MINISTERE DE LA SANTE

ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL

PLAN PLURI-ANNUEL COMPLET DU PEV 2016-2020

Version finale

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 8
1. CONTEXTE 10
1.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE 10
1.2. PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE 10
1.3. DONNÉES SANITAIRES 12
1.4. SANTÉ ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 13
2. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE 13
2.1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES COMPOSANTES OPÉRATIONNELLES ET RÉSULTATS OBTENUS 13
2.2. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES 42
3. PROBLEMES ET PRIORITES 47
4. OBJECTIFS ET JALONS 48
4.1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX 48
4.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 48
5. STRATEGIES ET ACTIVITES DE 2016 A 2020 49
6. SUIVI ET EVALUATION 93
6.1. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION 93
6.2. INDICATEURS DE SUIVI - ÉVALUATION 93
7. ROLES ET RESPONSABILITES 172
8. ANALYSE DES COUTS ET DU FINANCEMENT 172
8.1. MÉTHODOLOGIE 172
8.2. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DE L'ANNÉE DE BASE (2015) 173
8.3. COÛTS ET FINANCEMENTS DU PEV 2016-2020 174
8.4. ANALYSE DU FINANCEMENT DE 2016 À 2020 179

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACC	:	(approche) Atteindre Chaque Communauté
ACD	:	(approche) Atteindre Chaque District
ACPCI	:	Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire
AMD	:	Atelier de Maintenance des Districts
AMP	:	Agence de Médecine Préventive
ANR	:	Autorité Nationale de Réglementation
ARSIP	:	Alliance des Religieux pour la lutte contre le VIH Sida et les autres Pandémies en Côte d'Ivoire
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
ASP	:	Abdomen Sans Préparation
AVS	:	Activité de Vaccination Supplémentaire
BCEAO	:	Banque centrale des États de l'Afrique de l'Ouest
BCG	:	Bacille de Calmette et Guérin
BGE	:	Budget Général de l'Etat
BM	:	Banque Mondiale
BPF	:	Bonnes Pratiques de Fabrication
C2D	:	Contrat Désendettement et Développement
C4D	:	Communication pour le Développement
CAP	:	Connaissance Attitude Pratique
CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
CCIA	:	Comité de Coordination Inter-Agences
CDF	:	Chaîne de Froid
CDMT	:	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
Cf	:	Confère
CFC	:	Chimie-Fabrication-Contrôle
CHU	:	Centres Hospitaliers Universitaires
CI	:	Côte d'Ivoire
CICR	:	Comité International de la Croix Rouge
CIP	:	Communication Interpersonnelle
CNC	:	Comité National de Certification pour la poliomyélite
CNEIV-CI	:	Comité National des Experts Indépendants pour la Vaccination en Côte d'Ivoire
CNEP	:	Comité National des Experts pour la Poliomyélite
CNO	:	(zone) Centre, Nord et Ouest (de la Côte d'Ivoire)
CNTIG	:	Comité National de Télédétection et d'Information Géographique
COGES	:	Comité de Gestion des services de Santé
CPEV	:	(infirmier) Coordonnateur du Programme Elargi de Vaccination
CREMM	:	Centre Régional des Equipements et de la Maintenance du Matériel
CSE	:	(infirmier) Chargé de Surveillance Epidémiologique
CV	:	Couverture Vaccinale
DAF	:	Direction des Affaires Financières
DCPEV	:	Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination
DCPS	:	Direction de Coordination des Programmes de Santé
DDS	:	Direction Départementale de la Santé
DDSHP	:	Direction Départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DGCTP	:	Direction Générale de la Comptabilité et du Trésor Public
DGS	:	Direction Générale de la Santé
DHP	:	Direction de l'Hygiène Publique
DIEM	:	Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DIPE	:	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DMP	:	Direction des Marchés Publics
DPM	:	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPPEIS	:	Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire
DQA	:	Audit de la Qualité des Données
DQS	:	Auto-évaluation de la qualité des données
DRH	:	Direction des Ressources Humaines

DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DRSHP	:	Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DSCMP	:	Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité
DSRP	:	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
DTS	:	Dépense Totale de Santé
ECD	:	Equipe Cadre de District
ECV	:	Enquête de Couverture Vaccinale
EDS	:	Enquête Démographique de Santé
eDVDMT	:	electronic District Vaccine Data Management Tools (Outil de gestion des données de vaccination)
EIRD	:	Equipe d'Intervention Rapide du District
ENV	:	Enquête sur le Niveau de Vie
ESPC	:	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FENOSCI	:	Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire
FMI	:	Fonds Monétaire International
GAVI	:	Global Alliance for Vaccines and Immunization (sigle anglais de Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
GEV	:	Gestion Efficace des Vaccins
GIVS	:	Vision et Stratégie Mondiale pour la Vaccination
GTR	:	Groupe Thématique Restreint
GVAP	:	Plan d'action mondial pour les vaccins
Hib	:	*Haemophilus Influenzae* de type b
HKI	:	Helen Keller International
HPV	:	Vaccin contre le Papillomavirus Humain
IAA	:	Invaginations Intestinales Aigües
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
IDH	:	Indice de Développement Humain
IgM	:	(anticorps) Immunoglobuline M
IMEP	:	Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite
INHP	:	Institut National d'Hygiène Publique
INS	:	Institut National de Statistiques
IPCI	:	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
JNV	:	Journées Nationales de Vaccination
LCR	:	Liquide Céphalo-Rachidien
LMG	:	Leadership Management Gouvernance
LNSP	:	Laboratoire National de la Santé Publique
MAPI	:	Manifestations Adverses Post Immunisation
MCC	:	Millenium Chalenge Corporation
MCD	:	Médecin Chef du District
MEF	:	Ministère de l'Economie et des Finances
MenAfriVac	:	Vaccin contre la méningite A
MICS	:	Multiples Indicators Clusters Survey (Enquête sur les Indices Multiples)
MILDA	:	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MSHP	:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSHP/Cab	:	Cabinet du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSLS	:	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
NPSP	:	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
OBC	:	Organisation à Base Communautaire
ODM	:	Objectifs de développement pour le Millénaire
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PAO	:	Plan d'Action Opérationnel
PBF	:	Financement Basé sur les Performances
PCV	:	Pastille de Contrôle du Vaccin
PCV 13	:	Vaccin conjugué anti-pneumococcique de type 13-valent
PECADOM	:	Prise en Charge à Domicile
PEPS	:	Premier Expiré, Premier Sorti

PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PFA	:	Paralysie Flasque Aiguë
PFC	:	Points Focaux Communication
PFE	:	Politique des Flacons Entamés
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PND	:	Plan National de Développement
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNGDM	:	Plan National de Gestion des Déchets Biomédicaux
PNLCa	:	Programme National de Lutte contre le Cancer
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNN	:	Programme National de Nutrition
PNSSU	:	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPAC	:	Plan Pluri-Annuel Complet
PPTE	:	Pays Pauvre Très Endetté
PSP	:	Pharmacie de la Santé Publique
PVF	:	Plan de Viabilité Financière pour la vaccination
RASS	:	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
ROTA		(diarrhées à) ROTAVIRUS
RR	:	Rougeole-Rubéole
RSS	:	Renforcement des Systèmes de Santé
SAB	:	Seringue Autobloquante
SAS	:	Service d'Action Sanitaire
SAV	:	Semaine Africaine de Vaccination
SCC	:	Sous Comité chargé du Confinement
SCRP	:	Service de Communication et des Relations Publiques
SIGLOGS	:	Système Intégré de Gestion Logistique pour la Santé
SIMR	:	Surveillance Intégrée des Maladies et de la Réponse
SMS	:	Short Message Service
SMT	:	Stock Management Tool
SNU	:	Système des Nations Unies
TIC	:	Technologies de l'information et de la Communication
TMN	:	Tétanos Maternel et Néonatal
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	United States Agency for International Developpment
VAA	:	Vaccin Antiamaril
VAR	:	Vaccin Anti-rougeoleux
VAT	:	Vaccin Antitétanique
VPI	:	Vaccin antipoliomyélitique Injectable
VPO	:	Vaccin Polio Oral
VPOt	:	Vaccin Polio Oral trivalent

