%	3,6%

Indicateurs	***Couvertures cumulées AVS contre le tétanos de 2008 à 2010***				
	Total femmes vaccinées au 1er passage (A)	Total femmes vaccinées au 2e passage (B)	Total femmes vaccinées au 3e passage (C)	Total femmes vaccinées au 4e passage (D)	% de couverture (A+B+C+D)/Pop cible
VAT1	4 580 831	537 266	406 293	137 460	113%
VAT2		4 058 657	684 919	193 764	98%
VAT3			3 793 433	788 743	91%
% DS avec VAT ≥ 80%	VAT 2+ : 100%		VAT 3 : 56%		
CV VAT après enquête	VAT 2+ : 75%		VAT 3 : 41%		

Indicateurs	***AVS contre la rougeole en 2008***
CV administrative	95%
% DS avec CV ≥ 95%	71%
CV après enquête	91%

Les couvertures vaccinales administratives obtenues au niveau national lors des JNV polio de 2009 et 2010 sont toutes supérieures à 95% sauf celle du 1er passage de 2009. Il en est de même pour le pourcentage de districts sanitaires ayant atteint une couverture vaccinale d'au moins 95%. Les indicateurs renseignés lors du monitorage des différents passages de JNV Polio montrent une amélioration de la qualité des campagnes.

2.2. Surveillance des maladies cibles du PEV

a) Incidence des maladies cibles du PEV

Entre Janvier 2006 et Juin 2011, la situation épidémiologique a été marquée par la survenue de plusieurs épidémies dues à des maladies évitables par la vaccination.
L'incidence des maladies sous surveillance du PEV est consignée dans le tableau ci-dessous

Tableau VIII. Incidence des maladies cibles du PEV, CI, 2006 à 2011

Maladies	2006	2007	2008	2009	2010	Juin 2011
Rougeole cas confirmés	11	5	12	161	418	417
Polio cas confirmés	0	0	1	26	0	14
Fièvre jaune cas confirmés	2	0	14	21	36	5
Cas de Tétanos néonatal	16	31	15	8	3	1

Après trois années consécutives sans poliovirus sauvage (PVS), le pays a été réinfesté en décembre 2008 par le poliovirus sauvage de type 1. En 2009, le rétablissement de la circulation du PVS a été constaté la notification de 26 cas. Depuis le début de l'année 2011, la Côte d'Ivoire a été réinfesté par le poliovirus sauvage de type 3 avec 14 cas détecté entre Janvier et Juin.

En ce qui concerne la rougeole, après la campagne de rattrapage de 2005, nous avons assisté à une réduction significative des cas confirmés de rougeole sur la période 2006-2008. Depuis Janvier 2009 et malgré la campagne de suivi de 2008, on assiste à une augmentation du nombre de cas confirmé de rougeole.

b) Surveillance de la maladie

La Côte d'Ivoire compte 102 districts sanitaires dont 99 fonctionnels. Le système de surveillance couvre 1 266 sites de surveillance active parmi lesquels 799 sites prioritaires identifiés dans les structures privées et publiques. Les visites de surveillance active sont effectuées par l'infirmier chargé de la surveillance épidémiologique (CSE) et l'infirmier chargé du PEV (CPEV) au niveau du district. Des appuis ponctuels sont apportés par les niveaux régional (direction régionale) et central (DCPEV), dans les districts identifiés comme peu performants. Les définitions standard de cas de maladie ont été élaborées et diffusées dans tous les sites de surveillance.
Un Système d'alerte précoce (SAP) pour les maladies à potentiel épidémique a été mis en place à l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) et concerne la rougeole, les fièvres hémorragiques virales, le choléra, la méningite, la grippe. Concernant ces maladies, des rapports hebdomadaires sont faits par les districts sanitaires.

Les rapports de morbidité produits par les sites de notification sont collectés et compilés au district. Ces rapports sont transmis mensuellement à la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) à travers le rapport SIG et à la DC-PEV à travers le rapport PEV.

Dans le cadre du diagnostic biologique de la poliomyélite, de la fièvre jaune et de la rougeole, des échantillons sont prélevés sur les sites de notification devant tout cas suspect. Ces échantillons sont transmis à la DC-PEV avant d'être acheminés à l'IPCI, selon le circuit établi par le pays.
Le diagnostic biologique est fait par l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), laboratoire national de référence.

La rétro-information est faite par l'INHP à travers le bulletin épidémiologique hebdomadaire « Le Vigile ». Quant à la DC-PEV, elle la fait au cours des réunions régionales de suivi,
Les rapports d'activités sont transmis de la manière suivante :

- des centres de vaccination au district, au plus tard le 05 du mois en cours
- du district à la direction de coordination du programme élargi de vaccination, au plus tard le 10 du mois en cours

Les informations de la surveillance épidémiologique sont rapportées à travers le rapport mensuel PEV. La complétude et la promptitude des rapports mensuels PEV, au cours de la période 2006-2011, sont présentées dans la figure ci-dessous

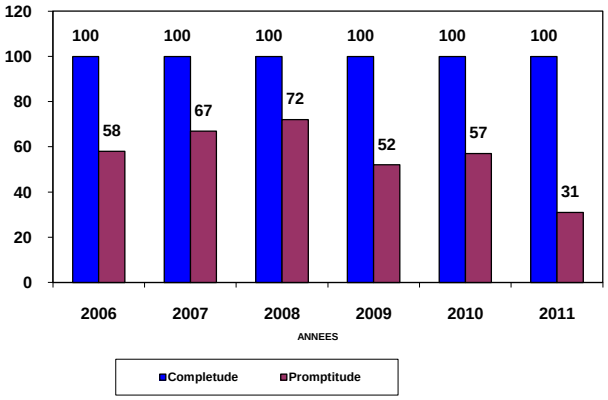


Figure 7 : Evolution de la complétude et de la promptitude annuelle de la notification de routine, CI, 2006 à 2010

La complétude de la notification des rapports mensuels des districts à la DC-PEV est de 100%, cependant la promptitude connaît une évolution en dents de scie sur la période 2006 à 2010 est en dessous du seuil de 80%.

Pour la préparation et la riposte aux épidémies, un comité national de lutte contre les épidémies (CNLE) existe au sein du Ministère en charge de la santé depuis 2001.

c) Performances de la surveillance des maladies évitables par vaccination

Performances de la surveillance des PFA

La performance de la surveillance des PFA s'apprécie à travers 2 indicateurs majeurs : le taux de PFA non polio et le pourcentage de selles prélevées dans les 14 jours qui suivent l'apparition de la maladie

Taux de PFA non polio

L'évolution du taux de PFA non polio au niveau national, sur la période 2006 à Juin 2011, est présenté dans la figure ci-dessous.

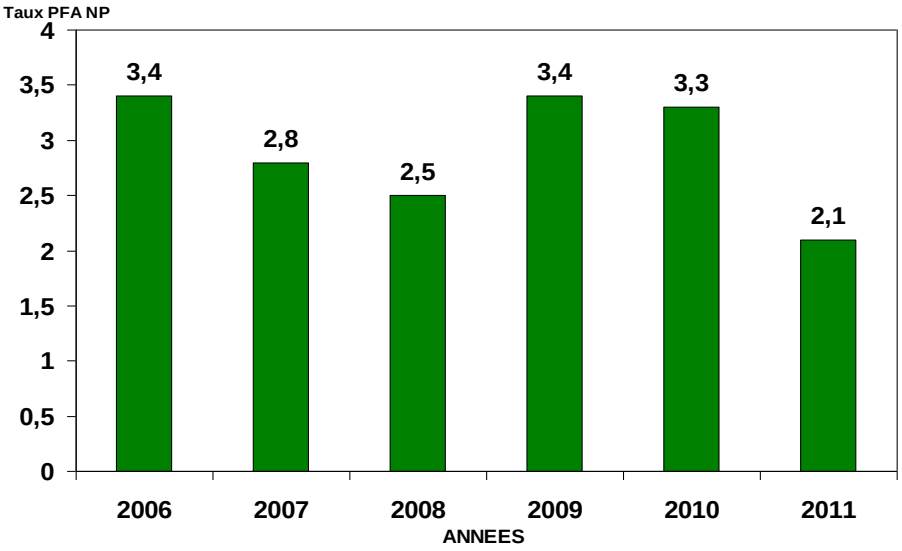


Figure 8 : Evolution annuelle de la performance du taux de PFA non polio en Côte d'Ivoire, de 2006 à Juin 2011

En ce qui concerne le taux de PFA non polio, la cible fixée (au moins 2 cas / 100.000 enfants) a été régulièrement atteint entre 2006 et Juin 2011.

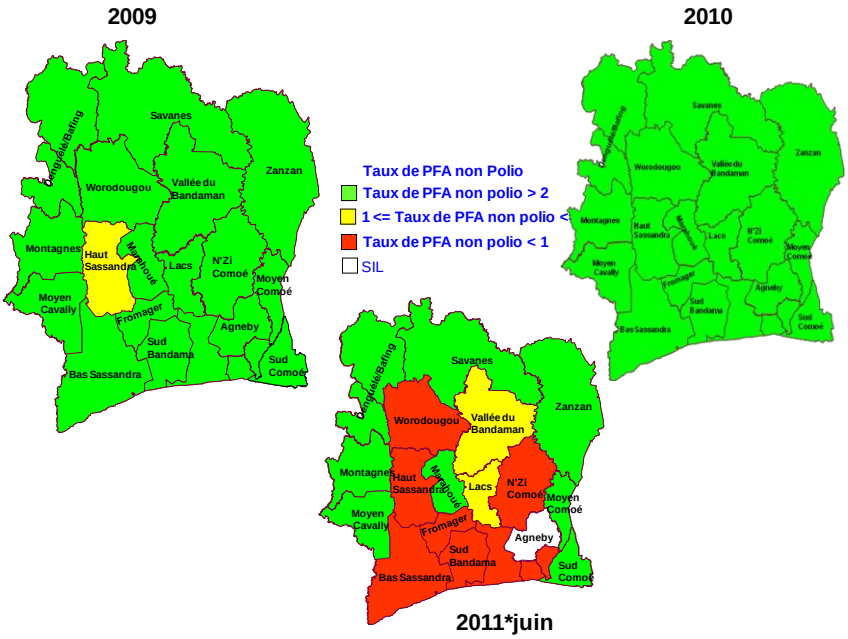


Figure 9 : Situation du taux de PFA non polio par région sanitaire de 2009 à Juin 2011

La bonne performance de la surveillance du taux de PFA non polio cache des disparités au niveau régional et district. Sur la période 2009-2010, une amélioration a été notée. Cependant, pour le premier semestre 2011, environ 53% des régions sanitaires n'ont pas atteint la cible.

Pourcentage de selles prélevées dans les 14 jours qui suivent l'apparition de la maladie

L'évolution du pourcentage de selles prélevées dans les 14 jours au niveau national, sur la période 2006 à Juin 2011, est présentée dans la figure ci-dessous

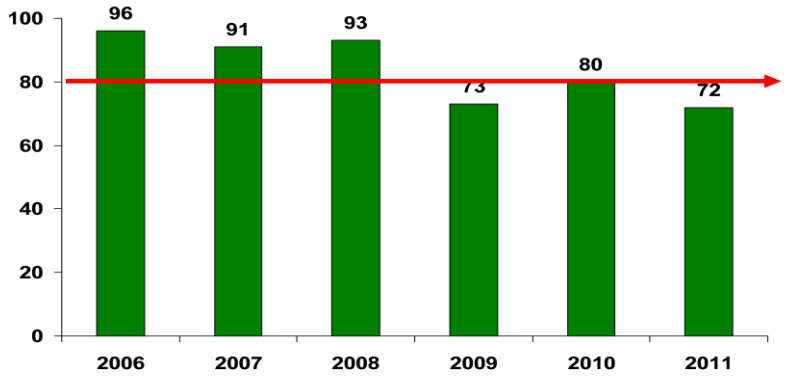


Figure 10 : Evolution annuelle de la performance de la proportion de selles dans les 14 jours en Côte d'Ivoire, de 2006 à Juin 2011

En ce qui concerne, la proportion de selles prélevées dans les 14 jours, l'objectif de 80 % n'a pas été atteint en 2009 et au 1er semestre 2011.

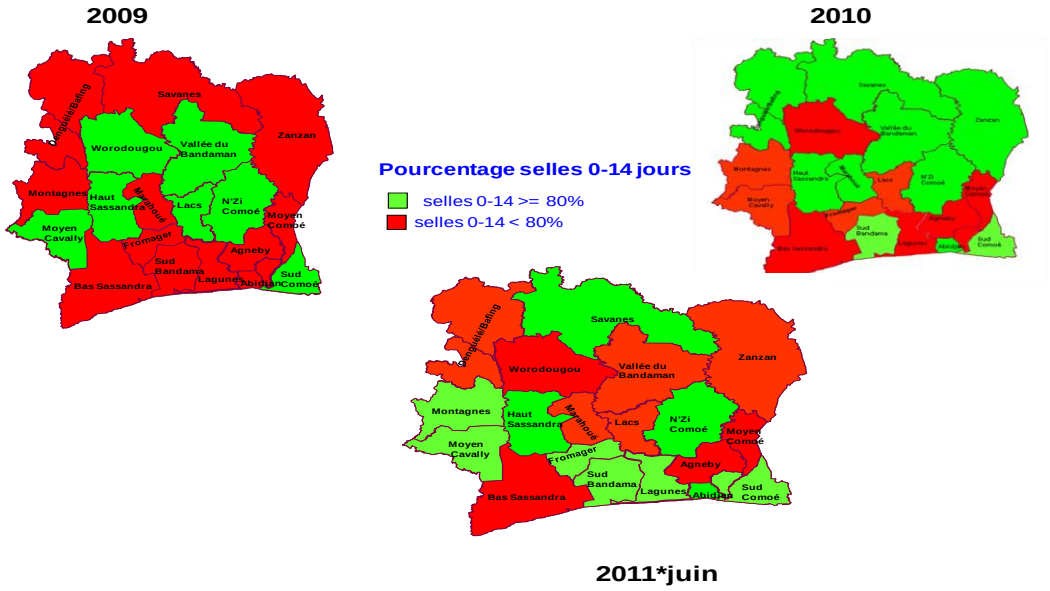


Figure 11 : Situation de la proportion de selles dans les 14 jours par région sanitaire de 2009 - 2011

Sur la période 2009-Juin 2011, la proportion de selles prélevées dans les 14 jours a connu beaucoup de disparité au niveau des régions sanitaires.
Seulement 3 régions sanitaires ont connu une bonne performance quant à la proportion de selles prélevées dans les 14 jours sur la période.

Performance des autres maladies sous surveillance

Tableau IX : Indicateurs spécifiques de surveillance des maladies cibles du PEV, CI, 2006 à 2010

Maladie	Indicateurs spécifiques de la surveillance	2006	2007	2008	2009	2010	1er sem 2011
Rougeole	Nombre de cas suspects	141	304	437	438	912	663
	% de districts ayant notifié au moins un cas suspect	53%	83%	88%	75%	95%	69%
	% de cas ayant fait l'objet d'un prélèvement	100%	100%	100%	100%	100%	54%
	% de prélèvement à IgM positif rougeole	8%	2%	3%	42%	48%	31%
	Nombre de décès dus à la rougeole enfants < 5 ans	2	1	3	1	3	6
	Nombre de flambée épidémique	0	0			15	10
Fièvre jaune	Nombre de cas suspects notifiés	373	392	519	460	965	162
	% de districts ayant notifié au moins un cas suspect	87%	92%	97%	88%	99%	58%
	Nombre de cas ayant bénéficié de prélèvement	373	392	519	460	965	162
	Nombre de cas à IgM positif	2	0	14	21	36	1
	% de flambées épidémiques investiguées dans les 48h	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TMN	Nombre de cas TMN suspects notifiés	16	31	15	8	3	1
	% de cas de TMN notifié ayant fait l'objet d'une enquête	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% de cas suspects de TMN confirmés après enquête	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% de cas confirmés de TMN ayant fait l'objet d'une riposte	0%	35%	13%	38%	0%	0%
Hib	Nombre de cas suspects de méningite à Hib notifiés	NA	135	597	583	620	ND
	% de patients ayant bénéficié d'une PL	NA	99%	95%	94%	97%	ND
	% de LCR purulents pour lesquels on a une croissance bactérienne	NA	87%	65%	67%	49%	ND
	% d'isolats réalisés à partir du LCR qui sont à Hib	NA	23%	14%	12%	17%	ND

Depuis 2005, la surveillance de la rougeole basée sur le cas est effective dans tous les districts.
De 2006 à Juin 2011, il a été noté une amélioration du taux de détection de 0,63 à 3,07 cas pour 100 000 habitants.
L'ensemble des cas suspects de rougeole notifiés a bénéficié de prélèvement comme le recommande la surveillance au cas par cas, hormis les périodes épidémiques.
Le nombre de flambée épidémique a augmenté sur la période 2008-Juin 2011.

Sur la période 2006-2010, une augmentation du nombre de cas confirmés de fièvre jaune a été également noté.

Pour la même période, au niveau de la surveillance du tétanos néo-natal, on note un faible taux de riposte autour des cas.

Il existe un site sentinelle au CHU de Yopougon pour la surveillance de la méningite à Haemophilus influenzae b (Hib), depuis 2002.

Pour les diarrhées à rotavirus, il existe une surveillance sentinelle avec cinq (5) sites localisés dans la ville d'Abidjan.

Performances de la surveillance des autres maladies cibles du PEV

2.3. Surveillance des manifestations adverses post-immunisation (MAPI)

Au niveau du PEV de routine, la surveillance des MAPI est insuffisante. Elle se résume à la recherche du nombre de cas de MAPI dans le rapport mensuel PEV du district. On note une absence de directive nationale pour la prise en charge des cas de MAPI. Pour faute de financement, la surveillance des MAPI n'a pas encore été intégrée dans le système de surveillance
Au niveau des activités de vaccination supplémentaires, la recherche active des cas de MAPI a débuté lors de la campagne préventive de vaccination contre la fièvre jaune de Mai 2011.

2.4. Approvisionnement, gestion des vaccins et logistique

a) Approvisionnement en vaccins et consommables

Au niveau national, l'estimation des besoins annuels est basée sur la méthode de la population cible en utilisant les taux de perte standards et les objectifs nationaux. Elle se fait au cours d'un atelier national de prévision des intrants avec l'outil Forecast. Cet atelier réunit les programmes impliqués qui sont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) pour les moustiquaires, le Programme National de Nutrition (PNN) pour la vitamine A et les déparasitants, , la Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination (DCPEV) pour les vaccins, matériels d'injection et équipements de CDF, avec l'appui de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP)et des partenaires impliqués dans les activités de vaccination (OMS, UNICEF). La population cible utilisée dans l'estimation des besoins est issue des données du recensement général de la population (1998) actualisées chaque année par l'INS (Institut National de Statistique).

Cependant, cette estimation est faite sans tenir compte des objectifs fixés par les régions et les districts.
Le processus d'approvisionnement du pays en vaccins et consommables pour le PEV se définit comme suit : Les besoins à commander issus de l'atelier national de prévision et la ligne budgétaire allouée par l'Etat sont transmis à la PSP par la DCPEV et l'INHP. La PSP organise un appel d'offres qui réunitla Direction des Marchés Publics (DMP) et la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) La PSP réceptionne les offres des fournisseurs et organise une réunion d'analyse avec la DMP, la DPM, l'INHP et la DCPEV. Au cours de cette réunion, tous ces acteurs s'assurent que les vaccins retenus figurent sur la liste à jour des vaccins pré-qualifiés par l'OMS et qu'ils sont munis de pastille de contrôle du vaccin (PCV).

Du fait des problèmes de trésorerie de l'Etat, la PSP connaît des difficultés pour l'achat des vaccins et consommables PEV, ce qui a occasionné des ruptures de stock. Pour les deux années précédentes, cette situation se présente comme suit :

En 2009,
- 200.000 doses de BCG reçues soit 18% des besoins annuels
- 100.000 doses de VAT reçues soit 4% des besoins annuels
- 100.000 doses VAR reçues soit 13% des besoins annuels
- 179.800 doses de VAA reçues soit 24% des besoins annuels
- 1.528.200 doses de VPO soit 57% des besoins annuels

En 2010, seulement 200.000 doses de BCG reçues soit 18% des besoins annuels

Ces problèmes de rupture ont pu être surmontés grâce aux dons des partenaires particulièrement de l'UNICEF.

En outre, un mémorandum d'accord a été signé le 22 octobre 2009 pour la prestation des services d'achat entre l'UNICEF et le gouvernement de la Côte d'Ivoire. Le processus d'acquisition des vaccins se présente comme suit :
- émission de bon de commande au bureau pays UNICEF
- demande de cotation par le bureau pays à UNICEF Copenhague
- sur la base de la cotation transmise, émission d'un ordre de virement bancaire par le pays sur le compte d'UNICEF Copenhague
- réception des vaccins et consommables.

Les dons de vaccins au pays par les partenaires (GAVI, UNICEF et OMS), se font à travers UNICEF Copenhague. L'UNICEF pays transmet les documents de don au pays, puis livre directement les vaccins et matériels d'injection à l'INHP.

Les vaccins et consommables du PEV sont réceptionnés au niveau central par l'INHP et la DC-PEV. Cette réception fait l'objet d'un rapport rédigé et signé à l'attention des fournisseurs.

Les vaccins et consommables reçus sont distribués de la manière suivante :

- au niveau régional, les antennes INHP et certains districts sont ravitaillés chaque trimestre par le niveau central
- au niveau district, les districts s'approvisionnent chaque mois à l'antenne régionale de l'INHP
- au niveau centre de santé, le centre de santé s'approvisionne chaque mois au district sanitaire.

Cependant, cette distribution connaît des difficultés à cause de l'absence de ligne budgétaire au niveau central, régional et district.

b) Gestion des vaccins et consommables

Au niveau central, le système d'enregistrement est informatisé (logiciels SYGEPAS et SMT). Toutes les entrées et sorties (vaccins etconsommables) sont enregistrées par type, numéro de lot, date d'expiration, état de la PCV (Pastille de contrôle des vaccins) pour les vaccins, fabricant, conditionnement. Il existe des registres et des fiches de stock pour l'enregistrement manuel renforçant le système informatique. Tous les intrants du PEV sont rangés par type et par lot et les sorties se font selon le principe PEPS (Premier Expiré, PremierSorti). Un inventaire hebdomadaire des stocks est fait et enregistré en collaboration avec la DCPEV, puis partagé avec les partenaires.

Des ruptures en vaccins et consommables ont été constatées au cours de ces dernières années :

Vaccins :

- en 2008, 2 mois pour le VPO et le VAA
- en 2009,.4 mois pour le BCG, 10 mois pour le VAA
- en 2010, 2 mois pour le BCG, 5 mois pour le VAR, 1 mois pour la VAA et 2 mois pour le VAT
- en 2011, 3 mois pour le vaccin pentavalent DTCHepBHib

Consommables :

- depuis 2005, pas de coton livré pour les activités de vaccination de routine
- en 2011, 5 mois (janvier-mai) pour les seringues autobloquantes

Au niveau régional, le système d'enregistrement est informatisé (logiciel SMT). Toutes les entrées et sorties (vaccins et consommables) sont enregistrées par type, numéro de lot, date d'expiration, état de la PCV (Pastille de contrôle des vaccins) pour les vaccins, fabricant, conditionnement. Il existe des registres et des fiches de stock pour l'enregistrement manuel renforçant le système informatique. Tous les intrants du PEV sont rangés par type et par lot et les sorties se font selon le principe PEPS (Premier Expiré, Premier Sorti). Un inventaire hebdomadaire des stocks est fait, enregistré puis partagé avec le niveau central.

Au niveau district, le système d'enregistrement est informatisé (logiciel DVDMT). Toutes les entrées et sorties (vaccins et consommables) sont enregistrées par type, numéro de lot, date d'expiration, état de la PCV (Pastille de contrôle des vaccins) pour les vaccins, fabricant, conditionnement. Il existe des registres et des fiches de stock pour l'enregistrement manuel renforçant le système informatique. Tous les intrants du PEV sont rangés par type et par lot et les sorties se font selon le principe PEPS (Premier Expiré, Premier Sorti). Un inventaire mensuel des stocks est fait, enregistré, puis communiqué au niveau régional et à la DCPEV.

Le matériel informatique pour la gestion des vaccins et consommables est vieillissant voire insuffisant au niveau central, régional et district.