RESUME

Le plan pluriannuel complet du Programme Elargi de Vaccination (PEV) 2016-2020 s'inscrit, dans le cadre global stratégique tracé par le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 et dans le cadre du Plan National de Développement (PND) 2016-2020 de la Côte d'Ivoire. Il s'inspire aussi des Objectifs du Millénium pour le Développement et des orientations définies dans le document "le Plan d'action Mondial pour la Vaccination 2011-2020".

La revue externe du PEV qui a porté sur les cinq ans qu'a couvert le PPAC 2011-2016 a permis de faire une analyse de situation complète du Programme en vue d'identifier les goulots d'étranglement et d'apporter des réponses pour les cinq ans à venir.

Les principaux problèmes auxquels le PEV se trouve confronté sont :

- une insuffisance de l'offre des services de vaccination pour toutes les stratégies,
- une insuffisance dans la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV,
- des ruptures fréquentes en vaccins et consommables d'injection à tous les niveaux,
- faible implication des réseaux administratifs, religieux, artistiques, médiatiques et communautaires dans la promotion de la vaccination de routine,
- Capacité de stockage en vaccins et consommables insuffisante à tous les niveaux
- Insuffisance dans la qualité des données
- Insuffisance dans la gestion des déchets issus des activités de vaccination

Face à ces problèmes, les principales priorités pour la période 2016-2020 seront :

- Assurer un accès équitable de la vaccination à tous
- Maintenir le statut de pays libre de poliomyélite
- Atteindre les critères de l'élimination de la rougeole
- Maintenir le statut d'élimination du tétanos maternel et néonatal
- Contrôler la fièvre jaune
- Poursuivre l'introduction des nouveaux vaccins (rotavirus, méningite A, HPV, RR)
- Renforcer la qualité des données de vaccination à tous les niveaux.
- Renforcer la communication et le plaidoyer en faveur de la vaccination.

Les objectifs du plan pour la période 2016-2020 sont:

- Renforcer la qualité, l'équité et la pérennité des services de vaccination
- Accélérer les efforts pour réaliser l'éradication de la poliomyélite, maintenir l'élimin
- tétanos néonatal, atteindre la pré-élimination de la rougeole et le contrôle de la fièvre jaune
- Introduire d'une manière pérenne les nouveaux vaccins et les technologies appropriées.
- Accroître la demande des services de vaccination.
- Renforcer la base de connaissance et les capacités pour permettre une offre équit
- vaccination
- Améliorer la prévisibilité et la durabilité des financements de la vaccination

Les stratégies et les activités identifiées pour atteindre ces objectifs s'inscrivent dans le cadre de la survie de l'enfant et visent les services de vaccination ; la surveillance des maladies cibles du PEV, MAPI et riposte ; l'approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV, la génération de la demande et la communication en faveur du PEV et la gestion du programme, la gestion des ressources humaines, les coûts et le financement.

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 Ministère en charge du budget, la communauté et les partenaires au développement y compris les 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 DCPEV. Le CCIA assurera la coordination des partenaires et le suivi de la mise en œuvre du plan.

Le budget prévisionnel s'élève pour la période 2016-2020 à un montant global de **264 002 334** dollars des Etats Unis d'Amérique (USD). Le montant pour la vaccination de routine est estimé à **218 329 262** USD, celui des activités de vaccination supplémentaires à **45 673 072** USD.
Le plan 2016-2020 du PEV sera financé par l'Etat, l'OMS, l'UNICEF, GAVI 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 10
Tableau II : Indicateurs macroéconomiques 11
Tableau III : Quelques indicateurs de santé de la Côte d'Ivoire..... 13
Tableau IV : Evolution des taux d'abandons spécifiques entre 2011 et 2015 en Côte d'Ivoire 15
Tableau V : Raisons de non vaccination ou de vaccinations incomplètes des mères d'enfants de 0-11 mois, ECV 2015 en Côte d'Ivoire 20
Tableau VI : Comparaison des couvertures vaccinales brutes par antigènes chez les enfants de 12 à 23 mois entre les ECV de 2010 et de 2015 en Côte d'Ivoire 20
Tableau VII : Comparaison des indicateurs de performance du PEV chez les enfants de 12 à 23 mois entre les ECV de 2010 et de 2015 en Côte d'Ivoire 21
Tableau VIII : Comparaison des couvertures vaccinales antitétanique des mères en CI entre 2010 et 2015 (%) 22
Tableau IX : Comparaison des indicateurs du PEV pour le VAT des mères entre les ECV 2010 et 2015 en CI (%) 22
Tableau X : Analyse de la situation par initiative accélérée contre les maladies. 26
Tableau XI : Evolution du nombre de jours de rupture en dessous du stock de réserve au niveau central de 2012 à 2015..... 29
Tableau XII : Répartition des ressources humaines du PEV en fonction des services et par année .. 36
Tableau XIII : Récapitulatif du financement projeté de la vaccination 2011-2015 en Francs CFA. 40
Tableau XIV : Niveau d'exécution du budget de l'Etat consacré au PEV 41
Tableau XV : Récapitulatif des sources de financement du PEV..... 41
Tableau XVI : Projections des obligations de cofinancement en dollars pour la période 2017-2021 .. 42
Tableau XVII : Priorités nationales, objectifs et jalons du PEV pour la période 2016-2020 49
Tableau XVIII : Objectifs, stratégies et activités essentielles par bloc fonctionnel pour la période 2016-2020..... 72
Tableau XVIII-1 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Prestations de services de vaccination 2016-2020 72
Tableau XVIII-2 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Surveillance et contrôle de la maladie 2016-2020 74
Tableau XVIII-3 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Approvisionnement en vaccins et consommables, qualité et logistique PEV 2016-2020..... 81
Tableau XVIII-4 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Communication et génération de la demande 2016-2020 85
Tableau XVIII-5 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Gestion des programmes 2016-2020 91
Tableau XXIV : Indicateurs de suivi et évaluation du PPAC du PEV 2016-2020 94
Tableau XXIV-1 : Prestations des services de vaccinations 94
Tableau XXIV-2 : Surveillance et contrôle de la maladie 98
Tableau XXIV-3 : Approvisionnement en vaccins et consommables, qualité et Logistique PEV 106
Tableau XXIV-4 : Génération de la demande et communication 113
Tableau XXIV-5 : Gestion du programme..... 139
Tableau XXX : Plan d'action opérationnel 2016 du PEV..... 143
Tableau XXX-1 : Prestations des services de vaccination..... 143
Tableau XXX-2 : Surveillance et contrôle de la maladie..... 148
Tableau XXX-3 : Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV 161
Tableau XXX-4 : Génération de la demande et communication 164
Tableau XXX-5 : Gestion du programme 169
Tableau XXXVI : Indicateurs économiques et financiers du PEV en 2015..... 173
Tableau XXXVII : Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2016 à 2020 175
Tableau XXXVIII : Indicateurs macroéconomique de viabilité financière..... 177
Tableau XXXIX : Récapitulatif du Cofinancement en $US de la CÔTE D'IVOIRE de 2016 à 2020... 178
Tableau XL : Financements sûrs et probables pour la période 2016-2020 (dollars US) 179

Liste des figures

Figure 1 : Circuit de l'information et de transmission des prélèvements 25
Figure 2 : Circuit de distribution des vaccins et consommables 30

Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution des couvertures vaccinales de routine entre 2011 et 2015 en Côte d'Ivoire. 14
Graphique 2 : évolution de la promptitude des rapports de 2011 à 2015 15
Graphique 3 : Evolution de la catégorisation des districts avec couverture vaccinale supérieure ou égale à 80% 16
Graphique 4 : Couvertures vaccinales par antigène chez les enfants de 12-23 mois selon la source d'information au niveau national 17
Graphique 5 : Indicateurs de performance des districts sanitaires selon les couvertures vaccinales valide à 1 an 18
Graphique 6 : Couvertures en VAT des mères d'enfants de 0-1 mois, ECV 2015 en Côte d'Ivoire ... 18
Graphique 7 : Indicateurs de performance du PEV pour la vaccination antitétanique. 19
Graphique 8 : Profil du Financement des coûts spécifiques du PEV de routine en 2015 174
Graphique 9 : Projection des besoins en ressources de 2016 à 2020 176
Graphique 10 : Analyse de la viabilité financière selon les indicateurs choisis 178
Graphique 11 : Projection des Financements assurés et gaps de la vaccination de 2016 à 2020 ... 180

1. CONTEXTE

1.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

Située en Afrique de l'Ouest entre le 10ème degré de latitude Nord, le 4ème et le 8ème degré de longitude Ouest, 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 est de type équatorial au sud (forêt dense) et de type tropical au nord (savane et forêt claire). Le réseau hydrographique nord-sud est assez important représenté par des fleuves (Comoé, Bandama, Cavally et un important bassin lagunaire). Le relief est constitué de plateaux cristallins ou schisteux qui se relèvent au nord-ouest (1752 mètres au Mont Nimba) et s'abaissent vers la plaine côtière bordée de lagunes.

Les principales ethnies sont les Agni, les Baoulés, les Krou, les Lobi, les Malinkés, les Sénoufos. Les religions les plus pratiquées sont l'animisme, le christianisme et l'islam.
Les projections de l'Institut National de Statistiques (INS) estiment la population de 2015 à 23 250 385 habitants à partir du recensement général de la population et de l'habitat de 2014. Le taux d'urbanisation variait entre 97% à Abidjan et 10% à Taabo en 2014. La moyenne étant de 49,7%.

Les proportions de populations sont :

- Naissance vivante 3,94%
- Enfants de 0 à 11 mois 3,46%
- Enfants de 0 à 5 ans 16,3%
- Enfants de 0 à 14 ans 41,5%
- Femmes enceintes 4,14%
- Femmes en âge de reproduction 24,09%

Tableau I : Quelques indicateurs démographiques en Côte d'Ivoire

Indicateurs	Valeurs	Année et source* (INS)
Taux brut de natalité	34,7 pour 1000	2013 (INS)
Taux brut de mortalité	12,4 pour 1000 naissances vivantes	2011 (INS)
Espérance de vie à la naissance	53 ans	2011 (INS)
Taux moyen de croissance annuelle de la population	2,6%	2011 (INS)
Indice synthétique de fécondité	4,8 enfants par femme	2011 (INS)

Sources : Rapport d'enquête de l'EDS –MICS 2011 - 2012

Le pays est divisé en 31 régions administratives, 108 départements fonctionnels, 14 districts dont deux autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 conseils régionaux, 510 sous-préfectures, 197 communes et plus de 8 574 villages *(Source : Comité National de Télédétection et d'Information Géographique (CNTIG)*.

1.2. PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE

L'Enquête de Niveau de Vie des Ménages de 2015 a révélé un taux de pauvreté de 46,3% contre 48,9% en 2008 avec un écart plus accentué en milieu rural (56,8%) qu'en milieu urbain (35,9%). On note des inégalités intra régionales et de revenus qui se traduisent par un *indice de Gini* à 0,4051. Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2014, la Côte d'Ivoire continue de demeurer dans le groupe des pays à faible développement humain avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 0,4522 en 2013 et classant le pays au rang de 171ème sur 187. Cet indice a

[1] ENV 2015
[2] Rapport sur le développement humain 2014, PNUD

augmenté de 1,08% entre 2000 et 2013. Ce rapport indique que, dans le domaine de la santé, la Côte d'Ivoire affichait en 2013 une espérance de vie de 50,7 ans contre 59,4 pour les pays à IDH faible et 56,8 ans pour l'ensemble de l'Afrique Subsaharienne.