Au niveau centre de santé, l'enregistrement des mouvements de stocks est manuel et se fait sur des fiches de stocks.

Cependant, malgré la formation en 2010 de tous les acteurs à tous les niveaux sur la gestion des vaccins du PEV, il reste encore quelques difficultés dû à l'absence de supervision de proximité par le niveau supérieur immédiat. En outre, les acteurs des nouveaux districts n'ont pas encore été formés à la gestion des vaccins.

On note aussi une insuffisance dans la disponibilité et la mise à jour des outils de gestion des vaccins au niveau régional et périphérique.

c) La sécurité des injections et gestion des déchets

Dans le domaine de la sécurité des injections, le programme de vaccination de Cote d'Ivoire a introduit des seringues autobloquantes pour les activités de vaccination. Des boîtes de sécurité sont utilisées pour la récupération des seringues usagées issues de la vaccination.

En vaccination de routine, les boîtes de sécurité collectées au niveau des centres de santé sont acheminées au district pour incinération. Aussi, vu le non fonctionnement des incinérateurs existants, on constate que les centres de santé et les districts détruisent les déchets par brûlage ou enfouissement. Un plan national a donc été élaboré en 2009 par la DGHP pour la construction d'incinérateurs au niveau régional. Ce plan n'a cependant pas encore connu de début de mise en œuvre.

Au cours des AVS, les boîtes de sécurité collectées au niveau des sites de vaccination sont stockées temporairement au niveau district avant leur incinération dans les chaudières des unités industrielles. Dans ce cadre, une convention a été signée entre le MSLS et les sociétés Sucrivoire et Sucaf pour l'utilisation de leurs installations à haute température de destruction des déchets.

d) Chaîne du froid

La capacité de stockage nationale se présente comme suit :

Au niveau central, nous disposons de 4 chambres froides négatives de 20m3 chacune, 2 chambres froides positives de 40m3 et 1chambre froide positive de 30m3. En outre, la PSP dispose d'une chambre froide positive de 200m3.

Au niveau régional, nous disposons de 10 antennes régionales avec les capacités suivantes :

- antennes INHP d'Abengourou, Bondoukou, Bouake, Gagnoa, Korhogo, Man, Odienné ; chambre froide positive de 8m3 chacune et chambre froide négative de 20m3 chacune en dehors des antennes de Gagnoa, Bondoukou et Odienné
- antennes INHP de San Pedro et Daloa : chambre froide positive de 12m3 et chambre froide négative de 20m3 chacune
- antenne INHP de Yamoussoukro : chambre froide positive de 40m3 et chambre froide négative de 20m3

Au niveau district, chaque dépôt dispose au moins d'un congélateur pour la fabrication des accumulateurs, de 2 réfrigérateurs pour le stockage des vaccins et une glacière. Vu la crise que notre pays a connu, des pertes considérables (destruction, pillages, vols, etc..) ont été enregistrées au niveau des équipements de la CDF. Une enquête réalisée sur la situation de la CDF auprès de 5 districts (Tiassalé, Zouan-hounien, Abobo Ouest, Soubre et Attecoube) nous montre que, sur 124 réfrigérateurs existants avant la crise, il n'en reste plus que 61 soit une perte de plus de la moitié des équipements.

Au niveau centre de santé, chaque centre dispose d'un réfrigérateur et d'au moins 2 porte-vaccins.

Il existe un système de maintenance de la CDF de deux types. La maintenance préventive est assurée par les utilisateurs des équipements et celle curative, par une entreprise privée(SOGETCI) qui ne fonctionne pas correctement du fait des difficultés de trésorerie de l'Etat et de la centralisation de ladite entreprise. Cela se traduit par les nombreuses pannes des équipements de chaîne du froid sur le terrain.

Selon le plan de renouvellement de la chaîne élaboré en 2010, 63% des équipements sont à reformer et 12% ne répondent pas aux normes recommandées par l'OMS/UNICEF.

On note également une capacité insuffisante d'espace de stockage des consommables à tous les niveaux.

e) Transport

Le système de transport au niveau national se présente comme suit :

Au niveau central, la distribution des vaccins est assurée par 5 camions frigorifiques dont 1 est actuellement en panne. Le transport des consommables se fait grâce aux camions de la PSP. Sur les 6 véhicules dédiés à la supervision des activités de vaccination, il n'en reste plus qu'1 seul du fait de la crise (vols, destruction).

Au niveau régional, les antennes INHP ne disposent pas de véhicule pour l'approvisionnement des districts en vaccins et consommables, et de motos pour la supervision. La plupart des Directions Régionales de la Santé ne disposent pas de matériels roulants (véhicules de supervision, moto pour le CSE)

Au niveau district, la plupart des Directions Départementales de la Santé ne disposent pas de matériel roulant (véhicules de liaison, supervision et de stratégie mobile ; motos pour le CSE et CPEV)

Au niveau centre de santé, la plupart des centres ne disposent pas de motos pour les activités de vaccination en stratégie avancée).

Le plan de renouvellement de 2010 révèle qu'au niveau opérationnel, 40% du matériel roulant est à réformer et 5% nécessite une réparation malgré l'existence d'une ligne budgétaire à tous les niveaux pour la maintenance du matériel roulant.

Il n'existe aucun de plan de maintenance du matériel roulant, aux niveaux central, régional et départemental.

f) Formations/Supervisions

En 2007, des formations sur la gestion des vaccins ont été organisées à l'intention des logisticiens régionaux, des coordonnateurs PEV (CPEV) et des Chargés de la Surveillance Epidémiologique (CSE) au niveau district.
En 2010, ces mêmes formations ont été organisées et ont pris en compte les aspects de la maintenance, la gestion des vaccins et la chaine du froid. Au total 20 logisticiens, 83 CPEV et CSE des districts sanitaires et 11 CSE régionaux ont ainsi été formés. Des supervisions formatives ont été conduites en vue de renforcer les acquis de la formation. De l'entretien avec les agents supervisés, il ressort que les informations communiquées par certains superviseurs du niveau central ne sont pas harmonisées, ce qui peut avoir un impact négatif sur la gestion des stocks. On note également une insuffisance de supervisions sur le terrain.

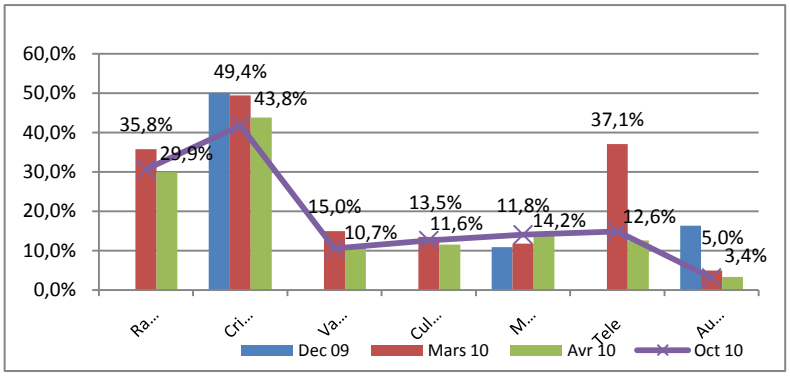
2.5. Communication

La communication est l'une des cinq composantes opérationnelles du PEV. Elle contribue à susciter la demande des services de vaccination. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de

2009-2013 donne des orientations de principe sur la communication pour la santé. Cependant, il n'existe toujours pas de véritable structure de coordination nationale des activités de communication des programmes au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

Le personnel du service Communication de la DC-PEV a un besoin d'actualisation aux nouvelles orientations en Communication pour le Développement (C4D). Les points focaux communication qui ont en charge la formation des relais communautaires au niveau des districts n'ont pas de formation de base en communication. Et pourtant, selon les directives du Paquet Minimum d'Activités (PMA), les relais communautaires doivent être pleinement utilisés au niveau des Centres de Santé. Malheureusement, dans le cadre des activités du PEV, ils ne sont utilisés que lors des Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS).

Concernant la vaccination de routine, les sources d'information sont disparates et se présentent en ordre d'importance : l'Agent de Santé, l'Agent Communautaire. Néanmoins, les autres sources existant, utilisées lors des AVS, sont faiblement exploitées. Elles devraient constituer des opportunités de travail pour la mise en œuvre de l'actuel PPAC.



Les medias, y compris ceux de l'Etat, n'interviennent qu'occasionnellement et coûtent très chers. Par ailleurs, le PEV n'a pas de partenariat formellement établi avec eux. Cependant, avec les avantages d'exonération des partenaires, certaines productions en faveur du PEV sont exemptées de taxe.

Figure 3 : Principales sources d'information des parents au cours des AVS polio en 2009 et 2010

La revue externe du PEV de 2010 a relevé qu'en matière de connaissances, attitudes et pratiques des parents sur la vaccination, seulement 4% des parents ont pu citer au moins 5 maladies cibles du PEV dont 6% en milieu urbain et 2% en milieu rural.

Environ 12% des parents savent qu'un enfant doit se présenter 5 fois à la vaccination pour être complètement vacciné. Seulement un quart (24%) des parents savent l'âge d'administration de la dernière dose de vaccin à l'enfant. Concernant la vaccination des femmes, 11% des femmes déclarent qu'il faut 2 doses de VAT pour être immunisées, contre 7% qui déclarent 5 doses.

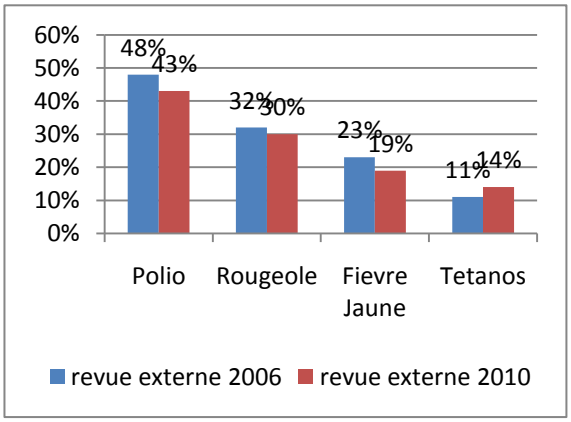


Figure 4 : Connaissance des maladies cibles du PEV par les parents en 2005 et en 2009 (source ; revue externe du PEV Côte d'Ivoire 2010)

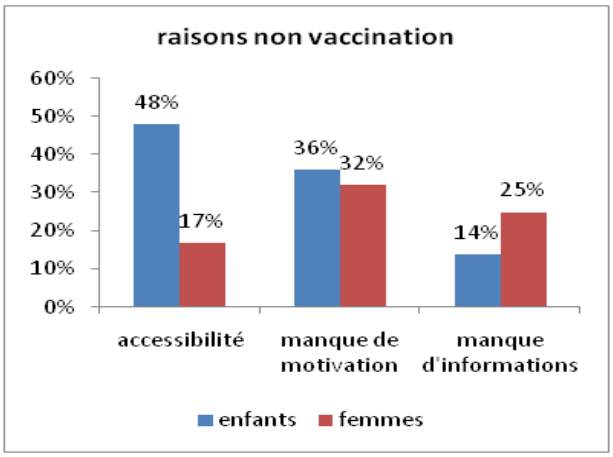


Figure 5 : Principales raisons de non vaccination des cibles du PEV en Côte d'Ivoire en 2009 (source ; revue externe du PEV Côte d'Ivoire 2010)

Les raisons de non vaccination des enfants, les plus fréquemment évoquées, sont les obstacles liés aux services de vaccination (48%), le manque de motivation des parents (36%) et le manque d'information des parents sur les activités de vaccination (14%).

Tous ces résultats ci-dessus montrent la nécessité de renforcer les activités de communication du PEV afin de relever et soutenir la demande des services de vaccination au profit des groupes cibles.

2.6. Gestion de programme

a) Coordination

L'engagement du gouvernement en faveur du Programme Elargi de vaccination est marqué par l'intégration des actions prioritaires du PEV dans les documents stratégiques tels que Le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2009-2013) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2013).

Depuis 2000, la structure en charge du PEV a été réorganisée en Direction de coordination du Programme Elargi de Vaccination (DC-PEV) qui est en charge de la coordination des opérations techniques du programme ; elle en assure la planification stratégique, la planification annuelle et les programmations trimestrielles ainsi que le suivi de l'exécution du plan stratégique. La planification opérationnelle et la micro-planification sont du ressort des régions, districts et centres de santé sous la responsabilité du directeur, aidé par l'infirmier chargé du PEV (CPEV) et l'infirmier chargé de la surveillance épidémiologique (CSE) dans le district. Sur les 103 districts existants en 2010, 91 disposent d'une Equipe Cadre District (ECD). Les douze (12) nouveaux districts ne disposent pas forcement d'une ECD complète.

Sur le plan institutionnel la DCPEV est sous la tutelle de la Direction de la Santé Communautaire (DSC). Par ailleurs il existe d'autres instances de coordination du PEV à savoir le Groupe Thématique de Vaccination (GTV) composé de deux structures : le Groupe Thématique restreint (GTR), le Comité de coordination inter-agences (CCIA) qui en plus des structures techniques du ministère de la santé enregistre la participation formelle d'autres entités (Ministère en charge de l'économie et des finances, Ministère en charge de l'intérieur, Ministère en charge de la communication , Ministère en charge de l'enseignement supérieur, société civile) et les partenaires.
La DC PEV bénéfice de l'appui du Groupe Consultatif Indépendant pour la Vaccination et les Vaccins, du Comité des Experts Polio et du Comité National de Certification.

b) Ressources humaines

Au niveau central, toutes les composantes pour une gestion efficiente du programme sont réunies avec un renforcement des effectifs depuis l'année 2010.

Au niveau intermédiaire, les personnes intervenant dans la gestion du PEV sont les Directeurs régionaux. Ils sont impliqués dans le suivi de la mise en œuvre des activités PEV. Cependant leurs contributions dans la gestion du PEV n'est pas efficiente. Cela est du à l'insuffisance des ressources humaines.

Au niveau périphérique, les personnes impliquées dans la gestion du PEV sont le médecin chef du district, le CPEV et le CSE. Pour les nouveaux districts, la gestion efficience du PEV se pose à cause du manque de CSE et de CPEV.

c) Financement

Le financement de la santé d'une manière générale et de la vaccination en particulier en Côte d'Ivoire est assuré par trois sources dont l'Etat, les partenaires et les communautés.
Du point de vue budgétaire, l'Etat fait des efforts pour augmenter sa part de financement de la vaccination. Ces efforts apparaissent dans le budget de la DCPEV. En effet le budget du PEV est passé de 2 986 379 447 FCFA en 2007 à 3 031 300 127 FCFA en 2009.

Tableau X : Evolution du budget de l'Etat consacré au PEV (en FCFA)

Années	**2007**	**2008**	**2009**
Budget de l'Etat	2 986 379 447	2 600 214 658	3 031 300 127

Source : Revue externe 2010 du PEV

L'Etat assure aussi les charges de fonctionnement du programme (salaires, charges locatives, abonnements, carburant, etc.).

Cependant en dehors de la Direction de coordination du programme de vaccination qui exprime ses besoins pour les activités à réaliser dans le domaine de la vaccination, le budget des structures périphériques ne permettent pas de voir le financement affecté à la réalisation des activités de vaccination ou toute autre activité sanitaire. (ref /revue externe 2010).

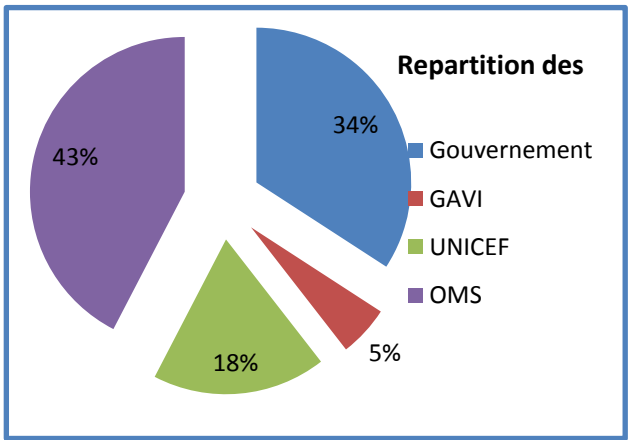


Figure 6 : Sources de financement du PEV de routine en Côte d'Ivoire en 2009 (*Source: Revue externe du PEV en 2010)*

Les partenaires occupent une grande place dans le financement du PEV dont les principaux sont : OMS, UNICEF, GAVI.
Ce financement est principalement axé sur : l'achat des vaccins surtout lors des activités de vaccination supplémentaires(AVS), la réalisation des supervisions, le renforcement des capacités des personnels en charge de la gestion du PEV, le renforcement de la logistique, les activités de prestations, de suivi-évaluation et de communaication.

L'ensemble des ressources financières mobilisées par les communautés : collectivités locales, COGES, associations villageoises, ménage pour supporter les activités de vaccination est difficile a capter au regard des différents rapports dont la revue externe 2010. La principale source de financement des communautés est constituée par le recouvrement des coûts des actes de santé. Cette part est minime en ce qui concerne les activités de vaccination. Pour les structures de santé au niveau intermédiaire et périphérique, ces fonds sont logés au trésor et subit la même procédure de gestion que le budget de l'Etat.

Le budget de l'Etat est exécuté dans le SIGFiP selon la procédure normale. Quand aux financements de la plupart des partenaires en dehors de GAVI dont l'exécution est similaire à la procédure de l'Etat, des requêtes leurs sont adressées pour chaque besoin identifié.

d) Cadre de planification, de supervision et de monitorage

Le plan d'action annuel du PEV est élaboré par la DC-PEV et validé par le CCIA. Ce plan est le document de référence au niveau national.

Les réunions de suivi des activités du PEV planifiées avec le niveau régional et le niveau district tous les 3 mois, et avec les ESPC tous les 2 mois, ne sont pas régulièrement tenues.

Selon les résultats de la revue externe 2010, la proportion des centres vaccinateurs qui font un suivi de la couverture vaccinale par antigène est de 48% pour le suivi par graphique de la couverture vaccinale cumulée.

Le cadre de planification et de monitorage des activités du PEV existe. II a cependant besoin d'être renforcé par l'organisation de sessions de formation des acteurs à tous les niveaux du système de santé en planification et suivi/ évaluation.

3. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES

3.1. FORCES

3.1.1. PRESTATIONS

- Amélioration de certains indicateurs de performance de 2006 à 2010 :
  - Accès au programme de vaccination des enfants et des mères
  - Respect du calendrier vaccinal infantile
  - Technique d'injection du BCG
  - Continuité du programme de vaccination des mères
- 100% des établissements sanitaires de premier contact publics offrent des services de vaccination

3.1.2. SURVEILLANCE

- Existence d'un système de notification hebdomadaire intégrant les maladies cibles PEV,
- Taux de PFA non polio satisfaisant au niveau national
- Bonne capacité de détection des épidémies de rougeole et de fièvre jaune
- Bonne complétude des rapports PEV
- Bonne mise en œuvre de la surveillance au cas par cas
- Existence de surveillance sentinelle pour les méningites bactériennes pédiatriques et les diarrhées à Rotavirus.
- Existence d'un laboratoire de référence pour l'analyse biologique des prélèvements.

3.1.3. LOGISTIQUE

- Existence d'un système de prévision annuelle des besoins
- Existence de la ligne budgétaire pour l'achat des vaccins
- Existence d'une commission de gestion des appels d'offres
- Existence d'un système de distribution des vaccins et consommables à tous les niveaux
- Existence d'un système d'enregistrement informatisé au niveau central, régional et district
- Formation des logisticiens régionaux et de tous les acteurs des anciens districts à la gestion des vaccins et à la maintenance préventive des équipements de CDF
- Existence d'un plan national de gestion des déchets
- Existence d'une ligne budgétaire à tous les niveaux pour la maintenance du matériel roulant

3.1.4. COMMUNICATION

- Existence d'outils, de moyens de communication et de formation
- Existence de points focaux de communication dans la plupart des districts sanitaires
- Existence de relais communautaires dans les DS
- Bonne connaissance des bienfaits de la vaccination par les parents
- Fonctionnement du sous comité communication / mobilisation sociale au niveau central
- Existence de ressources humaines qualifiées en communication au niveau national

3.1.5. GESTION DE PROGRAMME

- Existence d'un Plan National de Gestion des Déchets médicaux (PNGDM) 2009-2011
- Prise en compte des priorités du PEV dans le PNDS : 2009 – 2013 ;
- Existence d'une Direction centrale en charge de la Coordination des activités du PEV ;
- Existence d'un CCIA fonctionnel ;
- Existence d'un guide pour l'élaboration de micro plan, supervision et de monitorage diffusé à tous les niveaux ;
- Accroissement des ressources du Budget de l'Etat lié à la vaccination ;
- Engagement des partenaires ;
- Existence de ressources humaines de qualités et en nombre suffisant.

3.2. FAIBLESSES

Les principales faiblesses relevées dans le programme tiennent aux facteurs suivants :

3.2.1. PRESTATIONS

- Faible capacité du programme à atteindre les enfants de moins d'un an se traduisant par :
  - Faible proportion d'enfants complètement et correctement vaccinés à 1 an,
  - Faible proportion d'enfants nés protégés contre le tétanos
  - Faible proportion de districts ayant atteint une couverture vaccinale ≥ 80% pour tous les antigènes
- Faible promptitude des rapports mensuels PEV
- Faiblesse dans l'utilisation continue des services de vaccination
- Insuffisance de la mise en œuvre des stratégies fixes, avancées et mobiles
- Non administration de tous les antigènes lors des séances de vaccination dans certains districts
- Taux de perte élevés dans certains districts

- Insuffisance de supervision des gestionnaires du PEV
- Insuffisance de monitorage des activités

3.2.2. SURVEILLANCE

- Faible proportion de selles prélevées dans les 14 jours au niveau national et régional
- Existence de districts silencieux pour l'ensemble des maladies sous surveillance
- Faible promptitude des rapports PEV
- Faible taux de riposte autour des cas de TNN
- Insuffisance de la surveillance à base communautaire
- Inexistence d'un système de surveillance des MAPI
- Faible implication des directions régionales dans le système de surveillance
- Réinfestation du pays par le polio virus sauvage
- Absence de structure de coordination au niveau de la surveillance
- Insuffisance dans la retro-information des données du PEV

3.2.3. LOGISTIQUE

- Non prise en compte des objectifs des districts dans la prévision des besoins
- Difficultés de trésorerie de l'état
- Ruptures des vaccins et consommables
- Absence de ligne budgétaire pour la distribution
- Difficultés dans l'utilisation conjointe des 2 logiciels informatisés au niveau central
- Non exploitation des systèmes d'enregistrement informatisé dans la plupart des régions et districts
- Absence de formation des acteurs des nouveaux districts à la gestion des vaccins et à la maintenance des équipements de CDF
- Insuffisance d'outils de gestion actualisés au niveau régional et district
- Insuffisance d'incinérateurs conformes pour la destruction des déchets
- Insuffisance du matériel informatique
- Insuffisance et vétusté des équipements de la CDF et du matériel roulant au niveau central, régional, district et centre de santé
- Insuffisance dans la maintenance du matériel de CDF et du matériel roulant au niveau central, régional, district et centre de santé
- Insuffisance d'espace de stockage des consommables à tous les niveaux
- Absence d'un plan national de maintenance du matériel roulant

3.2.4. COMMUNICATION

- Méconnaissance des maladies cibles du PEV par les parents
- Méconnaissance du calendrier vaccinal de l'enfant par les parents
- Méconnaissance du calendrier vaccinal du VAT par les femmes enceintes
- Faible implication des réseaux communautaires dans les activités du PEV de routine
- Non planification des activités de communication au niveau district
- Absence de formation en communication des points focaux
- Non respect des directives sur la gratuité des vaccins du PEV
- Insuffisance d'exécution des activités de communication

3.2.5. GESTION DE PROGRAMME

- Dysfonctionnement de la plate forme de coordination
- Retard dans l'élaboration des plans annuels
- Non respect du guide de planification, de monitorage et de supervision élaboré par le PEV ;
- Indisponibilité des outils de gestion.
- Le facteur de perte national utilisé dans l'estimation des besoins ne reflète pas celui des CS.

3.3. OPPORTUNITES

Les facteurs qui pourraient influencer positivement le système de vaccination sont :

- Existence d'un réseau communication développé (compagnies de téléphone mobile, radios de proximité…)
- Existence des partenaires pour le financement de la surveillance des MEV (OMS, UNICEF, GAVI, Croix Rouge, ONG)
- Sortie de crise
- Initiative PPTE.
- Accès à la centrale d'achat de COPENHAGUE (UNICEF)
- Energie renouvelable (Energie solaire)
- Existence d'un Plan National de Gestion des Déchets Biomédicaux (PNGDM) 2009-2011
- Disponibilité des Autorités administratives, des leaders communautaires et des communautés
- Existence d'une flotte de communication à la DIPE
- Existence d'un plan d'urgence de sortie de crise
- Existence d'une convention signé entre le MSLS et les sociétés Sucrivoire et Sucaf pour la destruction des déchets
- Existence de conventions entre le Système des Nations Unies (SNU) et les médias publics, communautaires
- Existence de Réseau National EPIVAC (RNE)

3.4. MENACES

Les menaces qui pourraient influer négativement sur le système de vaccination sont :

- Non approvisionnement de la ligne urgence et riposte aux épidémies
- Instabilité de la situation socio-politique
- Pénurie de gaz
- Délestage dans certaines régions
- Tension de trésorerie au niveau du Budget de l'Etat

4. PROBLEMES ET PRIORITES

4.1. Principaux problèmes

De cette analyse, les principaux problèmes auxquels le PEV se trouve confronté sont ainsi recensés :

a) Problèmes au niveau des prestations de services

- Insuffisance de l'offre des services de vaccination pour toutes les stratégies,
- Faible utilisation des services de vaccination,
- Insuffisance de suivi des activités de vaccination.

b) Problèmes au niveau de la surveillance des maladies cibles du PEV

- Insuffisance de suivi des activités de surveillance à tous les niveaux
- Insuffisance de la surveillance à base communautaire
- Inexistence d'un système de surveillance des MAPI
- Retard à la détection des cas de maladies
- Insuffisance de coordination entre les structures intervenant dans la surveillance au niveau central
- Retard dans la réactivité du système de surveillance

c) Problèmes au niveau des composantes Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique

- Les ruptures en vaccins et consommables d'injection fréquentes à tous les niveaux
- Les équipements de chaîne du froid insuffisants, vieillissants avec des pannes fréquentes
- Les moyens de transport insuffisants et vieillissants à tous les niveaux
- Les déchets issus des activités de vaccination ne sont pas correctement détruits
- La fiabilité des données de gestion des vaccins est insuffisante à tous les niveaux

d) Problèmes au niveau de la communication en faveur du PEV

- Les maladies cibles du PEV sont méconnues
- Les parents ne connaissent pas le calendrier vaccinal des enfants
- Les femmes enceintes ne connaissent pas le calendrier vaccinal du vaccin antitétanique
- Les réseaux communautaires sont faiblement impliqués dans la mise en œuvre des activités du PEV de routine
- Les points focaux communication des districts sanitaires ne sont pas formés en communication pour le PEV

e) Problèmes au niveau de la gestion de programme

- La coordination interne et externe du programme est insuffisante
- Les capacités du personnel chargé de la gestion du PEV au niveau intermédiaire et périphérique sont insuffisantes en matière de planification opérationnelle et de suivi-évaluation à tous les niveaux
- Difficultés de mobilisation des ressources financières

4.2. Priorités 2011 – 2015

Les priorités du PEV pour la période 2011-2015, pour résoudre ces problèmes en tenant compte des orientations du GIVS seront :

- Améliorer l'offre des services de vaccination
- Améliorer l'utilisation des services de vaccination
- Atteindre et maintenir les critères de certification pour l'éradication de la polio
- Contrôler la rougeole et la fièvre jaune
- Eliminer le tétanos maternel et néonatal
- Préparer l'introduction du vaccin contre le pneumocoque et le rotavirus
- Réduire les taux d'abandon des vaccinations
- Améliorer la surveillance des cas de maladies cibles du PEV et des cas de MAPI et la riposte aux épidémies déclarées
- Améliorer la disponibilité et la gestion en vaccins et consommables d'injection à tous les niveaux.
- Renforcer l'équipement de chaîne de froid et les moyens de transport à tous les niveaux

- Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination
- Renforcer la communication et le plaidoyer en faveur de la vaccination
- Renforcer les capacités institutionnelles de la DC-PEV pour la gestion des vaccins de routine
- Atteindre et maintenir les critères de pré élimination de la rougeole
- Atteindre les critères de validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal
- Introduire le vaccin contre le pneumocoque et le rotavirus dans le PEV de routine
- Réduire les taux d'abandon des vaccinations
- Améliorer la surveillance des cas de maladies cibles du PEV
- Mettre en place la surveillance à base communautaire
- Mettre en place la surveillance des MAPI
- Améliorer la promptitude et la qualité de la riposte aux épidémies déclarées
- Améliorer la disponibilité et la gestion en vaccins et consommables d'injection à tous les niveaux.
- Rendre disponibles les ressources financières pour la mise en œuvre des activités PEV ;

5. OBJECTIFS ET JALONS

5.1. OBJECTIFS GENERAUX

Dans le but de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles du PEV, les objectifs du Programme pour la période 2011-2015 sont :

- Renforcer la qualité et la pérennité des services de vaccination.
- Accélérer les efforts pour réaliser l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal, le contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune.
- Introduire d'une manière pérenne les nouveaux vaccins et les technologies appropriées.
- Accroître la demande des services de vaccination

5.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs spécifiques pour chaque composante opérationnelle d'ici à 2015 ainsi que les jalons, sont décrits dans le tableau XI.

6. STRATEGIES ET ACTIVITES DE 2011 A 2015

Les principales stratégies et activités pour réaliser les objectifs sont résumées au tableau XII.

7. SUIVI ET EVALUATION

7.1. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Les modalités de suivi et d'évaluation du plan sont :

- une analyse semestrielle des plans annuels à tous les niveaux,
- une revue à mi-parcours du PPAC en 2013,
- une revue à la fin du PPAC,
- Revue externe du PEV portant sur toutes les composantes.

7.2. INDICATEURS DE SUIVI - EVALUATION

Les indicateurs du suivi et de l'évaluation du PPAC 2011-2015 sont indiqués au tableau N° XI (page 35).

Tableau XI : Priorités nationales, objectifs et jalons du PEV pour la période 2011-2015

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
	Au niveau des prestations de services				
	L'offre des services de vaccination est insuffisante pour toutes les stratégies	Atteindre d'ici 2015 une CV d'au moins 90% au niveau national pour tous les antigènes	Couverture vaccinale nationale : **2011** : BCG : 70% % DTC-HepB-Hib3 : 90% VPO 3: 90% VAR/VAA: 80% VAT2+ : 75% **2012** : BCG : 75 % DTC-HepB-Hib3 : 92% VPO 3: 92% VAR/VAA : 85% VAT 2+ : 80% **2013 :** BCG : 80% DTC-HepB-Hib3 : 94% VPO 3: 94% VAR/VAA :85% VAT2+ : 80% PCV-13: 94% **2014 :** BCG : 95% DTC-HepB-Hib3 : 96% VPO 3: 96% VAR/VAA : 90% VAT2+ : 82% PCV-13: 96% **2015 :**	Au plus tard en 2015 tous les pays ont une couverture vaccinale de routine de 90% au niveau national pour tous les antigènes	

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
			BCG : 90% DTC-HepB-Hib3 : 98% VPO 3: 98% VAR/VAA : 95% VAT2+ :85% PCV-13: 98% Rota_liq :98%		
		Atteindre d'ici 2015 une CV d'au moins 80% au niveau district pour tous les antigènes VPO 3: 98%	Proportion de districts ayant atteint au moins 80% de couverture vaccinale pour les antigènes : **2011** : BCG :27 % Penta 3:70 % VPO 3:70% VAR :40% VAA :40% VAT2+ : 20% **2012** : BCG :37 % Penta 3 :80 % VPO 3: 80% VAR : 50% VAA : 50% VAT 2+: 30% **2013 :** BCG : 55% Penta 3 : 82% VPO 3: 82% VAR:65% VAA :65% VAT2+ :45% PCV-13: 82% **2014 :** BCG : 65%	Au plus tard en 2015 tous les pays ont une couverture vaccinale de routine de 90% au niveau national pour tous les antigènes	

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
			Penta 3 : 85% VPO 3: 85% VAR : 75% VAA :75 % VAT2+ : 65% PCV-13: 85% **2015 :** BCG : 90% Penta 3 : 95% VPO 3:95% VAR :85% VAA :85 % VAT2+ :80% PCV-13: 95% Rota_liq :98%		
		Atteindre d'ici 2015 une CV d'au moins 80% au niveau district pour tous les antigènes VPO 3: 98%	Proportion de districts ayant atteint au moins 80% de couverture vaccinale pour les antigènes : **2011** BCG :27 % Penta 3:70 % VPO 3:70% VAR :40% VAA :40% VAT2+ : 20% **2012** : BCG :37 % Penta 3 :80 % VPO 3: 80% VAR : 50% VAA : 50% VAT 2+: 30% **2013 :** BCG : 55% Penta 3 : 82%	Au plus tard en 2015 tous les pays ont une couverture vaccinale de routine de 90% au niveau national pour tous les antigènes	

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
			VPO 3: 82% VAR:65% VAA :65% VAT2+ :45% **2014 :** BCG : 65% Penta 3 : 85% VPO 3: 85% VAR : 75% VAA :75 % VAT2+ : 65% **2015 :** BCG : 90% Penta 3 : 95% VPO 3:95% VAR :85% VAA :85 % VAT2+ :80%		
		Introduire le vaccin contre le pneumo dans tous les districts d'ici 2012	- **Avril 2012**: constitution de la base documentaire - **Juin 2012**: élaboration du plan d'introduction - **Septembre 2012**: soumission à GAVI - **Juin 2013**: introduction du vaccin contre le pneumo dans tous les districts - **Janvier 2014**: évaluation de l'introduction du vaccin contre le pneumocoque		
		Introduire le vaccin contre le rotavirus dans tous les districts d'ici 2014	- **Février 2014**: élaboration du plan d'introduction - **Avril 2014**: Soumission à GAVI - **Janvier 2015**: Introduction du vaccin contre le rotavirus dans tous les districts - **Septembre 2015**: Evaluation de l'introduction du vaccin contre le		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
			rotavirus		
	Persistance du taux élevé de morbidité et de mortalité infantile	Introduire le vaccin contre le pneumo dans tous les districts d'ici 2012	- **Avril 2012**: constitution de la base documentaire - **Juin 2012**: élaboration du plan d'introduction - **Septembre 2012**: soumission à GAVI - **Juin 2013**: introduction du vaccin contre le pneumo dans tous les districts - **Janvier 2014**: évaluation de l'introduction du vaccin contre le pneumocoque		
		Introduire le vaccin contre le rotavirus dans tous les districts d'ici 2014	- **Février 2014**: élaboration du plan d'introduction - **Avril 2014**: Soumission à GAVI - **Janvier 2015**: Introduction du vaccin contre le rotavirus dans tous les districts - **Septembre 2015**: Evaluation de l'introduction du vaccin contre le rotavirus		
	Les taux d'abandon des vaccinations sont élevés	Réduire le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 à moins de 10% d'ici 2015	Proportion des districts ayant un taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 < 10% **2011** : 50% **2012** : 60% **2013** : 70% **2014** : 75% **2015** : 80%		
	Au niveau de la surveillance des maladies cibles du PEV et riposte				
	Retard à la détection des cas de maladies	Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici 2015	**2011 :** arrêt de la circulation du PVS **2012-2015** : 100% des régions sanitaires ont un taux de PFA non polio supérieur à 2/100 000 enfants de moins de 15 ans et un pourcentage de selles prélèves dans les 14 jours supérieur à 80% Nombre de cas autochtones de PFA lié au PVS=0		**1**

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
		Atteindre et maintenir les critères de pré élimination de la rougeole d'ici 2015	- **2011 :** 90% des districts sanitaires ont un taux d'affection éruptive fébrile non rougeoleuse supérieur à 2/100 000 - **2012-2015 :** 100% des districts sanitaires ont un taux d'affection éruptive d'affection éruptive fébrile non rougeoleuse supérieur à 2/100 000 - **2011 :** 90% des districts ont notifié au moins un cas suspect de rougeole investigué avec prélèvement - 2012-2015 : 100% des districts ont notifié au moins un cas suspect de rougeole investigué avec prélèvement		**1**
		D'ici 2015, contrôler la fièvre jaune dans tous les districts	**2011: 95%** de district ont notifié au moins un cas de fièvre jaune avec prélèvement **2012-2015 :** 100% de district ont notifié au moins un cas de fièvre jaune avec prélèvement		**1**
		Dès 2015, atteindre et maintenir les critères de validation de l'élimination du TMN	Proportion de district ayant notifié au moins un cas suspect de tétanos : - **2011 :** 25% - **2012 :** 50% - **2013 :** 75% - **2014 :** 90% - **2015 :** 100%		**1**
		D'ici 2015, Améliorer la promptitude des données > = 80% au niveau de chaque district	Proportion de district ayant une promptitude supérieure à 80% : - **2011 :** 60% - **2012 :** 70% - **2013 :** 80% - **2014 :** 90%		**2**

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
			- **2015 :** 100%		
		D'ici 2015, mettre en place la surveillance à base communautaire dans 100% des districts sanitaires	Proportion de district ayant mis en place une surveillance à base communautaire : - **2012 :** 25% - **2013 :** 50 % - **2014 :**75 % - **2015 :** 100 %		**2**
	Insuffisance de suivi des activités de surveillance à tous les niveaux	D'ici 2015, Harmoniser, Sauvegarder et archiver 100% des données de surveillance à tous les niveaux	Proportion des districts et régions ayant des données harmonisées, sauvegardées et archivées : - **2012 :** 50% - **2013 :** 75% - **2014 :** 90% - **2015 :** 100%		**1**
	Retard dans la réactivité du système de surveillance	D'ici 2015, amener 100% des districts sanitaires à investiguer à temps les épidémies	Proportion de districts sanitaires ayant investigué à temps (48h) : - **2011 :** 40% - **2012 :** 60% - **2013 : 75%** - **2014 :** 90% - **2015** : 100%		
	Inexistence d'un système de surveillance des MAPI	D'ici 2015, amener 100% des districts sanitaires à faire le rapportage des données sur le cas de MAPI	Proportion de districts sanitaies rapportant des cas de MAPI - **2012 :** 25% - **2013 :** 50% - **2014 :** 75% - **2015 :** 100%		
		Traiter 100% des MAPI graves d'ici 2015	Proportion de MAPI graves traitées - **2012 :** 25% - **2013 :** 50% - **2014 :** 75% - **2015 :** 100%		**Ordre de priorité**
	Au niveau des composantes Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV				

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
	Les ruptures en vaccins et consommables d'injection sont fréquentes à tous les niveaux	Approvisionner le niveau central, régional et périphérique en vaccins et consommables d'injection de manière adéquate et continue	Proportion de structures sans rupture de stock Niveau régional : **2011** : 100% **2012** : 100% **2013** : 100% **2014** : 100% **2015** : 100% Niveau district: **2011** : 100% **2012** : 100% **2013** : 100% **2014** : 100% **2015** : 100%		
	Les équipements de chaîne du froid sont insuffisants, vieillissants avec des pannes fréquentes	De 2011 à 2015, renforcer 90% les équipements CDF en qualité et quantité suffisante à tous les niveaux	Proportion du niveau central à équiper par an **2011** : 20% **2012** : 30% **2013** : 20% **2014** : 20% **2015** : 10% Proportion de régions, de districts et de centres de santé à équiper par an **2011** : 20% **2012** : 40% **2013** : 10% **2014** : 20% **2015** : 10%		
	Les moyens de transport sont insuffisants et vieillissants à tous les niveaux	D'ici 2015, renforcer 90% du matériel roulant conforme et en quantité adéquate à tous les niveaux	Proportion du niveau central à équiper par an **2011** : 20% **2012** : 20% **2013** : 20% **2014** : 20% **2015** : 20%		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
			Proportion de régions, de districts et de centres de santé à équiper par an **2011** : 25% **2012** : 30% **2013** : 20% **2014** : 15% **2015** : 10%		
	Les déchets issus des activités de vaccination ne sont pas correctement détruits	Mettre en place un système adéquat de gestion des déchets dans 100% des régions et districts d'ici 2015	Proportion de régions et districts à équiper par an **2011** : 20% **2012** : 25% **2013** : 20% **2014** : 20% **2015** : 15%		
	La fiabilité des données de gestion des vaccins est insuffisante à tous les niveaux	D'ici 2015, renforcer 100% en matériel informatique pour la gestion des stocks à tous les niveaux	Proportion du niveau central à équiper par an **2011** : 20% **2012** : 20% **2013** : 20% **2014** : 20% **2015** : 20% Proportion de régions et districts à équiper par an **2011** : 20% **2012** : 25% **2013** : 20% **2014** : 20% **2015** : 15%		
		Mettre en place des outils uniformisés pour la gestion des vaccins et de la chaîne du froid à tous les niveaux	Proportion du niveau central, des régions et districts à équiper par an **2011** : 100% **2012** : 100% **2013** : 100% **2014** : 100% **2015** : 100%		
	Au niveau de la communication en faveur du PEV				
	Les maladies cibles du PEV sont	Relever de 4% à 50 % la proportion	Proportion de parents pouvant citer au		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
	méconnues	des parents pouvant citer au moins 5 maladies cibles du PEV d'ici 2015	moins 5 maladies cibles du PEV **2011** : 9% **2012** : 23% **2013** : 37% **2014** : 45% **2015** : 50 %		
	Les parents ne connaissent pas le calendrier vaccinal des enfants	Porter de 12 % à 60% la proportion des parents connaissant le calendrier vaccinal d'ici 2015	Proportion des parents connaissant le calendrier vaccinal **2011** : 18% **2012** : 30% **2013** : 44% **2014** : 55% **2015** : 60%		
	Le calendrier vaccinal du vaccin antitétanique n'est pas su par les femmes enceintes	Porter de 5 % à 40% la proportion des femmes enceintes connaissant le calendrier vaccinal du VAT d'ici 2015	Proportion de femmes enceintes connaissant le calendrier vaccinal du VAT **2011** : 8% **2012** : 22% **2013** : 30% **2014** : 35% **2015** : 40%		
	Les réseaux communautaires sont faiblement impliqués dans la mise en œuvre des activités du PEV de routine	Porter à 100% la proportion des districts qui impliquent les réseaux communautaires dans le PEV de routine d'ici 2015	Proportion de districts impliquant les réseaux communautaires dans le PEV de routine **2011** : 15% **2012** : 40% **2013** : 80% **2014** : 90% **2015** : 100%		
Au niveau de la gestion de programme					
	Disfonctionnement de la plate forme de coordination des parties prenantes	Rendre fonctionnelle la plate forme de coordination des parties prenantes	**Fonctionnalité de la plate forme** **2011** : TDR disponible Consultant recruté **2012** : Manuel disponible **Organisation de réunions statutaires**		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
			2011 :0 **2012 : 4 réunions** **2013 : 6 réunions** **2014 : 6 réunions** **2015 : 6 réunions**		
	Difficultés de mobilisation des ressources financières	Rendre disponibles les ressources financières pour la mise en œuvre des activités PEV	**<u>Organisation de sessions de plaidoyer</u>** **2011** : 3 sessions (DGP/MEMPD, DGBF/MEF, DGTCP/MEF) **2012** : 3 sessions (DGP/MEMPD, DGBF/MEF, DGTCP/MEF) **2013 :** 3 sessions (DGP/MEMPD, DGBF/MEF, DGTCP/MEF) **2014 :** 3 sessions (DGP/MEMPD, DGBF/MEF, DGTCP/MEF) **2015 :** 3 sessions (DGP/MEMPD, DGBF/MEF,DGTCP/MEF) **<u>Elaborer des Projets d'Investissement Publics</u>** **2011 :** 1 projet au PIP **2012** : 1 projet au PIP **2013** 1 projet au PIP **2014** 1 projet au PIP		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2015	Ordre de priorité
			2015 1 projet au PIP **<u>Organisation des séances de sensibilisation des leaders d'opinion</u>** **2011** : 790 groupes de leaders d'opinion **2012** : 790 groupes de leaders d'opinion **2013** 1580 groupes de leaders d'opinion **2014** 1580 groupes de leaders d'opinion **2015** 1580 groupes de leaders d'opinion		

Tableau XII : Objectifs, stratégies et activités essentielles par composante pour la période 2011-2015

Tableau XI-1 : Prestations de services

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
	D'ici 2015, atteindre une couverture vaccinale d'au moins 90% au niveau national et au moins 80% dans chaque district pour tous les antigènes	Renforcement de la mise en œuvre de la stratégie ACD	Appuyer les districts dans l'élaboration des micros plans	X	X	x	x	X
			Assurer le financement des stratégies avancées et mobiles	X	x	x	x	X
			Former les gestionnaires PEV	X	X	X	X	X
			Assurer régulièrement la supervision formative des agents à tous les niveaux	X	x	x	x	X
			Organiser régulièrement les réunions de monitorage des activités de vaccination	X	x	x	x	X
			Organiser l'audit interne de la qualité des données de vaccination					
			Réviser et diffuser les directives, les plans et guides de formation du PEV	X		X		X
			Organiser un atelier de réflexion sur la mise en place d'un contrat de performance PEV avec les districts		X			
			Mettre en œuvre le contrat de performance PEV avec les districts		x	x	x	X
	D'ici 2015, réduire le taux d'abandon penta 1/3 à moins de 10%	Redynamisation du système de recherche active des perdus de vue	Former les relais communautaires à la recherche active des enfants non ou insuffisamment vaccinés		X	x	X	X
		Renforcement de l'intégration d'autres interventions préventives à la vaccination	Offrir lors des séances de vaccination en routine un paquet de prestation comprenant : la distribution des MILDA, l'administration de la vitamine A, de déparasitant, fer folate, Sulfadoxine Pyriméthamine	X	x	x	x	X
		Implication des communautés dans la planification et la mise en œuvre des activités de vaccination	Organiser un atelier de réflexion sur la mise en place d'un partenariat avec les communautés	X	x	x	x	X
			Assurer la mise en œuvre du partenariat avec les communautés	X				
	D'ici 2015, introduire les nouveaux	Mobilisation des ressources	Elaborer le plan d'introduction du vaccin contre		x			

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
	vaccins contre les infections à pneumocoque et les diarrhées à rotavirus		le pneumocoque					
			Faire la soumission pour l'introduction du vaccin contre le pneumocoque		x			
			Mettre en œuvre le plan d'introduction du vaccin contre le pneumocoque			x		
			Elaborer le plan d'introduction du vaccin contre les diarrhées à rotavirus				x	
			Faire la soumission pour l'introduction du vaccin contre les diarrhées à rota virus				x	
			Mettre en œuvre le plan d'introduction du vaccin contre les diarrhées à rota virus					X

Tableau XI-2 : Surveillance des maladies cibles du PEV et riposte

N°	Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
	Organisation du Système de surveillance							
	D'ici 2015, Amener le système de surveillance à détecter 100% des cas de maladies	Formation, sensibilisation et diffusion des directives	Réviser et diffuser aux DRS et DS les directives sur la collecte, la conservation et le transport des prélèvements	x				
		Renforcement du mécanisme mis en place pour la réception et l'envoi des prélèvements vers le laboratoire national	Elaborer et diffuser les procédures opérationnelles standardisées pour la réception et l'envoi des échantillons au laboratoire national	x				
			Recruter un agent chargé de la réception et de l'envoi des prélèvements au niveau du laboratoire national		x			
		Renforcement de la surveillance active	Doter de façon régulière les districts sanitaires en carburant pour la surveillance active	x	x	x	x	x
			Etablir, actualiser et visiter les sites prioritaires de surveillance active au niveau district sanitaire	x	x	x	x	x
			Ravitailler régulièrement les districts sanitaires et les sites prioritaires en kits de prélèvement	x	x	x	x	x
			Rendre disponible les directives et outils de gestion de surveillance dans les directions régionales, districts sanitaires et sites prioritaires	x	x	x	x	x
		Plaidoyer pour le renforcement des ressources humaines	Renforcer les ressources humaines (DR)	x	x	x	x	x
			Doter les nouveaux districts sanitaires en CSE et CPEV	x	x	x	x	x
	Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici 2015	Organisation des AVS polio au besoin	Elaborer et diffuser un plan national de riposte à toute importation de cas de polio	x	x			
			Réaliser les JNV polio programmées	x	x			