En 2015, le taux d'alphabétisation (personnes âgées de 15 ans et plus sachant lire et écrire) était estimé à 45% en moyenne, 53% pour les hommes et 36% pour les femmes (INS, enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire, 2015). Ce taux est de 51,2% à Abidjan, de 42,9% dans les autres villes et de 25,6% en milieu rural.

Le taux de croissance négatif du PIB en 2011 (-3%) a évolué en atteignant respectivement 10,7% en 2012, 9,2% en 2013, 8,5% en 2014 et 9,4% en 2015, soit une moyenne estimée de 9,4% sur la période 2012-2015 qui est plus élevée que la moyenne de 9,2% (projection de base PND 2012-2015).

Le taux d'investissement global est passé de 9% du PIB en 2011 à 16,1% en 2014 (soit un accroissement de plus de 7 points de pourcentage du PIB). L'investissement public est passé de 5,4% en 2011 à 6,2% du PIB en 2014 pendant que l'investissement privé augmentait de 6,3% du PIB à 9,9%. Les investissements publics ont représenté en moyenne, durant cette période, 40 % du total des investissements contre 60 % pour les investissements privés[3].

Tableau II : Indicateurs macroéconomiques

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PIB (en milliards de Fcfa)*	9 012	9 308	9 750	10772,0	11 458	12 317	11 977	13 805	15 460	16 935
Taux de croissance du PIB nominal	1,7	3	5	9	6	7	-3	13	11	9
PIB/Hab (millier Fcfa)	471.8	473.5	482	521.4	535.8	560.4	530	595	649*	927*
Inflation (en %)	3,9	2,1	1,9	6,3	1,0	1,8	4,9	1,3	2,6	2,5%

Source : Institut National de la Statistique (INS), *Banque mondiale

En 2010, le pays a poursuivi la mise en œuvre du programme économique et financier 2009-2011, ainsi que celle du DSRP, qui devait conduire au point d'achèvement de l'Initiative 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.
La crise postélectorale et les sanctions de la communauté internationale, au cours du dernier trimestre de l'année 2010, ont lourdement pesé sur l'économie nationale. Le pays s'est retrouvé à cours de liquidités. En effet, 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, a conduit en 2011 à une forte chute de la croissance du PIB réel (-7.3%). Toutefois, une reprise graduelle de l'économie s'est amorcée 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.

Le secteur de la santé, déjà en déficit de financement, comparativement aux engagements d'Abuja (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

[3] PND 2016-2020

4% et 5% du budget de l'Etat, depuis plusieurs années, ceci, en dépit des engagements pris en 2001 à Abuja.
Les résultats des Comptes de la Santé 2013 indiquent que la Dépense Totale de Santé (DTS) est évaluée à 872,7 milliards de F CFA. La Dépense Courante de Santé est évaluée à 783,9 milliards de F CFA (89,82% des DTS) et la Dépense d'Investissement à 88,8 milliards de F CFA (10,18% des DTS). En 2013, avec 63,6 milliards de F CFA (71,63% des dépenses d'investissements), les Machines et équipements représentent le premier poste de dépenses des investissements.
Il ressort de l'analyse des DTS que la contribution des ménages est la première source de revenu avec 51,08%. L'Administration publique (24,48%) et les Entreprises (14,44%) constituent les deux autres principales sources de financement après les ménages. Les Bailleurs bilatéraux et multilatéraux représentent 9,99% des sources de financement tandis que les ONGs, nationales ne représentent que 0,01% des sources de financement.
Aussi, le secteur privé, principalement les ménages, mobilisent la plus importante part des fonds dans le système de santé. La contribution des ménages est passée de 440,2 milliards de F CFA en 2010 à 445,8 milliards de F CFA en 2013 et repose sur les paiements directs.

En 2013, avec 574,4 milliards de F CFA, le secteur privé a reçu plus de financement par rapport aux DTS (65,68%). Ce secteur regroupe les dépenses des ménages (51,08%), les entreprises privées (11,24%), les sociétés d'assurance (3,20%) et les ONG nationales (0,16%).
Sur l'ensemble des prestataires de soins, les pharmacies privées ont reçu la plus grosse part des ressources des DTS : 337,4 milliards de F CFA (43,29%) en 2010 et 283,5 milliards de F CFA en 2013 (32,48%). Il s'est agi essentiellement d'achat de produits pharmaceutiques et autres biens médicaux.

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.

Le réseau routier est important, facilitant l'accessibilité géographique des populations aux structures de santé. On note des facilités de communication avec les 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 villages.

1.3. DONNÉES SANITAIRES

La Côte d'Ivoire a adhéré en 1981 à la Charte africaine de développement sanitaire avec la stratégie des Soins de santé primaires. 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 2013, les hôpitaux généraux et les centres hospitaliers régionaux, au nombre de 101. Le niveau tertiaire comprend les centres hospitaliers universitaires (CHU), au nombre de 4 et les centres et instituts spécialisés au nombre de 5.

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 1919 structures sanitaires, inégalement réparties entre les régions. Ainsi les régions Abidjan 1 grands -Ponts et Abidjan 2, pour près de 20% de la population cible du PEV, réunissent environ 10% des établissements sanitaires de Premier contact (ESPC) et 14% des maternités. 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 20 directions régionales de la santé (DRS) et 82 Directions Départementales de la Santé (DDS). Les DRS et DDS bénéficient de l'appui de partenaires en équipements, en médicaments essentiels et vaccins, notamment GAVI, l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Comité international de la Croix rouge (CICR). 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, est mise en œuvre à travers des programmes de santé. La coordination d'ensemble de ces programmes y compris le PEV, est assurée par la Direction de la santé communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP), 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 Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2013), du RASS 2013 et du MICS 2011-2012.

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

Indicateurs		Valeurs
Ratio Personnel de Santé : Population (2012)	Médecin	**1/6 296 hbts**
	Sage-femme	**1/1 736 Fap**
	Infirmier	**1/2 656 hbts**
Soins de Santé Primaires (2011 & 2013)	Taux de fréquentation	**31,37% (2013)**
	Accès à l'eau potable	**78% (2011)***
Couverture Santé de la Reproduction (2013)	Couverture prénatale (CPN4)	**33%****
	Accouchement assisté	**53.6%****
Séroprévalence VIH* (2014)	VIH Population générale	**3.5%**
	VIH Femme	**6,4%**
Malnutrition	Hypotrophie néonatale	**8.6% (2013)**
	Anémie infanto juvénile	**7.8% (2013)**

Sources : PNDS 2012-2015, *MICS 2011-2012, RASS 2013

1.4. SANTÉ ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Selon le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) rédigé en 2003, le Gouvernement s'engage à prendre toutes les dispositions pour atteindre les Objectifs de développement pour le millénaire (ODM) tels qu'approuvés par l'Assemblée Générale des Nations Unies en septembre 2001 au Sommet du millénaire.

L'un de ses objectifs spécifiques, en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être des populations, est d'augmenter la couverture vaccinale à 80%, en utilisant trois stratégies : la réforme du cadre institutionnel du PEV, l'amélioration de la performance du PEV et le renforcement de la mobilisation sociale et de la communication pour le changement de comportement.