N°	Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
		Renforcement du suivi des performances de la surveillance des PFA	Assurer le suivi des activités par les comités d'experts polio	x	x	x	x	x
			Assurer la recherche active des cas de polio au niveau district	x	x	x	x	x
	Atteindre et maintenir les critères de pré élimination de la rougeole d'ici 2015	Organisation d'AVS contre la rougeole	Conduire une campagne de suivi contre la rougeole	x			x	
			Conduire une riposte en cas d'épidémie	x	x	x	x	x
		Renforcement du suivi des performances de la surveillance de la rougeole	Mettre en œuvre la surveillance basée sur le cas	x	x	x	x	x
	D'ici 2015, contrôler la fièvre jaune dans tous les districts	Organisation d'AVS dans les districts à haut risque contre la fièvre jaune	Elaborer et diffuser un plan national de riposte contre la fièvre jaune	x	x			
			Conduire les campagnes préventives dans les districts à haut risque	x	x			
	Dès 2015, atteindre et maintenir les critères de validation de l'élimination du TNN	Organisation de la validation de l'élimination du Tétanos	Assurer la préparation des districts à l'enquête de validation de l'élimination du Tétanos Néonatal		x			
		Renforcement du suivi des performances de la surveillance du TNN	Mettre en œuvre la surveillance basée sur le cas	x	x	x	x	x
	D'ici 2015, Améliorer la promptitude des données (> = 80%) au niveau de chaque district	Sensibilisation de l'ECD et ERS à la transmission à temps des données de surveillance	Réviser et diffuser les directives pour le respect effectif du circuit de l'information	x	x			
			Transmettre régulièrement les données de surveillance du district/DRS vers le niveau central	x	x	x	x	x
	D'ici 2015, mettre en place la surveillance à base communautaire dans 100% des districts sanitaires	Plaidoyer au niveau du MSLS pour la prise d'un arrêté	Elaborer un arrêté définissant le rôle des ASC dans le système sanitaire		x			
		Elaboration, sensibilisation et diffusion des directives à la surveillance à base communautaire	Elaborer et diffuser les supports pour la surveillance à base communautaire à tous les niveaux		x			

N°	Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
		Renforcement des capacités des ASC	Organiser des sessions de formation		x	x	x	x
	D'ici 2015, Harmoniser, Sauvegarder et archiver 100% des données de surveillance à tous les niveaux	sensibilisation et formation des acteurs à la sauvegarde et à l'archivage des données	Appliquer les directives de sauvegarde et d'archivage des données de surveillance	x	x	x	x	x
			Mettre à disposition des outils de protection et de sauvegarde des données à tous les niveaux	x	x	x		
		Renforcement de la qualité des données	Mettre en place un mécanisme mensuel d'harmonisation des données au niveau central	x				
			Faire le feed-back mensuel des données de surveillance aux régions et districts	x	x			
			Organiser régulièrement au niveau central les réunions trimestrielles de monitorage prenant en compte les activités de surveillance avec les régions et districts sanitaires	x	x	x	x	x
	Amener 100% des districts et les DR à détecter précocement les épidémies	Formation et sensibilisation à l'analyse hebdomadaire des données de surveillance	Former les ERS et les ECD à l'utilisation des logiciels Epi Info et Health Mapper		x			
		Plaidoyer auprès des autorités pour la mise en place de moyens de transmission sensibilisation des acteurs à la transmission des données	Assurer la connexion internet du niveau région et district pour renforcer le feed-back du niveau central vers le niveau périphérique		x	x	x	x
			Intégrer le niveau central, région et district (INHP, DCPEV, IPCI) au réseau téléphonique existant (flotte de la DIPE) pour l'amélioration de la transmission des données	x				
			Transmettre régulièrement les résultats de surveillance à la communauté par le biais des COGES et des ASC	x	x	x	x	x
			Elaborer et diffuser un bulletin de retro information trimestriel aux DRS et DDS	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
	D'ici 2015, amener 100% des districts sanitaires à investiguer à temps les épidémies	Diffusion des procédures et formulaires d'investigation à tous les niveaux	Réviser et diffuser les directives écrites sur les procédures d'investigation et les formulaires de notification des épidémies à tous les niveaux	x				
		Plaidoyer au niveau du MEF pour la mise à disposition de fonds pour les activités de surveillance	Faire le plaidoyer auprès du Ministère de l'Economie et des Finances pour inscrire une ligne budgétaire pour les activités de surveillance.	x				
	D'ici 2015, amener 100% des districts sanitaires à riposter à temps les épidémies	Plaidoyer au niveau du MEF pour la mise à disposition de fonds pour la gestion des épidémies	Prendre un acte administratif permettant de prendre en compte les couts des intrants et les couts opérationnels pour la riposte face aux épidémies		x			
	D'ici 2015, 100% des DS rapportent des données sur les cas de MAPI	Intégration de la surveillance des MAPI au système de surveillance	Elaborer un plan de surveillance des MAPI	x				
			Elaborer les textes réglementaires, les directives et les outils sur la surveillance des MAPI	x				
			Diffuser les directives et les outils sur la surveillance des MAPI aux DRS et DDS		x			
			Former les acteurs à la surveillance des MAPI		x			
	Traiter 100% des MAPI graves d'ici 2015	Renforcement du cadre institutionnel pour la prise en charge gratuite des cas de MAPI graves	Elaborer un acte administratif pour la prise en charge gratuite des cas de MAPI sur la ligne Urgence, Catastrophe et Epidémie		x			
			Elaborer et diffuser les directives de PEC des MAPI		x			
			Elaborer et diffuser les outils de PE des MAPI		x			
			Former les prestataires à la PEC des MAPI		x			
			Prendre en charge gratuitement tous les cas de MAPI		x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
	Détection, notification et investigation							
	D'ici 2015, Amener le système de surveillance à détecter 100% des cas de maladies et des épidémies	Formation, sensibilisation et diffusion des directives	Elaborer et diffuser aux DRS et DS les directives sur la collecte, la conservation et le transport des prélèvements	x				
		Renforcement du mécanisme mis en place pour la réception et l'envoi des prélèvements vers le laboratoire national	Elaborer et diffuser les procédures opérationnelles standardisées pour la réception et l'envoi des échantillons au laboratoire national	x				
			- Renforcer l'équipe chargée de la réception et de l'envoi des prélèvements au niveau du laboratoire	x				
		Renforcement de la surveillance active	Doter de façon régulière les districts sanitaires en carburant pour la surveillance active	x	x	x	x	x
			Etablir, actualiser et visiter les sites prioritaires de surveillance active au niveau district sanitaire	x	x	x	x	x
			Ravitailler régulièrement les districts sanitaires et les sites prioritaires en kits de prélèvements	x	x	x	x	x
			Rendre disponible les directives et outils de gestion de surveillance dans les directions régionales, districts sanitaires et sites prioritaires	x	x	x	x	x
		Sensibilisation de tous les acteurs	Diffuser les directives pour le respect effectif du circuit de l'information	x				
		Plaidoyer pour le renforcement des ressources humaines	Renforcer les ressources humaines	x	x	x	x	x
	Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici 2013	**Organisation des AVS polio au besoin**	**Assurer la préparation des districts à la riposte contre la survenue de tout cas de PVS**	**x**	**x**	**x**		
		Renforcement du suivi des performances de la lutte contre la poliomyélite	**Assurer le suivi des activités par les comités d'experts polio**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
		Renforcement de la couverture vaccinale polio 3 en routine	**Cf: Prestations**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**

N°	Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
	Atteindre et maintenir les critères de pré élimination de la rougeole d'ici 2012	**Administration d'une seconde opportunité de VAR lors des campagnes de suivi**	**Organiser une campagne de suivi de la rougeole pour les enfants de 9 à 59 mois**	**x**			**x**	
		Renforcement de la couverture vaccinale VAR en routine	**Cf: Prestations**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
	D'ici 2013, contrôler la fièvre jaune dans tous les districts	**Organisation des campagnes préventives dans les districts à haut risque contre la fièvre jaune**	**Assurer la préparation des districts à la riposte contre la survenue de tout cas de fièvre jaune**	**x**				
			Conduire les campagnes préventives dans les districts à haut risque	**x**				
		Renforcement de la couverture vaccinale VAA en routine	**Cf: Prestations**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
	Dès 2011, atteindre et maintenir les critères d'élimination du TMN	**Organisation de la validation de l'élimination du Tétanos**	**Assurer la préparation des districts à l'enquête de validation de l'élimination du Tétanos Néonatal**	**x**				
		Renforcement de la couverture vaccinale VAT2+ en routine	**Cf: Prestations**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
	D'ici 2015, Améliorer la promptitude des données > = 80% au niveau de chaque district	Sensibilisation de l'ECD et ERS à la transmission à temps des données de surveillance	Transmettre régulièrement les données de surveillance du district/DRS, DRS vers le niveau central	x	x	x	x	x
		Plaidoyer aux MSHP pour l'équipement des DS et Régions en équipements de communication	Mettre à la disposition des acteurs de la surveillance des moyens de communication pour la surveillance active à tous les niveaux	x	x	x	x	x
	D'ici 2015, amener 100% des districts sanitaires à investiguer et à riposter à temps les épidémies	Diffusion des procédures et formulaires d'investigation à tous les niveaux	Diffuser les directives écrites sur les procédures d'investigation et les formulaires de notification des épidémies à tous les niveaux	x				
		Elaboration et partage des rapports d'investigation à tous les niveaux	**Produire et partager les rapports de supervision ainsi que les rapports d'investigation avec les niveaux supervisés**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
		Plaidoyer au niveau du MEF et du MSHP pour la mise à disposition de fonds pour la gestion des épidémies	Faire le plaidoyer auprès du Ministère de l'Economie et des Finances pour inscrire une ligne budgétaire pour les activités de surveillance.	x				

N°	Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
	Analyse épidémiologique, gestion des données et utilisation de l'information pour l'action							
	Harmoniser, Sauvegarder et archiver 100% des données de surveillance à tous les niveaux	Sensibilisation et formation des acteurs à la sauvegarde et à l'archivage des données	Appliquer les directives de sauvegarde et d'archivage des données de surveillance	x	x	x	x	x
			Mettre à disposition des outils de protection et de sauvegarde des données à tous les niveaux	x	x			
		sensibilisation des acteurs à l'harmonisation des données	Mettre en place un mécanisme mensuel d'harmonisation des données au niveau central	x				
			Mettre en place une coordination pour l'analyse et l'interprétation des données à tous les niveaux	x				
			Organiser régulièrement au niveau central les réunions trimestrielles de monitorage prenant en compte les activités de surveillance avec les régions et districts sanitaires	x	x	x	x	x
			Organiser régulièrement au niveau central les réunions trimestrielles de monitorage prenant en compte les activités de surveillance avec les districts sanitaires	x	x	x	x	x
	Amener 100% des districts et les DR à détecter précocement les épidémies	Formation et sensibilisation à l'analyse hebdomadaire des données de surveillance	Former les ERS et les ECD à l'utilisation des logiciels Epi Info et Health Mapper	x	x			
		plaidoyer auprès des autorités la mise en place de moyens de transmission sensibilisation des acteurs à la transmission des données	Assurer la connexion internet du niveau région et district pour renforcer le feed-back du niveau central vers le niveau périphérique	x	x	x	x	x
			Intégrer le niveau central, région et district (INHP, DCPEV, IPCI) au réseau téléphonique existant (flotte de la DIPE) pour l'amélioration de la transmission des données	x				
			Transmettre régulièrement les résultats de surveillance à la communauté par le biais de COGES et les ASC	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
			Diffuser régulièrement le bulletin hebdomadaire de retro information	x	x	x	x	x
			Elaborer et diffuser un bulletin de retro information mensuel	x	x	x	x	x
			Faire le feedback écrit aux formations sanitaires sur les activités de surveillance	x	x	x	x	x

Tableau XI-3 : Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
			2011	2012	2013	2014	2015
Approvisionner le niveau central, régional et périphérique en vaccins et consommables d'injection de manière adéquate et continue	Estimation des besoins annuels	Organiser un atelier pour l'estimation annuelle des besoins en vaccins et consommables PEV	x	x	x	x	X
	Renforcement du système de gestion des vaccins à tous les niveaux	Organiser une mission d'évaluation de la gestion des vaccins avant l'introduction des nouveaux vaccins		x			
		Organiser un atelier pour l'élaboration des directives sur la gestion des stocks		x		x	
		Organiser un atelier pour la formation et le recyclage des agents de santé impliqués dans les activités de vaccination à la gestion des stocks		x		x	
		Organiser des missions de supervision formative conjointes (INHP et DCPEV) sur la gestion des vaccins à tous les niveaux		x	x	x	X
		Organiser les missions trimestrielles de distribution des vaccins à tous les niveaux selon le plan de distribution	x	x	x	x	X
De 2011 à 2015, renforcer remplacer 90% des équipements CDF en qualité et quantité suffisante à tous les niveaux	Renforcement des capacités de stockage	Organiser des missions de collecte des données pour la mise à jour de l'inventaire des équipements de la chaîne de froid en vue de l'introduction des nouveaux vaccins		x			
		Doter le niveau central, régional, district et centre de santé en équipements CDF conformes et de capacité suffisante	x	x	x	x	X
		Renforcer la collaboration CREMM et entreprises privées de maintenance	x	x	x	x	X
		Organiser un atelier pour la formation et le recyclage des agents de santé impliqués dans les activités de vaccination à la maintenance des équipements de CDF		x		x	
D'ici 2015, renforcer 90% du matériel roulant conforme et en quantité adéquate à tous les niveaux	Renforcement du matériel roulant	Mettre en œuvre le plan de renouvellement du matériel roulant	x	x	x	x	X
		Doter le niveau central, régional, district et centres de santé en équipements roulant conformes	x	x	x	x	X
		Mettre en œuvre le plan de maintenance du matériel roulant		x	x	x	X
		Organiser un atelier pour la formation et le recyclage des agents de santé impliqués dans les activités de vaccination à la maintenance du matériel roulant		x		x	
D'ici 2015, renforcer 90% du matériel informatique pour la	Renforcement du matériel informatique	Actualiser l'inventaire des équipements informatiques à tous les niveaux	x	x	x	x	x

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
			2011	2012	2013	2014	2015
gestion des stocks % à tous les niveaux		Organiser un atelier pour l'élaboration du plan de maintenance et de renouvellement du matériel informatique		x			
		Mettre en œuvre le plan de maintenance et de renouvellement du matériel informatique		x	x	x	X
Mettre en place des outils uniformisés pour la gestion du PEV à tous les niveaux	Création d'un cadre de concertation (DCPEV, INHP, Partenaires)	Actualiser les outils de gestion		x			
		Organiser un atelier de révision et de validation de tous les outils de gestion des vaccins et de la chaine du froid		x			
		Organiser un atelier pour la formation et le recyclage des agents de santé impliqués dans les activités de vaccination à l'utilisation et l'exploitation des outils SMT et DVD/MT recommandés par l'OMS et à l'utilisation des outils manuels		x		x	
Renforcer le système de gestion des déchets dans 100% des régions et districts d'ici 2015	- Mise en œuvre du Plan National de Gestion des Déchets Médicaux (PNGDM) 2009-2011 -Collaboration avec toutes les structures impliquées (DCPEV, DRHP, DIEM) - Collaboration avec le secteur privé disposant des équipements pouvant incinérer les déchets à une température d'au moins 800°C	Construire un incinérateur dans chaque district et chaque chef- lieu de région	x	x	x	x	x
		Organiser un atelier pour la formation et le recyclage des agents de santé impliqués dans les activités de vaccination à la gestion des déchets biomédicaux		x		x	
		Former au moins 2 manipulateurs par district à l'utilisation des incinérateurs		x		x	
		Organiser un atelier d'élaboration du plan de maintenance et de suivi des incinérateurs		x			
		Mettre en œuvre le plan de maintenance et de suivi des incinérateurs		x	x	x	X

Tableau XI-4 : Communication

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
			2011	2012	2013	2014	2015
Relever de 4% à 50 % la proportion des parents pouvant citer au moins 5 maladies cibles du PEV d'ici 2015	Renforcement de capacité des points focaux communication de district et des relais communautaires	Former 100 % de points focaux communication de district à la communication pour le PEV	x		x		X
		Former les relais communautaires de 50% de districts sanitaires en technique de communication	x	x	x	x	X
		Organiser des causeries éducatives et des animations de groupes dans la communauté	x	x	x	x	X
		Produire des supports (affiches, affichettes, boîtes à images …) de communication adaptés à la communauté	x			x	
		Diffuser des supports (affiches, affichettes, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté	x	x	x	x	X
		Produire des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	x			x	
		Diffuser des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	x	x	x	x	X
		Prendre une note de service pour la planification et la mise en œuvre des activités de communication dans les districts	x				
	Renforcement des capacités des prestataires de soins	Former les prestataires de soins dans 100% des districts sanitaires en communication de groupe et en communication interpersonnelle	x	x	x	x	X
Porter de 12 % à 60% la proportion des parents connaissant le calendrier vaccinal d'ici 2015	Renforcement des activités de promotion autour du calendrier vaccinal	Produire des supports (affiches, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté	x			x	
		Diffuser des supports (affiches, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté	x	x	x	x	X
		Produire des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	x			x	
		Diffuser des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	x	x	x	x	X
		Former les réseaux sociaux et les leaders communautaire sur le calendrier vaccinal de l'enfant	x	x	x	x	X
		Superviser mensuellement les agents impliqués dans les activités de communication.	x	x	x	x	x
Porter de 5 % à 40% la proportion des femmes	Renforcement des activités de promotion autour du calendrier	Produire des supports (affiches, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté	x			x	

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
			2011	2012	2013	2014	2015
enceinte connaissant le calendrier vaccinal du VAT d'ici 2015	vaccinal	Produire des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV		x	x	x	x
		Diffuser des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV		x	x	x	x
		Former les réseaux sociaux et les leaders communautaires sur le calendrier du VAT	x	x	x	x	X
Porter à 100% la proportion des districts qui impliquent les réseaux communautaires dans le PEV de routine d'ici 2015	Intégration des réseaux communautaires dans la mise œuvre des activités de PEV de routine	Créer/Redynamiser les comités locaux de mobilisation sociale	x	x	x	x	X
		Organiser des séances de sensibilisation des réseaux communautaires (OBC, ABC, ONG)	x	x	x	x	X
	Création de conditions favorables à la promotion de la vaccination	Organiser des rencontres de plaidoyer avec les associations des professionnels des médias, les autres secteurs de développement (Ministères de l'éducation nationale, de l'agriculture, mutuelle de développement….) et les organisations communautaires	x	x	x	x	X
	Utilisation des parents et individus dans la surveillance épidémiologique	Produire les supports de définition communautaire de cas de maladies sous surveillance	x			x	
		Diffuser les supports de définition communautaire de cas de maladies sous surveillance dans la communauté	x	x	x	x	X
		Organiser des séances de sensibilisation des leaders communautaires et des tradipraticiens à la détection et à la déclaration des cas de maladies sous surveillance					
Amener 100% des centres de santé à mettre en œuvre les directives sur la gratuité des vaccins	Sensibilisation de la communauté et des prestataires sur la gratuité de la vaccination	Produire des supports multimédia sur la gratuité de la vaccination (Affiches, spot radio et télé)	x			x	
		Diffuser les supports multimédia sur la gratuité de la vaccination dans la communauté et les centres de santé	x	x	x	x	X
		Organiser des séances de sensibilisation dans la communauté	x	x	x	x	X
		Organiser des réunions de sensibilisation des prestataires	x	x	x	x	X
Amener 50% des districts à mobiliser des ressources additionnelles pour la mise en œuvre des activités de communication du PEV	Mobilisation des ressources financières additionnelles	Organiser des activités de plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles	x	x	x	x	X

Tableau XI-5 : Gestion du programme

Problèmes	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2011	2012	2013	2014	2015
Disfonctionnement de la plate forme de coordination des parties prenantes	Rendre fonctionnelle la plate forme de coordination des parties prenantes	Mise en place d'un cadre de coordination formel entre les parties prenantes	Elaborer un manuel de procédures de la gestion des activités PEV	X	X			
			Organiser des réunions statutaires entre les parties prenantes pour la coordination des activités PEV		X	X	X	X
Difficultés de mobilisation des ressources financières	Rendre disponibles les ressources financières pour la mise en œuvre des activités PEV	Mobilisation des ressources en interne	Organiser des sessions de plaidoyer auprès des ministères en charge du plan et des finances pour les décaissements rapides des Fonds pour la mise en œuvre des activités PEV	X	X	X	X	X
			Elaborer des projets à soumettre au Projets d'Investissement Publics pour financement sur le Budget de l'Etat	X	X	X	X	X
			Organiser des séances de sensibilisation les communautés (leaders d'opinion) à la participation au financement des activités PEV	X	X	X	X	X

Tableau XIII : Indicateurs de suivi et évaluation du PPAC 2011-2015

Tableau XII-1 : Prestations de service

	Structure en charge	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanisme pour collecte, transfert, analyse des données	Utilisation de l'information
National	DC-PEV	Mensuelle et trimestrielle	Couverture vaccinale	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Proportion de régions/districts ayant une couverture vaccinale d'au moins 80%	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Taux d'abandon global et spécifique	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Proportion de régions/districts ayant un taux d'abandon < 10%	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Taux de perte en vaccins et consommables	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Proportion des régions/districts ayant des taux de perte inférieure aux normes admises	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Nombre d'enfants non vaccinés	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
Régional	DRS	Trimestriel	Couverture vaccinale	Fax,Email, Téléphone, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Proportion de districts ayant une couverture vaccinale d'au moins 80%	Fax,Email, Téléphone, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Taux d'abandon global et spécifique	Fax,Email, Téléphone, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Proportion de districts ayant un taux d'abandon < 10%	Fax,Email, Téléphone, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Taux de perte en vaccins et consommables	Fax,Email, Téléphone, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,

	Structure en charge	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanisme pour collecte, transfert, analyse des données	Utilisation de l'information
			Proportion des districts ayant des taux de perte inférieure aux normes admis	Fax,Email, Téléphone, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Nombre d'enfants non vaccinés	Fax,Email, Téléphone, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
District	DDS	Mensuel	Couverture vaccinale	Motos, Rapport mensuel, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Proportion de centres de santé ayant une couverture vaccinale d'au moins 80%	Motos, Rapport mensuel, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Taux d'abandon global et spécifique	Motos, Rapport mensuel, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Proportion de centres de santé ayant un taux d'abandon < 10%	Motos, Rapport mensuel, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Taux de perte en vaccins et consommables	Motos, Rapport mensuel, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Proportion de centres de santé ayant des taux de perte inférieures aux normes admises	Motos, Rapport mensuel, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
			Nombre d'enfants non vaccinés	Motos, Rapport mensuel, Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision,
Aire de santé	COGES	Mensuel	Couverture vaccinale	Régistre de vaccination, fiche de pointage, rapport mensuel	Mobilisation sociale, réunion à terme, prise de décision
			Taux d'abandon global et spécifique	Régistre de vaccination, fiche de pointage, rapport mensuel	Mobilisation sociale, réunion à terme, prise de décision
			Taux de perte en vaccins et consommables	Régistre de vaccination, fiche de pointage, rapport mensuel	Mobilisation sociale, réunion à terme, prise de décision
			Proportion des localités ayant une couverture vaccinale d'au moins 80%	Régistre de vaccination, fiche de pointage, rapport mensuel	Mobilisation sociale, réunion à terme, prise de décision

	Structure en charge	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanisme pour collecte, transfert, analyse des données	Utilisation de l'information
			Nombre d'enfants non vaccinés	Régistre de vaccination, fiche de pointage, rapport mensuel	Mobilisation sociale, réunion à terme, prise de décision
			Proportion de régions/districts ayant une couverture vaccinale d'au moins 80%	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Taux d'abandon global et spécifique	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Proportion de régions/districts ayant un taux d'abandon < 10%	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Taux de perte en vaccins et consommables	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Proportion des régions/districts ayant des taux de perte inférieure aux normes admises	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
			Nombre d'enfants non vaccinés	Fax,Email, Téléphone, sous EPI info et Excel pour l'analyse	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires

Tableau XII-2 : Surveillance épidémiologique

	Objectifs	Niveaux	Structures en charge du suivi	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanismes	Utilisation de l'information
Organisation du Système de surveillance							
1	D'ici 2015, Amener le système de surveillance à détecter 100% des cas de maladies	National	DCPEV, INHP, IPCI	Mensuelle et trimestrielle	Taux de PFA non polio % selles prélevées dans les 14 jours Taux de détection de la rougeole, de la fièvre jaune % de DS ayant notifié au moins un cas avec prélèvement	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation, analyse de la base sur EPIINFO	Retro information, Prise de décision, diffusion aux partenaires
		Régional	DRSLS	Mensuelle	Idem	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retro information, Prise de décision
		District	DDSLS	Journalière, Mensuelle	Taux de PFA non polio % selles prélevées dans les 14 jours Taux de détection de la rougeole, de la fièvre jaune	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retro information, Prise de décision
		Aire de santé	ESPC	Journalière, Mensuelle	Nombre de cas de maladie notifié % de prélèvement parmi les cas notifiés	Fiches de notification, Rapport mensuel	Prise de décision
2	Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici 2015	National	DCPEV, IPCI, Comités polio	Mensuelle, trimestrielle et annuelle	Taux de PFA non polio % selles prélevées dans les 14 jours Nombre de réunions d'experts polio tenues	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation, rapport de réunion expert polio, rapport annuel polio, analyse de la base sur EPIINFO	Retro information, Prise de décision, diffusion aux partenaires
		Régional	DRSLS	Mensuelle	Taux de PFA non polio % selles prélevées dans les 14 jours	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retro information, Prise de décision
		District	DDSLS	Mensuelle	Taux de PFA non polio Proportion de cas notifiés par rapport au nombre de cas attendus % selles prélevées dans les 14 jours	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retro information, Prise de décision
		Aire de santé	ESPC	Mensuelle	Nombre de cas de PFA notifié	Fiches de notification,	Prise de décision

	Objectifs	Niveaux	Structures en charge du suivi	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanismes	Utilisation de l'information
					% de prélèvement dans les 14 jours parmi les cas de PFA notifiés	Rapport mensuel	
3	Atteindre et maintenir les critères de pré élimination de la rougeole d'ici 2015	National	DCPEV, IPCI	Mensuelle et trimestrielle	Taux d'affection éruptive fébrile non rougeoleuse % DS ayant notifié au moins un cas avec prélèvement	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation, analyse de la base sur EPIINFO	Retroinformation, Prise de décision, diffusion aux partenaires
		Régional	DRSLS	Mensuelle	Taux d'affection éruptive fébrile non rougeoleuse % DS ayant notifié au moins un cas avec prélèvement	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision
		District	DDSLS	Mensuelle	Nombre de cas notifiés par rapport au nombre de cas attendus % d'aires sanitaires ayant notifié au moins un cas avec prélèvement % cas suspect avec prélèvement	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision
		Aire de santé	ESPC	Mensuelle	Nombre de cas suspects de rougeole notifiés % de prélèvement parmi les cas suspects de rougeole notifiés	Fiches de notification, Rapport mensuel	Prise de décision
4	D'ici 2015, contrôler la fièvre jaune dans tous les districts	National	DCPEV,INHP, IPCI	Mensuelle et trimestrielle	% DS ayant notifié au moins un cas avec prélèvement % de cas investigués % de cas ripostés	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation, analyse de la base sur EPIINFO	Retroinformation, Prise de décision, diffusion aux partenaires
		Régional	DRSLS	Mensuelle	% DS ayant notifié au moins un cas avec prélèvement % de cas investigués % de cas ripostés	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision
		District	DDSLS	Mensuelle	Nombre de cas suspects de fièvre jaune notifiés % cas suspects avec	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision

	Objectifs	Niveaux	Structures en charge du suivi	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanismes	Utilisation de l'information
					prélèvement		
		Aire de santé	ESPC	Mensuelle	Nombre de cas suspect de fièvre jaune notifié % de prélèvement parmi les cas suspect de fièvre jaune notifiés	Fiches de notification, Rapport mensuel	Prise de décision
5	Dès 2015, atteindre et maintenir les critères de validation de l'élimination du TNN	National	DCPEV, IPCI	Mensuelle et trimestrielle	% DS ayant notifié au moins un cas suspect % de cas suspect investigué par district % de cas avec riposte	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation, analyse de la base sur EPIINFO	Retroinformation, Prise de décision, diffusion aux partenaires
		Régional	DRSLS	Mensuelle	% DS ayant notifié au moins un cas suspect % de cas suspect investigué parmi les cas suspect par district % de cas avec riposte	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision
		District	DDSLS	Mensuelle	Nombre de cas suspect de tétanos néonatal notifié % de cas investigués %de cas avec riposte	Fiches de notification, Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision
		Aire de santé	ESPC	Mensuelle	Nombre de cas suspects de tétanos néonatal notifiés Nombre de cas suspects investigués	Fiches de notification, Rapport mensuel,	Prise de décision
6	D'ici 2015, Améliorer la promptitude des données (> = 80%) au niveau de chaque district	National	DCPEV	Mensuelle et trimestrielle	% DS ayant une promptitude supérieure ou égal à 80%	Rapport mensuel, analyse de la base sur EPIINFO	Retroinformation, Prise de décision, diffusion aux partenaires
		Régional	DRSLS	Mensuelle	% DS ayant une promptitude supérieure ou égal à 80%	Rapport mensuel	Retroinformation, Prise de décision
		District	DDSLS	Mensuelle	% de centre de santé ayant une promptitude supérieure ou égal à 80%	Rapport mensuel	Retroinformation, Prise de décision
		Aire de santé	ESPC	Mensuelle	% de rapport transmis à temps	Rapport mensuel,	Prise de décision
7	D'ici 2015, mettre en place la surveillance à	National	DCPEV, INHP, DIPE, IPCI	Mensuelle, trimestrielle	- Proportion de district mettant en œuvre la surveillance à base	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre	retro information, prise de décision, diffusion au cabinet et

	Objectifs	Niveaux	Structures en charge du suivi	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanismes	Utilisation de l'information
	base communautaire dans 100% des districts sanitaires				communautaire, - nombre d'ASC formés par district, - nombre d'ASC formés par aire de santé, -	consultation, analyse sur EPI INFO, fiche de suivi de l'activité de surveillance des ASC	aux partenaires
		Régional	DRSLS,	Mensuelle, trimestrielle	- Proportion de district mettant en œuvre la surveillance à base communautaire, - nombre d'ASC formés par district, - nombre d'ASC formés par aire de santé,	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation, analyse sur EPI INFO et Excel, fiche de suivi de l'activité de surveillance des ASC	retro information, diffusion au niveau central, prise de décision
		District	DDSLS	Mensuelle,	- nombre d'ASC formés par aire de santé,	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation, analyse sur EPI INFO et Excel, fiche de suivi de l'activité de surveillance des ASC	retro information, diffusion au niveau régional, prise de décision
		Aire de santé	coges	Mensuelle,	- - nombre D'ASC formés par village - - nombre de cas de maladies notifié par aire de santé	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation, fiche de suivi de l'activité de surveillance des ASC	diffusion au niveau district, prise de décision
8	D'ici 2015, Harmoniser, Sauvegarder et archiver 100% des données de surveillance à tous les niveaux	National	-	Mensuelle, trimestrielle	- Nombre de réunions d'harmonisation mensuelle tenue - Nombre de réunions monitorage trimestriel organisés	Rapport de réunion d'harmonisation Rapport de monitorage	
		Régional	DRSLS	Bi-mensuel	- Nombre de réunion	Rapport de réunion	Diffusion aux districts,

	Objectifs	Niveaux	Structures en charge du suivi	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanismes	Utilisation de l'information
					d'harmonisation mensuelle tenue - Nombre de monitorage trimestriel organisés	d'harmonisation	prise de décision
		District	DDSLS	Mensuel	- Nombre de réunions mensuelle	Rapport de monitorage	Prise de décision
		Aire de santé	ESPC	mensuel	Nombre de réunions mensuelle	Rapport de réunion d'harmonisation	Prise de décision
10	D'ici 2015, amener 100% des districts sanitaires à investiguer à temps les épidémies	National	DCPEV, INHP, IPCI	Mensuelle et trimestrielle	% d'épidémies investigués	Rapport mensuel, rapport d'investigation, analyse de la base sur EPIINFO	Retroinformation, Prise de décision, diffusion aux partenaires
		Régional	DRSLS	Bi mensuelle	% d'épidémies investigués	Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision
		District	DDSLS	Mensuelle	% d'épidémies investigués	Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision
		Aire de santé	ESPC	Mensuelle	% d'épidémies investigués	Rapport mensuel, rapport d'investigation	Prise de décision
11	D'ici 2015, amener 100% des districts sanitaires à riposter à temps les épidémies	National	DCPEV, INHP, IPCI	Mensuelle et trimestrielle	% d'épidémies ayant bénéficié d'une riposte	Rapport mensuel, rapport d'investigation, analyse de la base sur EPIINFO	Retroinformation, Prise de décision, diffusion aux partenaires
		Régional	DRSHP	Bi mensuelle	% d'épidémies ayant bénéficié d'une riposte	Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision
		District	DDSHP	Mensuelle	% d'épidémies ayant bénéficié d'une riposte	Rapport mensuel, rapport d'investigation	Retroinformation, Prise de décision
		Aire de santé	ESPC	Mensuelle	% d'épidémies ayant bénéficié d'une riposte	Rapport mensuel, rapport d'investigation	Prise de décision
12	D'ici 2015, 100% des DS rapportent des données sur les cas de MAPI	National	DCPEV, INHP, DIPE, IPCI, PSP	Mensuelle, trimestrielle	Proportion de district rapportant les cas de MAPI, nombre de cas de MAPI	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation	retro information, prise de décision, diffusion au cabinet et aux partenaires
		Régional	DRSLS	Mensuelle, trimestrielle	Proportion de district rapportant les cas de MAPI, nombre de cas de MAPI	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation	retro information, diffusion au niveau central, prise de décision
		District	DDSLS	Mensuelle, hebdomadaire	Proportion de centre de santé rapportant des cas MAPI, nombre des cas de MAPI	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation	retro information, diffusion au niveau régional, prise de décision

	Objectifs	Niveaux	Structures en charge du suivi	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanismes	Utilisation de l'information
		Aire de santé	ESPC	hebdomadaire Mensuelle,	Nombre des cas de MAPI	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation	diffusion au niveau district, prise de décision
13	traiter 100% des cas de MAPI d'ici 2015	National	DCPEV, INHP, DIPE, IPCI, PSP	journalière hebdomadaire Mensuelle, trimestrielle,	Proportion de MAPI PEC	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation, fiche de notification immédiate des cas de MAPI graves, analyse sur EPI INFO	retro information, prise de décision, diffusion au cabinet et aux partenaires
		Régional	DRSLS	Mensuelle, trimestrielle, hebdomadaire , journalière	proportion de MAPI grave PEC	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation, fiche de notification immédiate des cas de MAPI graves, analyse sur EPI INFO	retro information, diffusion au niveau central, prise de décision
		District	DDLS	Mensuelle, hebdomadaire , journalière	proportion de MAPI grave PEC	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation, fiche de notification immédiate des cas de MAPI graves, analyse sur EPI INFO	retro information, diffusion au niveau régional, prise de décision
		Aire de santé	ESPC	Mensuelle, hebdomadaire , journalière	proportion de MAPI évacuées pour PEC	rapport PEV, SIG, fiche de notification hebdomadaire, registre consultation, fiche de notification immédiate des cas de MAPI graves	diffusion au niveau district, prise de décision

Tableau XII-3 : Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

Objectifs	Niveau	Structure en charge du suivi	Fréquence de suivi	Principaux indicateurs de suivi	Mécanismes pour collecte, transfert, analyse données	Utilisation de l'information

Approvisionner le niveau central, régional et périphériques en vaccins et consommables d'injection de manière adéquate et continue	Central	DCPEV, INHP	Journalière, Hebdomadaire, Mensuelle, Trimestrielle, Semestrielle, Annuelle	Nombre de jours de rupture, Nombre d'approvisionnement annuel, Taux d'adéquation entre la commande et la livraison	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, CR de réunion, Rapport de distribution, Rapport de réception des vaccins, Outils de gestion informatisé (SMT, DVD/MT, SYGEPAS) et manuel	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
	Régional	DRSHP, AR INHP, CREMM	Trimestrielle	Nombre de jours de rupture, Nombre d'approvisionnement trimestriel, Taux d'adéquation entre la commande et la livraison	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, CR de réunion, Rapport de distribution, Rapport de réception des vaccins, Outils de gestion informatisé (SMT, DVD/MT) et manuel	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	District	ECD	Mensuelle	Nombre de jours de rupture, Nombre d'approvisionnement mensuel, Taux d'adéquation entre la commande et la livraison	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, CR de réunion, Rapport de distribution, Rapport de réception des vaccins, Rapports mensuels de vaccination, rapports trimestriels de l'ECD, PV de réunion, DVDMT	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	Aire de santé	COGES	Mensuelle	Nombre de jours de rupture, Nombre d'approvisionnement annuel, Taux d'adéquation entre la commande et la livraison	Bordereaux de livraison, Rapports de réunion, Rapports mensuels de vaccination, PV de réunion	Information du niveau supérieur, mobilisation sociale et réunion à thème

De 2011 à 2015, renforcer 90% des équipements CDF, le matériel roulant et informatique en qualité et quantité suffisante à tous les niveaux	Central	DCPEV, INHP	Annuelle	Nombre d'équipements reçus	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, CR de réunion, Rapport de distribution, Rapport de réception des équipements, Outils de gestion informatisé (SMT, DVD/MT, SYGEPAS)	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
	Régional	DRSHP, AR INHP, CREMM	Annuelle	Nombre d'équipements reçus	Rapports de réunion, le rapport inventaire, Outils de gestion informatisé (SMT)	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	District	ECD	Annuelle	Nombre d'équipements reçus	Rapports de réunion, Rapports mensuels de vaccination, rapports trimestriels de l'ECD, PV de réunion, DVDMT	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	Aire de santé	COGES	Annuelle	Nombre d'équipements reçus	Rapports de réunion, Rapports mensuels de vaccination, PV de réunion	Information du niveau supérieur, mobilisation sociale et réunion à thème
Mettre en place des outils uniformisés pour la gestion du PEV à tous les niveaux	Central	DCPEV, INHP	Annuelle	Pourcentage de régions et districts ayant reçu les outils de gestion uniformisés	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, Rapport de réception des outils, Rapports d'ateliers	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
	Régional	DRSHP, AR INHP	Annuelle	pourcentage de districts de santé ayant reçu les outils de gestion uniformisés	Bordereau de livraison, rapports de réception, Rapports de réunion	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur

	District	ECD	Annuelle	pourcentage de centres de santé ayant reçu les outils de gestion uniformisés	Bordereau de livraison, rapports de réception, Rapports de réunion	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	Aire de santé	COGES	Annuelle	pourcentage d'outils uniformisés reçus	Rapports de réunion, Rapports mensuels de vaccination, PV de réunion	Information du niveau supérieur, mobilisation sociale et réunion à thème
Mettre en place un système adéquat de gestion des déchets dans 100% des régions et districts d'ici 2015	Central	DCPEV, INHP	Annuelle	Nombre d'incinérateurs construits, Nombre d'agents de santé formés à la gestion des déchets	Bordereaux de livraison, Rapport d'activités, Rapports d'ateliers	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
	Régional	DRSHP, AR INHP	Annuelle	Nombre d'incinérateurs construits	Bordereaux de livraison, Rapport d'activités	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	District	ECD	Annuelle	Nombre d'incinérateurs construits	Bordereaux de livraison, Rapport d'activités	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
Approvisionner le niveau central, régional et périphériques en vaccins et consommables d'injection de manière adéquate et continue	Central	DCPEV, INHP	Journalière, Hebdomadaire, Mensuelle, Trimestrielle, Semestrielle, Annuelle	Nombre de jours de rupture, Nombre d'approvisionnement annuel, Taux d'adéquation entre la commande et la livraison	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, CR de réunion, Rapport de distribution, Rapport de réception des vaccins, Outils de gestion informatisé (SMT, DVD/MT, SYGEPAS) et manuel	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires

	Régional	DRSHP, AR INHP, CREMM	Trimestrielle	Nombre de jours de rupture, Nombre d'approvisionnement trimestriel, Taux d'adéquation entre la commande et la livraison	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, CR de réunion, Rapport de distribution, Rapport de réception des vaccins, Outils de gestion informatisé (SMT, DVD/MT) et manuel	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	District	ECD	Mensuelle	Nombre de jours de rupture, Nombre d'approvisionnement mensuel, Taux d'adéquation entre la commande et la livraison	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, CR de réunion, Rapport de distribution, Rapport de réception des vaccins, Rapports mensuels de vaccination, rapports trimestriels de l'ECD, PV de réunion, DVDMT	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	Aire de santé	COGES	Mensuelle	Nombre de jours de rupture, Nombre d'approvisionnement annuel, Taux d'adéquation entre la commande et la livraison	Bordereaux de livraison, Rapports de réunion, Rapports mensuels de vaccination, PV de réunion	Information du niveau supérieur, mobilisation sociale et réunion à thème
De 2011 à 2015, renforcer 90% des équipements CDF, le matériel roulant et informatique en qualité et quantité suffisante à tous les niveaux	Central	DCPEV, INHP	Annuelle	Nombre d'équipements reçus	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, CR de réunion, Rapport de distribution, Rapport de réception des équipements, Outils de gestion informatisé (SMT, DVD/MT, SYGEPAS)	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
	Régional	DRSHP, AR INHP, CREMM	Annuelle	Nombre d'équipements reçus	Rapports de réunion, le rapport inventaire, Outils de gestion informatisé (SMT)	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur

	District	ECD	Annuelle	Nombre d'équipements reçus	Rapports de réunion, Rapports mensuels de vaccination, rapports trimestriels de l'ECD, PV de réunion, DVDMT	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	Aire de santé	COGES	Annuelle	Nombre d'équipements reçus	Rapports de réunion, Rapports mensuels de vaccination, PV de réunion	Information du niveau supérieur, mobilisation sociale et réunion à thème
Mettre en place des outils uniformisés pour la gestion du PEV à tous les niveaux	Central	DCPEV, INHP	Annuelle	Pourcentage de régions et districts ayant reçu les outils de gestion uniformisés	Bordereaux de livraison, Rapports d'inventaires, Rapport d'activités, Rapport de réception des outils, Rapports d'ateliers	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires
	Régional	DRSHP, AR INHP	Annuelle	pourcentage de districts de santé ayant reçu les outils de gestion uniformisés	Bordereau de livraison, rapports de réception, Rapports de réunion	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	District	ECD	Annuelle	pourcentage de centres de santé ayant reçu les outils de gestion uniformisés	Bordereau de livraison, rapports de réception, Rapports de réunion	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	Aire de santé	COGES	Annuelle	pourcentage d'outils uniformisés reçus	Rapports de réunion, Rapports mensuels de vaccination, PV de réunion	Information du niveau supérieur, mobilisation sociale et réunion à thème
Mettre en place un système adéquat de gestion des déchets dans 100% des régions et districts d'ici 2015	Central	DCPEV, INHP	Annuelle	Nombre d'incinérateurs construits, Nombre d'agents de santé formés à la gestion des déchets	Bordereaux de livraison, Rapport d'activités, Rapports d'ateliers	Rétro-information, Prise de décision, Diffusion aux partenaires

	Régional	DRSHP, AR INHP	Annuelle	Nombre d'incinérateurs construits	Bordereaux de livraison, Rapport d'activités	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur
	District	ECD	Annuelle	Nombre d'incinérateurs construits	Bordereaux de livraison, Rapport d'activités	Rétro-information, Prise de décision, Information du niveau supérieur

Tableau XII-4 : Communication

Objectifs	Indicateurs	Mécanisme pour la collecte, le transfert et l'analyse des données	Périodicité de suivi	Structure en charge du suivi	Utilisation de l'information
Relever de 4% à 50 % la proportion des parents pouvant citer au moins 5 maladies cibles du PEV d'ici 2015	Proportion des parents pouvant citer au moins 5 maladies cibles du PEV	Enquête CAP Enquête qualitative	Revue Annuelle	DC-PEV	Révision de stratégie
Porter de 12 % à 60% la proportion des parents connaissant le calendrier vaccinal d'ici 2015	Proportion des parents connaissant le calendrier vaccinal de l'enfant	Enquête qualitative	Annuelle	Direction Régionale	Réorientation de la stratégie
Porter de 5 % à 40% la proportion des femmes enceinte connaissant le calendrier vaccinal du VAT d'ici 2015	Proportion de femmes enceintes connaissant le calendrier vaccinal du VAT	Enquête qualitative	Annuelle	Direction Régionale	Réorientation de la stratégie
Porter à 100% la proportion des districts qui impliquent les réseaux communautaires dans le PEV de routine d'ici 2015	Proportion de districts impliquant les réseaux communautaires dans le PEV de routine	Analyse de rapport d'activités	trimestrielle	DC PEV	Améliorer la stratégie
Amener 100% des centres de santé à mettre en œuvre les directives sur la gratuité des vaccins	Proportion de centres de santé appliquant la gratuité de la vaccination	supervision	bimensuelle	District sanitaire	Renforcement de la sensibilisation
Amener 50% des districts à mobiliser des ressources additionnelles pour la mise en œuvre des activités de communication du PEV	Proportion des districts ayant mobilisé des ressources additionnelles	Analyse de rapport d'activités	Semestrielle	District sanitaire	Pérennisation de la communication pour le PEV

Tableau XII-5 : Gestion du programme

N°	Principaux indicateurs de suivi	Fréquence de suivi	Structure en charge du suivi	MDV/ SDV	Utilisateurs	Niveau d'implication

N°	Principaux indicateurs de suivi	Fréquence de suivi	Structure en charge du suivi	MDV/ SDV	Utilisateurs	Niveau d'implication
1.	Existence d'un manuel de procédure de gestion des activités du PEV	Semestrielle	DCPEV	Copie du manuel / DCPEV	Tous les acteurs en charge de la vaccination	Central, région, districts
2.	Proportion de réunions statutaires tenues pour le suivi des activités PEV entre les parties prenantes	Trimestrielle	DCPEV	Rapport trimestriel de suivi	DCPEV, région, district	Central, région, districts
3.	Nombre de sessions de plaidoyer auprès des autorités du Plan et des Finances organisées	Semestrielle	DCPEV	PV de rencontres	*DCPEV*	Central
4.	Nombre de projets soumis au PIP pour le financement des activités PEV	Annuelle	DCPEV	Documents projets	*DCPEV*	Central
5.	Taux de mobilisation des ressources financières pour le PEV	Semestrielle	DCPEV	Rapport financier	DCPEV	Central
6.	Proportion des financements décaissés par rapport aux financements prévus	Trimestrielle	DCPEV	Rapport financiers	*DCPEV*	Central
7.	Nombre de réunions de sensibilisation des leaders communautaires organisés	Trimestrielle	DRS	PV réunions	DCPEV, région, district	Central, régional, districts
8.	Proportion du financement de la communauté dans les activités PEV	Semestrielle	DRS	Rapports d'activités	DCPEV, région, district	Central, régional, districts
9.	Nombre d'évaluations du PPAC réalisées	Tous les 2 ans et demi	DCPEV	Rapports d'évaluation du PPAC	DCPEV	Central, régional, districts

Tableaux XIV. Plan d'action opérationnel 2011 du PEV

*niveau central = C
*niveau régional = R
*niveau District = D
*niveau centre de santé = CS

Tableau XIII-1 : Prestations de services

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
O1	**Atteindre une CV au niveau national d'au moins 90% pour le Penta3, de 80% pour le VAR/VAA et de 75% pour le VAT2+ Avec 70% des DS ayant une CV de 80% pour le Penta3, 40% pour le VAR/VAA et 20% des DS ayant une CV de 80% pour le VAT2+**															
S	**Renforcement de la mise en œuvre de la stratégie «Atteindre Chaque District»**															
1.	Réviser et diffuser les directives du PEV en matière de vaccination dans tous les centres vaccinateurs	C								X	X	X				
2.	Appuyer l'élaboration des microplans des districts															
	Elaborer les microplans des DS et CS	D								x					DD	
	Mettre à disposition les ressources financières et matérielles	C/ D							X	x					DCPEV	
3.	Appuyer les activités de vaccination en stratégie fixe, avancée et mobile															
	Organiser une tournée mensuelle de vaccination en stratégie avancée par centre de santé	CS							x	x	x	x	x	x	DD	
	Organiser une tournée bimestrielle en stratégie mobile par DS	D								x		x		x	DD	
	Organiser des semaines de rattrapage des enfants non vaccinés										x		x			
4.	Assurer la supervision formative des agents à tous les niveaux															
	Organiser tous les deux mois une visite de supervision des agents des ESPC	CS								x		x		x	DD	
	Organiser une fois par trimestre une visite de supervision de la DRS vers chaque DS	D								x	x		x	x	DRS	
	Organiser une fois par semestre une visite de supervision de la DCPEV vers chaque DRS	R									x				DC-PEV	
5.	Organiser le monitorage des activités à tous les niveaux															
	Organiser 5 réunions de monitorage par CS	CS								x	x	x	x	x	DS	
	Organiser 3 réunions de monitorage par DS	D								x		x		x	DS	
	Organiser 3réunions de monitorage par la DCPEV (PM : réunions bimestrielles de surveillance)	R								x		x		x	DC-PEV	
O2																
S																
6.		C	X	x	x	x	x	x								
7.		C						x	x	x					DC-PEV	
8.		C									x				DC-PEV	
O3	**Réduire le taux d'abandon penta 1/3 à moins de 10%**															

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
S	**Redynamisation du système de recherche active des perdus de vue**															
9.																
10.																
11.																
S	**Intégration d'autres interventions préventives à la vaccination**															
12.	Renforcement de l'intégration au PEV de routine, des autres interventions préventive (Vitamine A, déparasitants, fer folate, MII, Sulfadoxine Pyriméthamine)															
	Offrir lors des séances de vaccination en routine un paquet de prestation comprenant : la distribution des MILDA, l'administration de la vitamine A, de déparasitant, fer folate, Sulfadoxine Pyriméthamine	C, D, CS								x	x	x	x	x	PEV, PNN, PNLP PNSRPF	
S	**Implication des communautés dans la planification et la mise en œuvre des activités de vaccination**															
13.	Organiser un atelier de réflexion sur la mise en place d'un partenariat avec les communautés										X					
14.	Mettre en œuvre le partenariat avec les communautés	C, D, CS									x	x	x	x	DCPEV, PNN, PNLP	
N°	**Activités**	**Lieu***	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	**Resp**	**Coût CFA**
O1	**Atteindre une CV au niveau national d'au moins 90% pour le Penta3, de 80% pour le VAR/VAA et de 65% pour le VAT2+ Avec 75% des DS ayant une CV de 80% pour le Penta3, 50% pour le VAR/VAA et 50% des DS ayant une CV de 80% pour le VAT2+**															
S	**Renforcement de la mise en œuvre de la stratégie «Atteindre Chaque District»**															
15.	Réviser et diffuser les directives du PEV en matière de vaccination dans tous les centres vaccinateurs	C	x	x	x											
16.	Organiser un atelier de réflexion sur la mise en place d'un contrat de performance PEV avec les districts	C			x											
17.	Mettre en œuvre le contrat de performance PEV avec les districts	C/D											x	x		
18.	Appuyer l'élaboration des microplans des districts															
	Elaborer les microplans des DS et CS	D	x												DD	
	Mettre à disposition les ressources	C/ D			x										DCPEV	
19.	Appuyer les activités de vaccination en stratégie fixe, avancée et mobile															
	Organiser une tournée mensuelle de vaccination en stratégie avancée par centre de santé	CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DD	
	Organiser une tournée trimestrielle en stratégie mobile par DS	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DD	
20.	Assurer la supervision formative des agents à tous les niveaux															
	Organiser tous les deux mois une visite de supervision du DS vers chaque centre de santé	CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DD	
	Organiser une fois par trimestre une visite de supervision de la DRS vers chaque DS	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DRS	

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
	Organiser une fois par semestre une visite de supervision de la DCPEV vers chaque DRS	R	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
21.	Organiser le monitorage des activités à tous les niveaux															
	Organiser 12 réunions de monitorage par CS	CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DS	
	Organiser 6 réunions de monitorage par DS	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DS	
	Organiser 6 réunions de monitorage par la DCPEV (PM : réunions bimestrielles de surveillance)	R	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
O2	**Introduire les nouveaux vaccins contre le pneumocoque et les diarrhées à rotavirus**															
S	**Mobilisation des ressources**															
22.	Constitution de la base documentaire pour la construction de l'argumentaire	C	x	x	x	x	x	x								
23.	Elaborer le plan d'introduction du nouveau vaccin	C						x	x	x					DC-PEV	
24.	Soumission de la demande d'introduction à GAVI	C									x				DC-PEV	
O3	**Réduire le taux d'abandon penta 1/3 à moins de 10%**															
S	**Redynamisation du système de recherche active des perdus de vue**															
25.	Former les relais communautaires à la recherche active des enfants non ou insuffisamment vaccinés	C				x									DC-PEV	
	Doter 7500 ASC en cahiers de 200 pages	C					x	x	x						DC-PEV	
	Reproduire 1500 registres de vaccination	CS				x	x	x	x	x					DC-PEV	
S	**Intégration d'autres interventions préventives à la vaccination**															
26.	Renforcement de l'intégration au PEV de routine, des autres interventions préventive (Vitamine A, déparasitants, fer folate, MII, Sulfadoxine Pyriméthamine)															
	Offrir lors des séances de vaccination en routine un paquet de prestation comprenant : la distribution des MILDA, l'administration de la vitamine A, de déparasitant, fer folate, Sulfadoxine Pyriméthamine	C, D, CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	PEV, PNN, PNLP PNSRPF	
S	**Implication des communautés dans la planification et la mise en œuvre des activités de vaccination**															
27.	Faire participer les leaders communautaires au processus de microplanification , de suivi et d'évaluation	D, CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DCPEV, DR, DD	
28.	Organiser un atelier de réflexion sur la mise en place d'un partenariat avec les communautés			x												
29.	Mettre en œuvre le partenariat avec les communautés	C, D, CS			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DCPEV, PNN, PNLP	

Tableau XIII-2 : Surveillance des maladies cibles du PEV et riposte

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA

O	**Amener le système de surveillance à détecter 100% des cas de maladies**															
S	**Formation, sensibilisation et diffusion des directives**															
	Réviser et diffuser aux DRS et DS les directives sur la collecte, la conservation et le transport des prélèvements	C							X	X						
S	**Renforcement du mécanisme mis en place pour la réception et l'envoi des prélèvements vers le laboratoire national**															
	Elaborer et diffuser les procédures opérationnelles standardisées pour la réception et l'envoi des échantillons au laboratoire national	C							X	X						
S	**Renforcement de la surveillance active**															
	Doter de façon régulière les districts sanitaires en carburant pour la surveillance active	C							X		X		X			
	Etablir, actualiser et visiter les sites prioritaires de surveillance active au niveau district sanitaire	C,D							X	X	X	X	X	X		
	Ravitailler régulièrement les districts sanitaires et les sites prioritaires en kits de prélèvements	C							X	X	X	X	X	X		
	Rendre disponible les directives et outils de gestion de surveillance dans les directions régionales, districts sanitaires et sites prioritaires	C							X	X						
S	**Plaidoyer pour le renforcement des ressources humaines**															
	Renforcer les ressources humaines (DR) en CSE	R							X	X	X	X	X	X		
	Doter les nouveaux districts sanitaires en CSE et CPEV	D							X	X	X	X	X	X		
O	**Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite**															
S	**Organisation des AVS polio au besoin**															
	Elaborer et diffuser un plan national de riposte à toute importation de cas de polio	**C**										X	X	x		
	Mettre en œuvre les JNV Polio programmées	**C**							X		X					
S	**Renforcement du suivi des performances de la surveillance des PFA**															
	Assurer le suivi des activités par les comités d'experts polio	**C**								X		X		X		
	Assurer la recherche active des cas de polio au niveau district	**C,D**								X	X	X	X	X		
S	**Renforcement de la couverture vaccinale polio 3 en routine**															
	Cf: Prestations	**C**					X	X	X	X	X	X	X	X		
O	**Atteindre et maintenir les critères de pré élimination de la rougeole**															
S	**Organisation d'AVS contre la rougeole**															
	Conduire une campagne de suivi contre la rougeole	**C**										X				
	Conduire une riposte en cas d'épidémie	**D**							X	X	X	X	X	X		
S	**Renforcement du suivi des performances de la surveillance de la rougeole**															
	Mettre en œuvre la surveillance basée sur le cas							X	X	X	X	X	X	X		
S	**Renforcement de la couverture vaccinale VAR en routine**															
	Cf: Prestations								X	X	X	X	X	X		

O	**Contrôler la fièvre jaune dans tous les districts**															
S	**Organisation d'AVS dans les districts à haut risque contre la fièvre jaune**															
	Elaborer et diffuser un plan national de riposte contre la fièvre jaune	**C**							X	X						
	Conduire les campagnes préventives dans les districts à haut risque	**C,D**												X		
S	**Renforcement de la couverture vaccinale VAA en routine**															
	Cf: Prestations	**D**							X	X	X	X	X	X		
O	**Atteindre et maintenir les critères de validation de l'élimination du TNN**															
S	**Renforcement du suivi des performances de la surveillance du TNN**															
	Mettre en œuvre la surveillance basée sur le cas	**D**							x	x	x	x	x	x		
S	**Renforcement de la couverture vaccinale VAT2+ en routine**															
	Cf: Prestations	**D**					X	X	X	X	X	X	X	X		
O	**Améliorer la promptitude des données (> = 80%) au niveau de chaque district**															
S	**Sensibilisation de l'ECD et ERS à la transmission à temps des données de surveillance**															
	Réviser et diffuser les directives pour le respect effectif du circuit de l'information	**C**							X							
	Transmettre régulièrement les données de surveillance du district/DRS vers le niveau central	**D, R**							X	X	X	X	X	X		
O	**Mettre en place la surveillance à base communautaire dans 100% des districts sanitaires**															
S	**Plaidoyer au niveau du MSLS pour la prise d'un acte administratif**															
	Elaborer un acte administratif définissant le rôle des ASC dans le système sanitaire	**C**								X						
S	**Elaboration, sensibilisation et diffusion des directives à la surveillance à base communautaire**															
	Elaborer et diffuser les supports pour la surveillance à base communautaire à tous les niveaux	**C**								X	x	x	x	x		
S	**Renforcement des capacités des ASC**															
	Organiser 4 sessions de formation des ASC	**C**										x	X	X		
O	**Harmoniser, Sauvegarder et archiver 100% des données de surveillance à tous les niveaux**															
S	**sensibilisation et formation des acteurs à la sauvegarde et à l'archivage des données**															
	Appliquer les directives de sauvegarde et d'archivage des données de surveillance	**C,D,R**								X	x	x	x	x		
	Mettre à disposition des outils de protection et de sauvegarde des données à tous les niveaux	**C**										X				
S	**Renforcement de la qualité des données**															
	Mettre en place un mécanisme mensuel d'harmonisation des données au niveau central	**C**							X	X	X	X	X	X		
	Faire le feed-back mensuel des données de surveillance aux régions et districts	**C**							X	X	X	X	X	X		
	Organiser les réunions trimestrielles de monitorage prenant en compte les activités de surveillance avec les régions et districts sanitaires	**C**								X			X			

O	**Amener 100% des districts et les DR à détecter précocement les épidémies**															
S	**Plaidoyer auprès des autorités la mise en place de moyens de transmission**															
	Intégrer le niveau central, région et district (INHP, DCPEV, IPCI) au réseau téléphonique existant (flotte de la DIPE) pour l'amélioration de la transmission des données	**C**								X	X					
	Transmettre régulièrement les résultats de surveillance à la communauté par le biais de COGES et les ASC	**D**								X	X	X	X	X		
	Elaborer et diffuser un bulletin de retro information trimestriel aux DRS et DDS	**C**								X			X			
O	**Amener 100% des districts sanitaires à investiguer à temps les épidémies**															
S	**Diffusion des procédures et formulaires d'investigation à tous les niveaux**															
	Réviser et diffuser les directives écrites sur les procédures d'investigation et les formulaires de notification des épidémies à tous les niveaux	**C**								X						
S	**Plaidoyer au niveau du MEF pour la mise à disposition de fonds pour les activités de surveillance**															
	Faire le plaidoyer auprès du Ministère de l'Economie et des Finances pour inscrire une ligne budgétaire pour les activités de surveillance	**C**									x	x	x	X		
O	**100% des DS rapportent des données sur les cas de MAPI**															
S	**Intégration de la surveillance des MAPI au système de surveillance**															
	Elaborer un plan de surveillance des MAPI	**C**									X					
	Elaborer les textes réglementaires, les directives et les outils sur la surveillance des MAPI												X			
N°	**Activités**	**Lieu***	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	**Resp**	**Coût CFA**
O4	**D'ici 2015, 100% des DS rapportent des données sur les cas de MAPI**															
S	**Intégration de la surveillance des MAPI au système de surveillance**															
30.	Mettre en place le cadre institutionnel de la surveillance															
	Elaborer et diffuser les textes réglementaires, les directives de la surveillance des MAPI	C						x							DCPEV	
	Sensibiliser et former les acteurs à la surveillance	D								x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Elaborer et diffuser les outils de surveillance	D						x							DC-PEV	
O5	**Traiter 100% des MAPI graves d'ici 2015**															
S	**Renforcement du cadre institutionnel pour la prise en charge gratuite des cas de MAPI graves**															
31.	Renforcer les capacités des acteurs à la PEC des MAPI															
	Elaborer un acte administratif pour la prise en charge gratuite des cas de MAPI	C						x								
	Elaborer et diffuser les directives de PEC des MAPI graves	C						x							DCPEV	
	Sensibiliser et former les prestataires à la PEC	C								x	x	x	x	x		
	Elaborer et diffuser les outils de PEC	C							x	x	x				DS	

O5	**D'ici 2015, mettre en place la surveillance à base communautaire dans 100% des districts sanitaires**															
S	**Elaboration, sensibilisation et diffusion des directives à la surveillance à base communautaire**															
32.	Mettre en place la SBC															
	Elaborer et diffuser les supports pour la surveillance à base communautaire à tous les niveaux	C							x						DCPEV	
	Former les DD et DR à la SBC	C								x	x				DCPEV	
	Former les prestataires	R, D										x			DD, DR	
	Former 7500 ASC à la SBC	D											x	x	DD	
	Sensibiliser les leaders communautaires et tradipraticiens à la surveillance des maladies cibles du PEV	CS												x	DC-PEV	
O6	**Amener le système de surveillance à détecter 100% des cas de maladies et des épidémies**															
S	**Formation, sensibilisation et diffusion des directives**															
	Elaborer et diffuser aux DRS et DS les directives sur la collecte, la conservation et le transport des prélèvements	C		x	x	x									DCPEV	
S	**Renforcement du mécanisme mis en place pour la réception et l'envoi des prélèvements vers le laboratoire national**															
	Elaborer et diffuser les procédures opérationnelles standardisées pour la réception et l'envoi des échantillons au laboratoire national	D		x	x	x									DCPEV	
	Réorganiser l'équipe chargée de la réception et de l'envoi des prélèvements au niveau du laboratoire	C	x	x	x										DCPEV	
S	**Renforcement de la surveillance active**															
	Doter de façon régulière les districts sanitaires en carburant pour la surveillance active	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DCPEV	
	Etablir, actualiser et visiter les sites prioritaires de surveillance active au niveau district sanitaire	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DD	
	Ravitailler régulièrement les districts sanitaires et les sites prioritaires en kits de prélèvements	C, D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DCPEV, DD	
	Rendre disponible les directives et outils de gestion de surveillance dans les directions régionales, districts sanitaires et sites prioritaires		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici 2013															
S																
	Organiser des AVS polio au besoin															
	Assurer la préparation des districts à la riposte contre la survenue de tout cas de PVS	C	x	x											DCPEV	
	Elaborer un plan de riposte au PVS															
	Assurer le suivi des activités des comités d'experts polio	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DCPEV	
	Appuyer l'organisation des réunions	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Appuyer l'organisation des visites de terrain	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DCPEV	

O	**D'ici 2015, Amener le système de surveillance à détecter 100% des cas de maladies et des épidémies** **Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici 2013** **Atteindre et maintenir les critères de préélimination de la rougeole d'ici 2012** **D'ici 2013, contrôler la fièvre jaune dans tous les districts** **Dès 2011, atteindre et maintenir les critères d'élimination du TMN (moins d'un cas de TMN pour 1000 naissances vivantes)** **D'ici 2015, Améliorer la promptitude des données > = 80% au niveau de chaque district** **D'ici 2015, amener 100% des districts sanitaires à investiguer et à riposter à temps les épidémies**															
S	**Renforcement de la surveillance active des cas de PFA, Rougeole, F. jaune et TMN**															
33.	Organiser des visites périodiques dans les sites prioritaires publics et privés															
	Organiser une visite hebdomadaire dans 1 000 sites prioritaires	D, CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DS	
	Organiser des missions d'évaluation dans les régions par le CNEP	R, D, CS							x	x	x	x	x	x	CNEP	
34.	Mener des activités de surveillance à base communautaire															
	Sélectionner les ASC, les tradipraticiens et les guérisseurs	CS				x	x	x							DS	
	Former 600 ASC à la surveillance active des maladies	CS							x	x	x				DS	
35.	Assurer l'appui logistique et financier															
	Doter 79 DS en fiches de notification des cas de maladies	DS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Apporter un appui en carburant aux 79 DS tous les deux mois pour la recherche active des cas	DS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter 7 500 relais communautaires en kits pour la surveillance (badges, bics, crayons)	CS							x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Apporter un appui financier pour le remboursement des frais d'investigation et d'acheminement de tous les cas suspects de maladies	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter 2000 formations sanitaires (publiques et privées) en fiches d'investigation	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter 79 districts et 2000 CS en kits de prélèvement et outils de gestion pour la surveillance	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter les laboratoires des trois hôpitaux sélectionnés en matériel et réactifs d'analyse des LCR	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter le laboratoire de l'IPCI en matériel et réactifs	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
36.	Assurer le suivi périodique															
	Organiser des réunions trimestrielles décentralisées de suivi des activités de surveillance	R	x		x		x		x		x		x		DC-PEV	
	Organiser des réunions trimestrielles du CNEP et du CNC	C		x			x			x			x		DC-PEV	
37.	Renforcer les capacités des acteurs de la surveillance															

	Produire et diffuser les 5 fiches de définition de cas pour 2000 formations sanitaires	C			x	x	x								OMS	
	Elaborer et diffuser des affiches et prospectus sur la surveillance des maladies cibles du PEV	C							x	x	x				OMS	
	Préparer les districts à l'enquête de validation de l'élimination du Tétanos Néonatal	C														
	Organiser des missions d'appui du niveau central à l'investigation des cas confirmés de maladies (FJ et polio)	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Former 799 agents de santé à la surveillance de la rougeole basée sur le cas	D, CS			x	x	x								OMS	
	Organiser tous les deux mois une mission d'appui du niveau central vers les DS les moins performants	D		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Apporter un appui technique et matériel aux districts et régions dans la préparation de la documentation relative à la certification de la polio	D/R				x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Participer à des rencontres internationales d'échanges et d'études	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
S	**Organisation des activités de vaccination supplémentaires et de riposte**															
38.	Assurer la préparation des 102 districts à la riposte contre la survenue de tout cas de fièvre jaune	D				x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
39.	Organiser des ripostes aux épidémies déclarées de fièvre jaune	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Améliorer la promptitude des données > = 80% au niveau de chaque district															
S	Sensibilisation et équipement des DS pour la transmission à temps des données de surveillance															
	Doter les districts en fax et outils de gestions des données															
	Transmettre régulièrement les données de surveillance du district/DRS, DRS vers le niveau central															
O	**Amener 100% des districts sanitaires à investiguer et à riposter à temps les épidémies**															
	Diffusion des procédures et formulaires d'investigation à tous les niveaux															
	Diffuser les directives écrites sur les procédures d'investigation et les formulaires de notification des épidémies à tous les niveaux															
S	**Elaboration et partage des rapports d'investigation à tous les niveaux**															
	Produire et partager les rapports de supervisions ainsi que les rapports d'investigation avec les niveaux supervisés															
	Plaidoyer au niveau du MEF pour la mise à disposition de fonds pour la gestion des épidémies															
	Faire le plaidoyer auprès du Ministère de l'Economie et des Finances pour inscrire une ligne budgétaire pour les activités de surveillance															

	Doter 3 chargés de surveillance du niveau central en ordinateurs portables	C												x	DC-PEV	
40.	Assurer le suivi des activités de surveillance															
	Mettre à jour le répertoire téléphonique des acteurs de la surveillance	C			x	x	x								DC-PEV	
	Organiser des réunions bimestrielles décentralisées de suivi des activités de surveillance	R	x		x		x		x		x		x		DC-PEV	
	Organiser des réunions trimestrielles du CNEP et du CNC	C		x			x			x			x		DC-PEV	
	Organiser une revue de la surveillance des PFA	C & D						x	x						DC-PEV	
41.	Renforcer les capacités des acteurs de la surveillance															
	Produire et diffuser les 5 fiches de définition de cas pour 2000 formations sanitaires	C			x	x	x								OMS	
	Former 10 agents des 3 laboratoires à la surveillance de la méningite à Hib	D, CS										x			OMS	
	Elaborer et diffuser des affiches et prospectus sur la surveillance des maladies cibles du PEV	C							x	x	x				OMS	
	Produire et diffuser 5 documents de directives sur l'investigation des cas et des MAPI à 79 districts et 2000 CS	C							x						OMS	
	Organiser des missions d'appui du niveau central à l'investigation des cas confirmés de maladies (FJ et polio)	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Former 799 agents de santé à la surveillance de la rougeole basée sur le cas	D, CS			x	x	x								OMS	
	Organiser tous les deux mois une mission d'appui du niveau central vers les DS les moins performants	D		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Apporter un appui technique et matériel aux districts et régions dans la préparation de la documentation relative à la certification de la polio	D/R				x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Participer à des rencontres internationales d'échanges et d'études	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Former 2 chargés de surveillance du niveau central en épidémiologie et informatique appliquées	C				x	x								OMS	
S	**Organisation des activités de vaccination supplémentaires et de riposte**															
42.	Former 79 équipes cadre de district à la préparation des ripostes contre la survenue de tout cas de PVS	D							x	x	x	x	x	x	OMS	
43.	Assurer la préparation des 79 districts à la riposte contre la survenue de tout cas de fièvre jaune	D				x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
44.	Organiser des ripostes aux épidémies déclarées de fièvre jaune	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
45.	Identifier les districts à haut risque (F. jaune, TMN)	C	x	x	x										DC-PEV	

46.	Conduire des AVS contre le TMN	D								x	x	x			DC-PEV	
O	**Harmoniser, Sauvegarder et archiver 100% des données de surveillance à tous les niveaux**															
S	**Sensibilisation et formation des acteurs à la sauvegarde et à l'archivage des données**															
	Sauvegarder er archiver les données de surveillance selon les procédures de sauvegarde et d'archivage standarts														DC-PEV	
	Mettre à disposition des outils de protection et de sauvegarde des données à tous les niveaux	C, R, D													DC-PEV	
S	Sensibilisation des acteurs à l'harmonisation des données															
	Mettre en place un mécanisme mensuel d'harmonisation des données au niveau central	C, R, D							x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Mettre en place une coordination pour l'analyse et l'interprétation des données à tous les niveaux								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Organiser régulièrement au niveau central les réunions trimestrielles de monitorage prenant en compte les activités de surveillance avec les régions et districts sanitaires								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Organiser régulièrement au niveau central les réunions trimestrielles de monitorage prenant en compte les activités de surveillance avec les districts sanitaires								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
O	**Amener 100% des districts et les DR à détecter précocement les épidémies**															
S	**Formation et sensibilisation à l'analyse hebdomadaire des données de surveillance**															
	Former les ERS et les ECD à l'utilisation des logiciels Epi Info et Health Mapper								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
S	**Plaidoyer auprès des autorités la mise en place de moyens de transmission/Sensibilisation des acteurs à la transmission des données**															
	Assurer la connexion internet du niveau région et district pour renforcer le feed-back du niveau central vers le niveau périphérique								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Intégrer le niveau central, région et district (INHP, DCPEV, IPCI) au réseau téléphonique existant (flotte de la DIPE) pour l'amélioration de la transmission des données	CC							x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Transmettre régulièrement les résultats de surveillance à la communauté par le biais de COGES et les ASC	D							x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Diffuser régulièrement le bulletin hebdomadaire de retro information								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Elaborer et diffuser un bulletin de retro information mensuel								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Faire le feedback écrit aux formations sanitaires sur les activités de surveillance	D							x	x	x	x	x	x	DC-PEV	

Tableau XIII-3 : Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV

N°	Activités Logistiques 2011	Lieu	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
O1	**Approvisionner le niveau central, régional et périphérique en vaccins et consommable d'injection de manière adéquate et continue**							
S1	**Estimation des besoins**							
1.	Organiser un atelier pour l'estimation annuelle des besoins en vaccins et consommables PEV à tous les niveaux	C			X			
S2	**Renforcement du système de gestion des vaccins à tous les niveaux**							
2.	Organiser la distribution des vaccins à tous les niveaux selon le plan de distribution							
	Approvisionner les AR-INHP une fois par trimestre	R			X			X
	Approvisionner une fois par mois les districts sanitaires	D	X	X	X	X	X	X
	Approvisionner les CS une fois par mois	CS	X	X	X	X	X	X
O2	**D'ici décembre 2011, renforcer 90% des équipements CDF en qualité et quantité suffisante à tous les niveaux**							
S	**Renforcement des capacités de stockage**							
3.	Doter le niveau central, régional, districts et centres de santé en équipements CDF conformes et de capacité suffisante	C, R, D, CS	X	X	X	X	X	X
4.	Renforcer la collaboration CREMM et entreprises privées de maintenance	C, R, D	X	X	X	X	X	X
O3	**D'ici décembre 2011, renforcer 90% du matériel roulant conforme et en quantité adéquate à tous les niveaux**							
5.	Mettre en œuvre le plan de renouvellement du matériel roulant	C, R, D, CS	X	X	X	X	X	X
6.	Doter le niveau central, régional, district et centres de santé en équipements roulant conformes	C, R, D, CS	X	X	X	X	X	X
7.	Mettre en œuvre le plan de maintenance du matériel roulant	C	X	X	X	X	X	X
O4	**D'ici décembre 2011, renforcer 90% du matériel informatique pour la gestion des stocks % à tous les niveaux**							

S	**Renforcement du matériel informatique**																	
8.	Actualiser l'inventaire des équipements informatiques					C			X		X			X			X	X
O6	**Mettre en place un système adéquat de gestion des déchets dans 100% des régions et districts d'ici 2015**																	
S	Mise en œuvre du Plan National de Gestion des Déchets Médicaux																	
9.	Construire un incinérateur dans chaque district et chaque chef- lieu de région					C, R, D											X	

N°	**Activités**	**Lieu***	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	**Resp**	**Coût CFA**
O1	**Approvisionner le niveau central, régional et périphérique en vaccins et consommable d'injection de manière adéquate et continue**															
S1	**Estimation des besoins**															
47.	Organiser un atelier pour l'estimation annuelle des besoins en vaccins et consommables PEV à tous les niveaux	C									x				DC-PEV INHP	
S2	**Renforcement du système de gestion des vaccins à tous les niveaux**															
48.	Organiser les missions trimestrielles de distribution des vaccins à tous les niveaux selon le plan de distribution															
	Approvisionner les AR-INHP une fois par trimestre	R								x				x	INHP	
	Approvisionner une fois par mois les districts	D								x	x	x	x	x	INHP	
	Approvisionner les CS une fois par mois	CS								x	x	x	x	x	DS	
O2	**D'ici décembre 2011, renforcer 90% des équipements CDF en qualité et quantité suffisante à tous les niveaux**															
S	**Renforcement des capacités de stockage**															
49.	Doter le niveau central, régional, districts et centres de santé en équipements CDF conformes et de capacité suffisante								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
50.	Renforcer la collaboration CREMM et entreprises privées de maintenance								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
O3	**D'ici décembre 2011, renforcer 90% du matériel roulant conforme et en quantité adéquate à tous les niveaux**															
51.	Mettre en œuvre le plan de renouvellement du matériel roulant								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
52.	- Doter le niveau central, régional, district et centres de santé en équipements roulant conformes								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
53.	Mettre en œuvre le plan de maintenance du matériel roulant								x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
O4	**D'ici décembre 2011, renforcer 90% du matériel informatique pour la gestion des stocks % à tous les niveaux**															
S	**Renforcement du matériel informatique**														DC-PEV	
54.	Actualiser l'inventaire des équipements informatiques									x	x	x	x	x	DC-PEV	
O5	**Mettre en place des outils uniformisés pour la gestion du PEV à tous les niveaux**															

S	Création d'un cadre de concertation (DCPEV, INHP, Partenaires)																
O6	**Mettre en place un système adéquat de gestion des déchets dans 100% des régions et districts d'ici 2015**																
S	Mise en œuvre du Plan National de Gestion des Déchets Médicaux																
55.	Construire un incinérateur dans chaque district et chaque chef- lieu de région								x	x	x	x	x	x	DC-PEV		

Tableau XIII-4 : Communication et plaidoyer en faveur du PEV

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
O15	**Relever de 4% à 9 % la proportion des parents pouvant citer au moins 5 maladies cibles du PEV d'ici 2015**															
S	**Renforcement de capacité des points focaux communication de district et des relais communautaires**															
	Former 100 % de points focaux communication de district à la communication pour le PEV	C													SASDE/ DC-PEV	
	Former 50 % de relais communautaires en technique de communication	D							x						DS	
	Organiser des causeries éducatives et des animations de groupes dans la communauté	D							x	x	x	x	x	x	DS	
	Produire des supports (affiches, affichettes, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté														DCPEV	
	Diffuser des supports (affiches, affichettes, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté								x	x	x				DCPEV	
	Produire des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV														DCPEV	
	Diffuser des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV								x	x	x	x	x	x	DCPEV/ DS	
	Elaborer des directives et supports pour la planification des activités de communication au niveau district	C													DCPEV	
S	**Renforcement de capacité des prestataires de soins**															
	Former 100 % des prestataires de soins à la communication pour le PEV	D													DS	
O	**Porter de 12 % à 60% la proportion des parents connaissant le calendrier vaccinal d'ici 2015**															
S	**Renforcement des activités de promotion autour du calendrier vaccinal**															
	Produire des supports (affiches, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté	C							X	X	X				DC-PEV	
	Diffuser des supports (affiches, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté	C										x	x	x	DC-PEV	

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
	Produire des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV								x	x	x				DC-PEV	
	Diffuser des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV											x	x	x	DC-PEV	
	Former les réseaux sociaux et les leaders communautaires en faveur du PEV sur le calendrier vaccinal									x	x	x			DC-PEV	
	Superviser mensuellement les agents impliqués dans les activités de communication.								x	x	x	x	x	x	DCPEV/ DR/DS	
O	**Porter de 5 % à 12% la proportion des femmes enceintes connaissant le calendrier vaccinal du VAT d'ici décembre 2011**															
S	Renforcement des activités de promotion autour du calendrier vaccinal															
	Produire des supports (affiches, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté	C							x	x	x				DC-PEV	
	Produire/diffuser des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	C							x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Former les réseaux sociaux et les leaders communautaires en faveur du PEV sur le calendrier vaccinal										x	x	x	x	DC-PEV	
S	**Intégration des réseaux communautaires dans la mise œuvre des activités de PEV de routine**															
	Organiser des réunions de sensibilisation des comités locaux de mobilisation	C, D													DCPEV/ DR/DS	
	Organiser des séances de sensibilisation des réseaux communautaires (OBC, association des jeunes et de femmes …)	D							x	x	x	x	x	x	DS	
S	**Création de conditions favorables à la promotion de la vaccination**															
	Organiser des rencontres de plaidoyers avec les associations des professionnels de médias et les autres secteurs de développement (Ministères de l'éducation nationale, de l'agriculture, mutuelle de développement….)	C							x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
O	**Amener 100% des centres de santé à mettre en œuvre les directives sur la gratuité des vaccins**															
S	**Sensibilisation de la communauté et des prestataires sur la gratuité de la vaccination**															
	Produire des supports multimédia sur la gratuité de la vaccination (Affiches, spot radio et télé)								x	x	x					
	Diffuser les supports multimédia sur la gratuité de la vaccination dans la communauté et les centres de santé	C, D										x	x	x	DCPEV/ DS	
	Organiser des séances de sensibilisation dans la communauté	D							x	x	x	x	x	x	DS	
	Organiser des réunions de sensibilisation des prestataires	D							x	x	x	x	x	x	DC-PEV	

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
O	**Rechercher les ressources additionnelles pour la mise en œuvre des activités de communication**															
S	**Mobilisation des ressources financières additionnelles auprès du secteur privé**															
	Organiser des activités de plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles	C, R, D							x	x	x	x	x	x	DCPEV/ DR/DS	
N°	**Activités**	**Lieu***	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	**Resp**	**Coût CFA**
O15	**Relever de 4% à 50 % la proportion des parents pouvant citer au moins 5 maladies cibles du PEV d'ici 2015**															

Tableau XIII-6 : Gestion du programme

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
O	**Rendre fonctionnelle la plate forme de coordination des parties prenantes d'ici 2015**															
S	**Mise en place d'un cadre de coordination formel entre les parties prenantes**															
56.	Elaborer un manuel de procédures de la gestion des activités PEV	C										x	x	x	DCPEV	
57.	Organiser des réunions statutaires entre les parties prenantes pour la coordination des activités PEV	C													DCPEV	
O	**Rendre disponibles les ressources financières pour la mise en œuvre des activités PEV d'ici 2015**															
S	**Mobilisation des ressources en interne**															
58.	Organiser des sessions de plaidoyer auprès des ministères en charge du plan et des finances pour les décaissements rapides des Fonds pour la mise en œuvre des activités PEV	C								x	x	x			DCPEV	
59.	Elaborer des projets à soumettre au Projets d'Investissement Publics pour financement sur le Budget de l'Etat	C								x	x	x				
60.	Organiser des séances de sensibilisation les communautés (leaders d'opinion) à la participation au financement des activités PEV	C, R, D								x	x	x	x	x	DCPEV/ DR/DD	

Tableau XV : Indicateurs de suivi et évaluation du PPAC du PEV 20011-2015

N°	Paramètre de mesure	Indicateur essentiel de suivi - évaluation
	Prestations de service	
1.	Couverture vaccinale	Proportion de districts avec CV ≥ 80% pour tous les antigènes
2.	Utilisation	Proportion de district avec taux d'abandon DTC-HepB-Hib 1/ DTC-HepB-Hib 3 < 10%
	Surveillance épidémiologique	
3.	Incidence des maladies	Proportion de cas confirmés de rougeole par le laboratoire
4.	Incidence des maladies	Nombre de cas de PVS
	Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique	
5.	Disponibilité de vaccin	Proportion de districts sans rupture de stock pour tous les antigènes toute l'année
6.	Sécurité des injections	Proportion de districts avec une dotation adéquate en seringues autobloquantes pour injection de vaccin toute l'année
7.	Gestion des vaccins	Proportion de districts avec un taux de pertes réduit à un niveau acceptable
	Communication	
8.	Participation communautaire	Proportion des districts avec relais communautaires fonctionnel
	Gestion du programme	
9.	Planification	Proportion de districts ayant un microplan comportant les activités du PEV
10.	Supervision	Proportion de CS/DS/DRS ayant bénéficié d'une supervision du niveau hiérarchique supérieur
11.	Monitorage	Promptitude et complétude de la transmission des rapports mensuels de vaccination
12.	Financement	Proportion du financement par l'Etat des vaccins de routine

8. ROLES ET RESPONSABILITES

Le plan 2011-2015 sera financé par l'Etat, l'OMS, l'UNICEF, GAVI et les autres partenaires impliqués dans le PEV. Le Ministère de la Santé Publique assurera la responsabilité de la mise en œuvre à travers la DC-PEV. Celle-ci va assurer la coordination générale avec les structures impliquées dans le PEV. Les partenaires du Ministère en charge de la Santé apporteront leur appui technique et financier à la DC-PEV. Le CCIA assurera la coordination des partenaires et le suivi de la mise en œuvre du plan.

9. ANALYSE DES COUTS ET DU FINANCEMENT

9.1. Méthodologie

La méthodologie utilisée est essentiellement basée sur les documents suivants :

- le guide pour l'élaboration des Plans Pluriannuels Complets (PPAC) ;
- l'outil d'analyse des Coûts et du Financement pour la planification Pluriannuelle (Tool Version 2.5 Fr Mars 2011.

Ces directives se fondent sur les modèles de plan pluriannuel existant, auquel se sont greffés les éléments de coût, de financement et de cofinancement développés sous l'égide du Plan de Viabilité Financière pour la vaccination (PVF).

L'année 2009 a été retenue comme année de référence pour calculer les coûts passés du PEV. Le taux de change annuel moyen utilisé pour l'année 2009 est de $ US 1 pour 470 FCFA. Ce taux de change a été obtenu au bureau de l'OMS d'Abidjan Le PIB/Habitant utilisé a été estimé à partir de la valeur du PIB/habitant de 2009 ($1017) et du Taux de croissance du PIB de 2010 à 2011 qui est négatif (-7,3%). A partir de l'année 2012, le taux du PIB qui a été appliqué est de 5,9%. Ce taux a été appliqué de façon linéaire sur les autres années du PPAc.

9.1.1. Méthodologie pour la détermination des coûts passés

- Les coûts partagés du personnel impliqué dans la vaccination à tous les niveaux ont été déterminés en fonction du temps moyen consacré à la vaccination et à la stratégie avancée selon les structures de santé. Le temps consacré par le personnel aux activités de vaccination de routine et de stratégie avancée est de 100% au niveau central, de 17,2% au niveau des régions sanitaires, 31,4% au niveau district sanitaire et de 22% au niveau des centres de santé. Dans l'ensemble, le temps moyen consacré aux activités de stratégie avancée est estimé à 14,8% en 2009.
- Sur la base de la grille salariale en vigueur en Côte d'Ivoire, les indices moyens de paiement de chaque catégorie de personnel ont été déterminés.

- Concernant les équipements de chaîne de froid et des véhicules, les données utilisées sont celles fournis par une partie des districts sanitaires suite aux sinistres de la crise poste électorale au cours des mois d'avril et mai en 2011. L'outil « EPI-Log-Forecasting-Tool » a été utilisé pour les informations concernant le cout des vaccins et des matériels d'injection. Par contre, cet outil n'a pas été utilisé pour les informations sur l'équipement de la chaine de froid, la maintenance et la gestion des stocks. Sur ce point, ce sont les données physiques fournis par le programme de vaccination qui ont été utilisés parce que certaines informations n'ont pas pu être complétées dans l'outil.

- En ce qui concerne le calcul du coût en capital (amortissement), la durée de vie[2] des équipements de chaîne du froid est estimée à 5 ans.
- Les coûts des bâtiments et frais généraux ont été pris en compte.

[2] ***Durée de vie*** : c'est la durée utile pour envisager le renouvellement de ces équipements

9.1.2.Méthodologie pour la détermination des financements passés

La question des financements passés renvoie à la notion de sources de financement du programme de vaccination. En ce qui concerne les sources de financement, la plupart des documents stratégiques énoncent trois principales sources de financement de la santé dans le pays, à savoir : l'Etat, les Partenaires techniques et Financiers et les ménages. La contribution des ménages se fait au travers le recouvrement des couts. Les données sur la contribution des communautés, quoique réelle-parce que la Côte d'Ivoire a adhéré à l'initiative de Bamako sur la participation communautaire-ne sont pas disponibles. Il n'a pas été possible de distinguer la participation de la communauté dans le financement de la vaccination.

Le financement de la vaccination peut être scindé en deux. D'une part, il y a les financements internes et d'autre, les financements externes. Les financements internes sont ici considérés comme étant les ressources issues du budget national, Les financements externes sont les fonds alloués par GAVI, OMS, UNICEF , le ROTARY et l'AMP.

L'analyse financière va se décomposer en trois parties :

i. La première est relative à l'analyse des données de l'année de base 2009,
ii. La seconde partie décrit le niveau des besoins en ressources futures sur la période 2011 - 2015
iii. La troisième partie est une analyse de la viabilité du programme

9.2. Analyse des coûts et financements de l'année de base (2009)

9.2.1.Coûts du PEV en 2009

Au cours de l'année 2009, les dépenses totales de vaccination se sont élevées à $ 42 599 021 dont $ 18 934 849 pour la routine soit 44,4% des dépenses et $ 23 664 172 pour les campagnes soit 65,6%. Cette proportion importante des activités de vaccination supplémentaire, est liée à l'organisation de nombreuses campagnes de vaccination contre la polio et le tétanos. Les vaccins et matériels d'injection ont représenté au cours de la même année 38% des dépenses totales de vaccination. Quant aux couts partagés, c'est–à-dire les couts non spécifiques à la vaccination, ils représentaient 15% des couts totaux.

Le coût de revient d'un enfant complètement vacciné au DTC-HepB-Hib 3 était de $39,6 Ce coût prend en compte les coûts des vaccins, du matériel d'injection et les autres coûts opérationnels.

Tableau XVI : Indicateurs économiques et financiers du PEV en 2009

Indicateur pour l'Année de Référence	**2009**
Dépenses Total en Vaccination	$42 599 021
Campagnes de vaccination	$23 664 172
Vaccination de routine	$18 934 849
par habitant	$0,9
par enfant DTC3	$39,6
% vaccine et matériel d'injection	42,3%
% financement du gouvernement	26,4%
% dépenses totales de santé	1,5%
% dépenses totales de santé du gouv.	9,2%
% PIB	0,08%
Total des coûts partagés	$7 341 266
% des coûts partagés dans le total	15%
TOTAL	**$49 940 287**

Comme l'indique le graphique N°1, la structure des coûts spécifiques du PEV de routine en 2009 se présente comme suit :

- Le premier poste de coût est occupé par les vaccins et matériels d'injection (66%) plus particulièrement les vaccins nouveaux et sous utilisés qui représentent 57%;
- Le deuxième poste de coût est celui du transport qui est de 20%
- Le personnel ne représente que 9% des coûts.

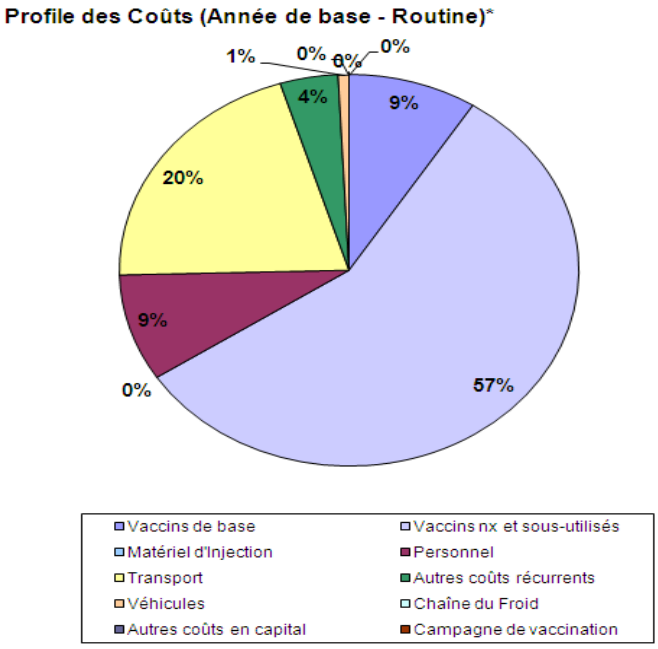


Figure 7 : Profil des coûts spécifique du PEV de routine en 2009

9.2.2.Financements du PEV de routine en 2009

Le profil du financement de la vaccination au cours de l'année de référence comme l'indique le graphique N°2 est dominé par les partenaires techniques et financiers du programme. Les financements de GAVI et de l'OMS au cours de l'année ont représenté chacun 30% de l'ensemble des financements. Celui du Gouvernement a atteint un niveau de 26% des financements suivi de l'Unicef avec 14%. Ces proportions indiquent une forte dépendance de l'Etat à l'égard des partenaires dans le domaine de la vaccination.

.

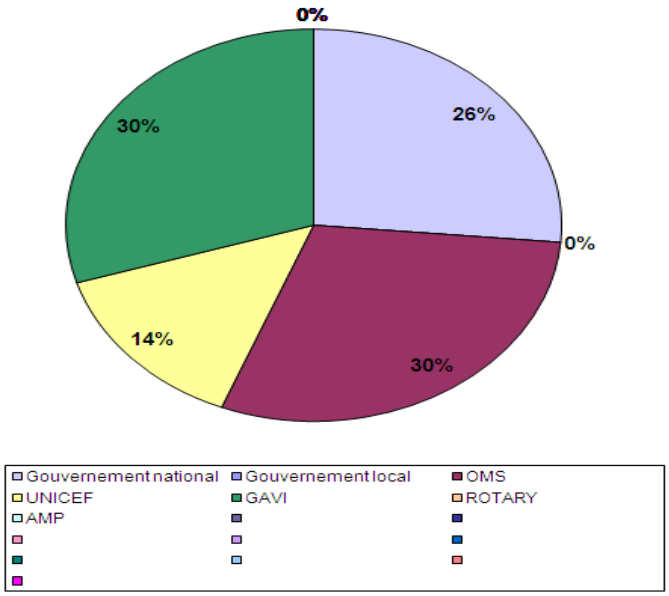


Figure 8 : Profil du Financement des coûts spécifiques du PEV de routine en 2009

9.3. Coûts et financements du PEV 2011-2015

9.3.1. Méthodologie

9.3.1.1. Méthodologie générale

Les données de l'année de base 2009 ainsi que les projections des ressources futures ont été saisies dans la feuille entrée des données et financement du fichier Excel, en appliquant la méthodologie préconisée dans le manuel de l'outil pour le calcul des coûts du PPAC.

3-1-2 - Méthodologie de projection des coûts

Les activités du PPAC ont été revues une fois l'outil Excel rempli, afin de prendre en compte les contraintes budgétaires et d'être plus efficient. Les coûts qui sont présentés ici sont ceux issus de cette révision.

Les activités de mobilisation sociale, de formation, de surveillance et de gestion du programme ont été budgétisées en fonction des ressources nécessaires à leur réalisation, puis inclues dans le ficher Excel.

3-1-3 - Méthodologie de projection du financement

L'attribution des risques a été catégorisée de la manière suivante :

- Le risque 1 est attribué lorsque le financement est assuré.
- Le risque 2, lorsque le financement est probable.

Ainsi, il a été mis en **risque 1 :**

- les financements internes (ressources du Gouvernement) ;
- les financements de GAVI,

et en **risque 2 :**

- la projection des habitudes de financement des Partenaires

L'année 2011 étant l'année au cours de laquelle, ce PPAc est élaboré, les financements de l'année 2011 ont été considérés comme assurés étant donné que les budgets sont déjà en cours d'exécution. De plus les financements des partenaires, qui ont déclaré les montants qu'ils comptaient attribuer aux activités de vaccination, ont été considérés comme des financements assurés.

9.3.2. Besoins en ressources de 2011 à 2015

Le tableau N° 2 et le graphique N°3 présentent les besoins en ressources financières sur la durée du PPAC.

En vue d'atteindre les objectifs fixés durant la période 2011-2015, le besoin global en ressources financières est estimé à $ US **$241 225 069** sur la période. Ce coût se répartit par année de la manière suivante :

Tableau XVII : Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2011 à 2015

	Besoin en Ressources Futures					
Composantes du Plan pluriannuel	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**Total 2012 - 2015**
	US$	**US$**	**US$**	**US$**	**US$**	
Vaccins et Logistiques	$11 801 483	$12 980 531	$33 620 620	$30 852 627	$48 512 948	$137 768 209
Prestation de service	$3 631 738	$3 834 141	$3 944 341	$4 042 399	$4 143 194	$19 595 813
Plaidoyer et Communication	$672 669	$699 845	$728 119	$757 535	$788 139	$3 646 307
Monitorage et Surveillance Epidémiologique	$373 437	$588 499	$370 722	$637 010	$401 282	$2 370 950
Management du Programme	$2 155 371	$1 541 442	$2 299 573	$1 561 349	$2 848 314	$10 406 049
Activités supplémentaires de vaccination	$23 664 172	$17 239 955	$4 966 380		$5 445 117	$27 651 452
Coûts partagés de systèmes de santé	$7 341 266	$7 624 680	$7 803 170	$7 959 234	$8 118 418	$39 786 288
	$49 940 287	**$43 499 334**	**$32 414 008**	**$48 922 609**	**$51 414 456**	**$241 225 069**

Sur la période 2011 à 2015, les coûts totaux annuels du PEV passeront de $ 43 499 334 à $ 64 974 663 soit un taux d'accroissement de 49%. Cette situation est justifiée par l'introduction de nouveaux vaccins notamment le vaccin contre le pneumocoque et le rotavirus, le renouvellement du parc automobile dû aux événements post-électoraux, le renforcement des capacités de la chaîne de froid et l'équipement de certaines régions en incinérateurs pour la destruction des déchets issus de la vaccination.

La projection des besoins futurs montre que les vaccins et le matériel d'injection occupent le gros poste de dépense avec 64% des besoins en ressources totales. Cette part des vaccins est influencée par l'introduction des nouveaux vaccins et celle des vaccins sous utilisés. Le deuxième poste de dépense est celui des coûts partagés (14%).

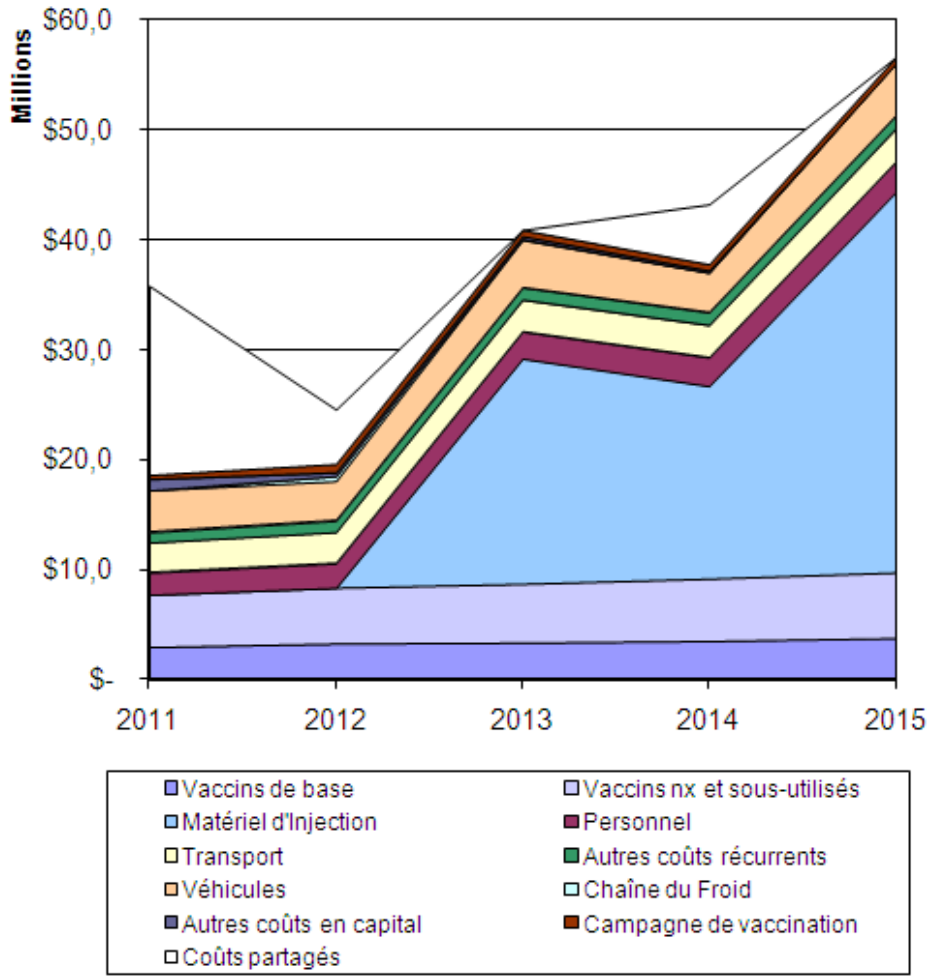


Figure 9 : Projection des besoins en ressources de 2011 à 2015

- En 2012 pour la viabilité du PEV, les dépenses totales du PEV devraient occuper 2% des dépenses totales de santé. Cette proportion va passer à 3,3% en 2013, 3,4% en 2014 et augmentée à 4,3% en 2015. Lorsqu'on tient compte du pourcentage des dépenses totales de santé du gouvernement, on s'aperçoit qu'en 2012 le PEV occupera une proportion de plus de 12,2% des dépenses totales de santé du gouvernement, en 2013, 19, 8%, en 2014, 20, 4% pour atteindre 26,1% en 2015. Eu égard aux enjeux multiples liés à l'immunisation, il faudra donc développer des stratégies de mobilisation de ressources au plan national pour garantir effectivement l'indépendance vaccinale.

Tableau XVIII : Indicateurs macroéconomique de viabilité financière

Indicateurs Macroéconomiques et de Viabilité Financière	2012	2013	2014	2015
Données de Référence				
PIB par habitant ($)	$1 011	$1 044	$1 079	$1 115
Dépenses total de santé par habitant (DTS en $)	$55,0	$55,0	$55,0	$55,0
Population	22 120 172	22 684 236	23 253 611	23 827 975

PIB ($)	$22 363 493 751	$23 682 342 638	$25 090 645 808	$26 568 191 850
Dépenses total de santé (DTS en $)	$1 216 609 452	$1 247 632 993	$1 278 948 581	$1 310 538 611
Dépenses total de santé du gouvernement (DSG en $)	$201 957 169	$207 107 077	$212 305 465	$217 549 410
Besoin en ressources pour la vaccination				
Routine et campagne de vaccination	$24 610 838	$40 963 375	$43 296 037	$56 693 876
Routine seulement	$19 644 458	$40 963 375	$37 850 921	$56 693 876
par enfant DTC3	$36,0	$71,5	$63,0	$90,1
% des dépenses totales de santé				
Besoin en ressources pour la vaccination				
Routine et campagne de vaccination	2,0%	3,3%	3,4%	4,3%
Routine seulement	1,6%	3,3%	3,0%	4,3%
Écart Financier				
Avec financement assuré	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%
Avec financement assuré et probable	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% des dépenses totales de santé du gouvernement				
Besoin en ressources pour la vaccination				
Routine et campagne de vaccination	12,2%	19,8%	20,4%	26,1%
Routine seulement	9,7%	19,8%	17,8%	26,1%
Écart Financier				
Avec financement assuré	3,0%	3,4%	2,8%	3,0%
Avec financement assuré et probable	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%
% PIB				
Besoin en ressources pour la vaccination				
Routine et campagne de vaccination	0,11%	0,17%	0,17%	0,21%
Routine seulement	0,09%	0,17%	0,15%	0,21%
par habitant				
Besoin en ressources pour la vaccination				
Routine et campagne de vaccination	$1,11	$1,81	$1,86	$2,38
Routine seulement	$0,89	$1,81	$1,63	$2,38

Pour répondre aux besoins de la vaccination, il suffira pour le gouvernement de mettre à la disposition du PEV environ 0,11% du PIB en 2012, 0,17% du PIB en 2013 et 2014 puis 0,21% en 2015 pour garantir entièrement l'indépendance vaccinale.

D'autre part, de 2012 à 2015, une contribution de $7,16 par habitant permettrait de couvrir les dépenses totales du programme (campagne et vaccination de routine y compris). Ce montant de la contribution par habitant va augmenter progressivement de $1,11 en 2012 pour atteindre $2,38 en 2015).

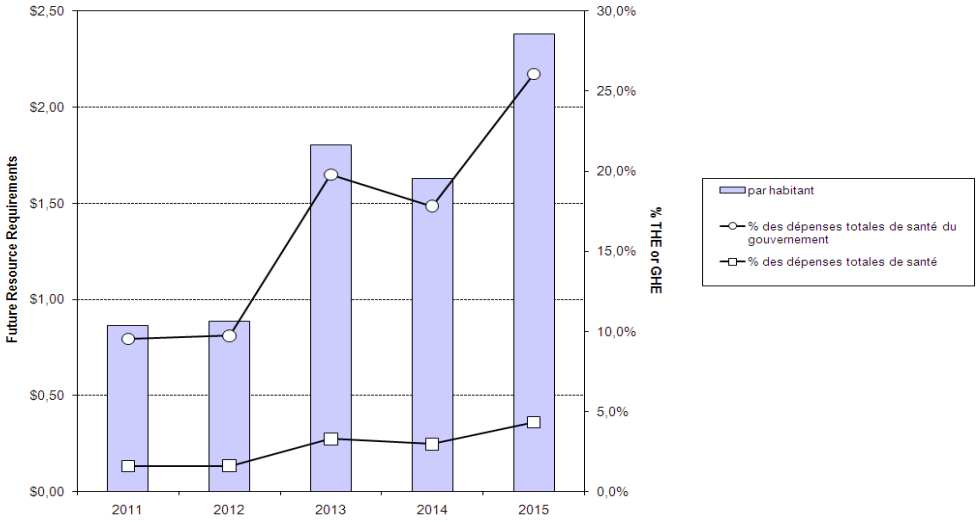


Figure 10 : Analyse de la viabilité financière

Dans la perspective de l'introduction de nouveaux vaccins, la Côte d'Ivoire devra globalement co financer au total US $1 734 909 pour les deux nouveaux vaccins qu'elle introduit.

Tableau XIX : Récapitulatif du Cofinancement de la CÔTE D'IVOIRE de 2011 à 2015

GAVI ordre des vaccins	Vaccin	Classification	2011	2012	2013	2014	2015
			$	$	$	$	$
1	Fièvre jaune	Sous utilisés	$123 864	$126 792	$130 351	$133 255	$146 318
2	DTC+HepB+Hib	Sous utilisés	$350 619	$368 228	$386 385	$405 097	$424 366
3	Pneumoccoque	Nouveaux			$452 226	$383 776	$402 031
4	Rotavirus	Nouveaux					$496 875
					$123 864	$126 792	$130 351

9.4. Analyse du Financement de 2011 à 2015

9.4.1. Analyse sur la base du financement assuré

L'Etat, l'UNICEF, l'OMS et GAVI constituent les principales sources de financement du programme.

Le montant total des besoins en ressources sur la période 2011-2015 est de $ 241 221 069. Le montant des financements assurés pour la même période est estimé à $ 207 459 599 et couvre 76% des besoins en ressources.

Le montant des financements sûrs et probables pour la même période est de $ 240 246 376 et couvre 99,5% des besoins.

L'analyse de la structure des sources de financements pour la période 2011-2015 montre :
En ce qui concerne les financements assurés les contributions suivantes :

Etat : 34%
UNICEF : 8,5%
OMS : 4,45%
GAVI : 51,9%
ROTARY : 0,10%
AMP : 0,10%

Tableau XX : Financements sûrs et probables pour la période 2011-2015 (dollars US)

Besoins en Ressources, Financement et Ecart*	2011	2012	2013	2014	2015	Avg. 2011 - 2015
Besoins en Ressources	**$43 499 334**	**$32 414 008**	**$48 922 609**	**$51 414 456**	**$64 974 663**	**$241 225 069**
Besoins en Ressources (Vaccination de Routine)	**$26 259 379**	**$27 447 628**	**$48 922 609**	**$45 969 339**	**$64 974 663**	**$213 573 617**
par habitant	$1,2	$1,2	$2,2	$2,0	$2,7	$1,9
par enfant DTC3	$50,5	$50,3	$85,4	$76,5	$103,2	$74,5
Total du Financement Assuré	**$43 499 334**	**$26 295 168**	**$41 914 109**	**$37 343 661**	**$58 407 327**	**$207 459 599**
Gouvernement national	$16 302 763	$14 514 255	$15 286 228	$9 032 747	$17 185 730	$72 321 722
Gouvernement local						
OMS	$5 834 626	$1 828 350		$1 572 227		$9 235 203
UNICEF	$10 594 527	$3 670 078		$2 926 317	$486 936	$17 677 859
GAVI	$10 441 551	$6 168 212	$26 627 882	$23 812 370	$40 734 661	$107 784 676
ROTARY	$108 452	$114 272				$222 724
AMP	$217 414					$217 414
Écart Financier (Fin. Assuré)		**$6 118 840**	**$7 008 499**	**$14 070 795**	**$6 567 336**	**$33 765 470**
% des besoins en ressources	0%	19%	14%	27%	10%	14%
Total du Financement Probable (Non-Assuré)		**$5 721 440**	**$6 427 206**	**$14 070 795**	**$6 567 336**	**$32 786 777**
Gouvernement national		$139 514	$97 189	$8 737 962	$589 949	$9 564 615
Gouvernement local						
OMS		$3 159 368	$2 526 697	$2 658 196	$2 970 901	$11 315 163
UNICEF		$1 313 086	$3 016 402	$1 765 464	$1 973 208	$8 068 160
GAVI		$872 608	$786 918	$783 079	$677 756	$3 120 361
ROTARY						
AMP		$236 864		$126 093	$355 521	$718 477
Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)		**$397 400**	**$581 294**			**$978 693**
% des besoins en ressources	0%	1%	1%	0%	0%	0%

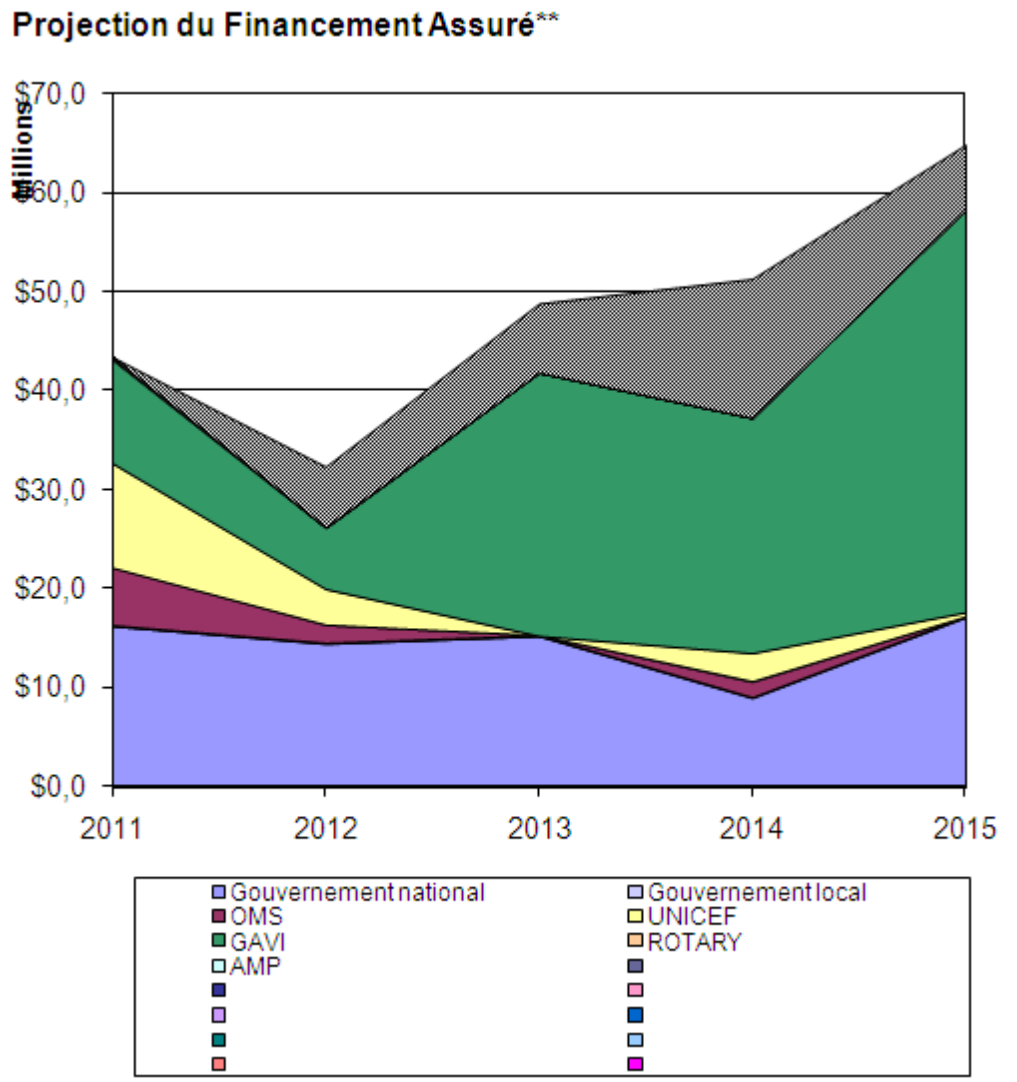
- **Estimations des écarts entre les besoins en ressources et les financements futurs**

Cette analyse permettra de relever les gaps pour lesquels le Ministère de la Santé (PEV) et ses partenaires devront déterminer des stratégies de mobilisation des ressources supplémentaires

Les écarts entre les besoins en ressources et le financement sécurisé ne sont pas vraiment élevés (voir tableau 3), mais ils doivent être pris avec des précautions. Lorsqu'on considère les financements sécurisés et probables les écarts sont pratiquement comblés.
La contribution du Gouvernement proviendra du budget ordinaire de l'Etat dans l'achat des vaccins et matériel de vaccination dont il assure la totalité du financement depuis l'IIV et dans sa contribution à l'introduction de nouveaux vaccins.

Dans l'ensemble, on constate que l'apport de GAVI est la plus élevée.

Graphique n°5 : Projection des Financements assurés et gaps

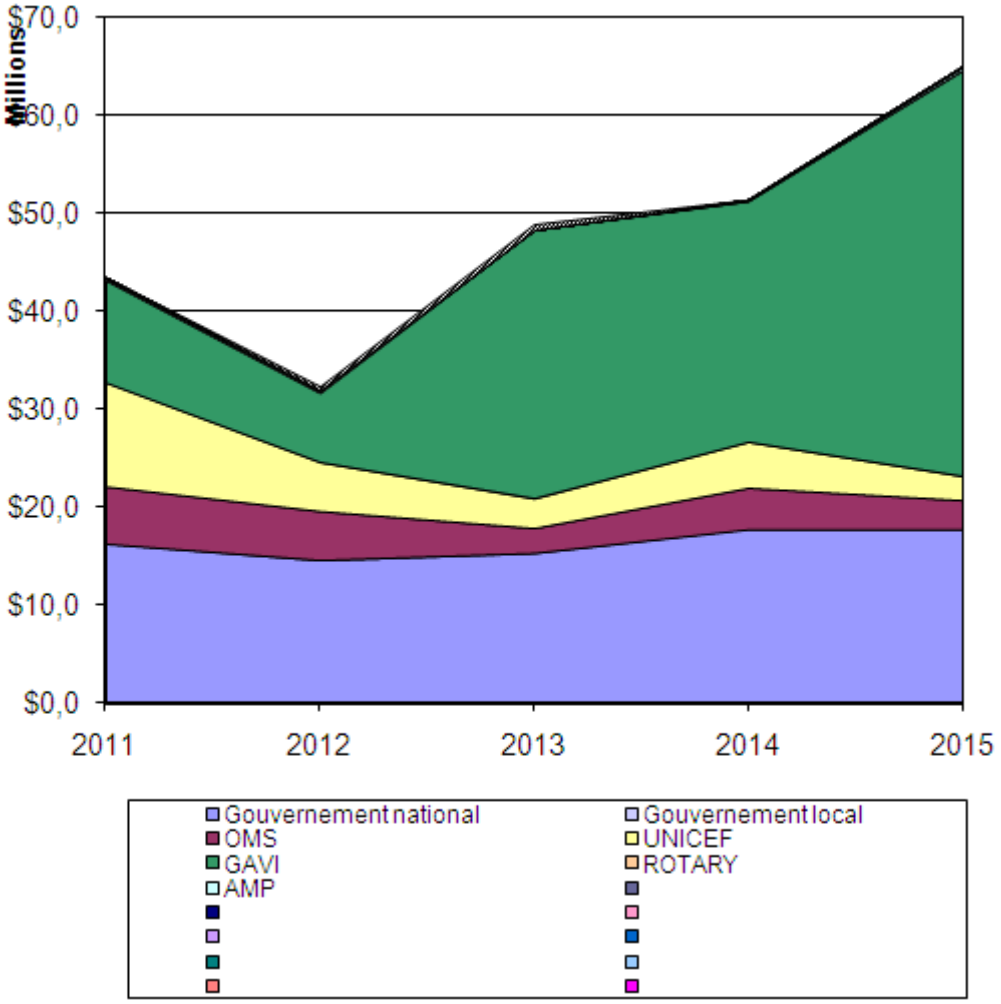


❖ **Analyse sur la base du financement assuré et probable**

En examinant le financement assuré et probable comme l'indique le graphique N°6, on se rend compte que le Gouvernement de la Côte d'Ivoire a fait des efforts vers l'indépendance vaccinale, mais cet effort doit être encore plus poussé avec l'introduction des nouveaux vaccins.

Graphique n° 6 **: Projection financements Sécurisé, Probable et les Gaps**

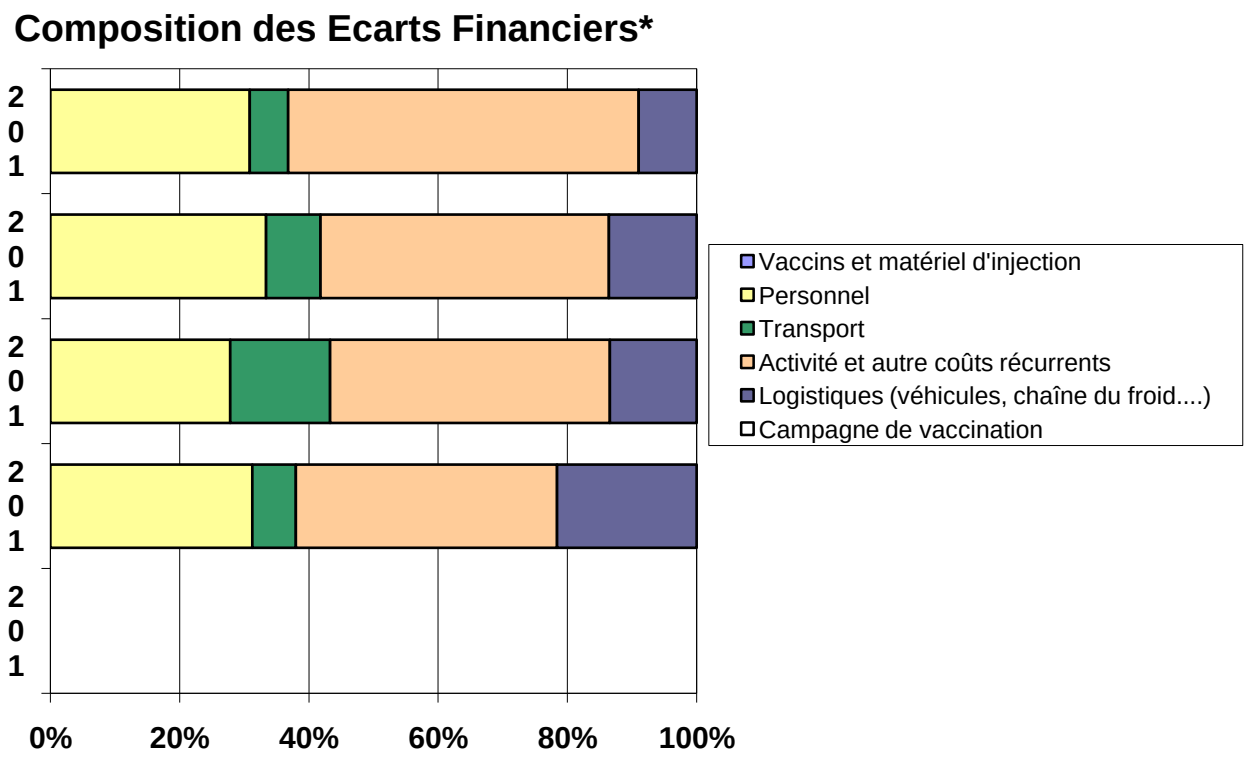
Projection du Financement Assuré et Probable*



A l'analyse de ce graphique, le gap observé est essentiellement composé par les dépenses relatives aux rubriques ci-après :

- Activités et autres coûts récurrents ;
- Le personnel
- Les équipements de la Chaine du froid
- Le transport

Graphique N° 7: Composition des écarts financiers



9.4.2.Stratégies de viabilité financière du PEV, 2011-2015

Face à cet écart financier, un certain nombre de stratégies de viabilité financière peuvent être définies :.

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 deux axes :

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

9.4.2.1. 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**

Ainsi les stratégies proposées sont de :

- Contribution au financement des nouveaux vaccins sur le budget régulier 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

- **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

- **Collectivités locales (communes)**

Dans le cadre de la décentralisation, 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,

- **Ressources externes**
  - **GAVI / RSS**

La soumission au guichet pour le Renforcement des Systèmes de Santé

- **Partenaires traditionnels du PEV**

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.

9.4.2.2. Réduction des coûts du PEV grâce à l'amélioration de son efficience

Un certain nombre de stratégies supplémentaires ont été définies afin de contribuer davantage à l'amélioration de l'efficience 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.