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

2. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE

2.1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES COMPOSANTES OPÉRATIONNELLES ET RÉSULTATS OBTENUS

2.1.1. PRESTATION DES SERVICES DE VACCINATION

Les populations cibles du PEV sont les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes.
Jusqu'en fin 2013 les vaccins du PEV étaient le vaccin contre la tuberculose (BCG), le vaccin pentavalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et les infections à Haemophilus influenzae type B (DTC-Hép B-Hib), le vaccin Polio oral (VPO), le vaccin antirougeoleux (VAR), le vaccin antiamaril (VAA), le vaccin antitétanique (VAT). En 2014, le vaccin contre les infections à pneumocoque (PCV 13) a été introduit dans le PEV et est administré aux mêmes dates que le DTC-HépB-Hib. Depuis juin 2015, le vaccin antipoliomyélitique Inactivé (VPI)[4] a été introduit dans le PEV et est administré aux mêmes dates que le DTC-HépB-Hib.

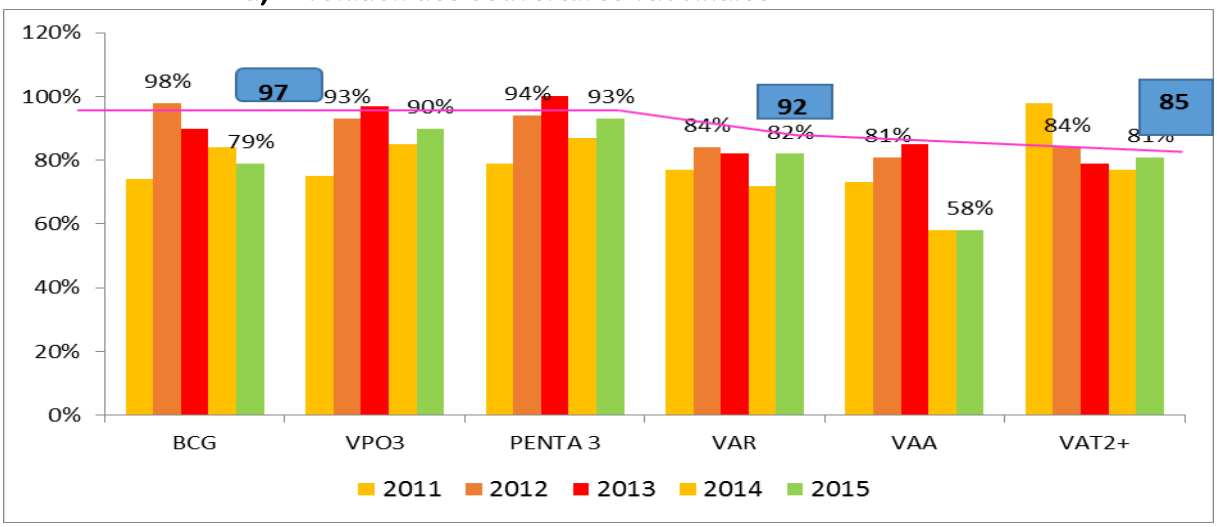
[44] Une dose de VPI est administrée à la même date que le DTC-HépB-Hib 3

Le calendrier vaccinal prévoit chez l'enfant 5 contacts avant son premier anniversaire (à la naissance, à 6, 10 et 14 semaines, à 9 mois), chez la femme 5 contacts 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.
Compte tenu de l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine (HPV, RR …) et des objectifs du GVAP (2011-2020), un élargissement de la population cible aux adolescents et aux femmes en âge de reproduction est envisagé.

Pour l'année 2016, les populations cibles du PEV sont estimées à 826 020 enfants de 0 à 11 mois et 987 128 femmes enceintes. (Cf. RGPH 2014).
La stratégie Atteindre Chaque Communauté (ACC) est mise en œuvre dans les districts sanitaires, à travers l'offre de service de vaccination dans 1919 aires sanitaires.
L'appréciation de la qualité des prestations de service de vaccination se fait par l'analyse des indicateurs issus des données de routine et des enquêtes.

2.1.1.1. COUVERTURES VACCINALES DE ROUTINE

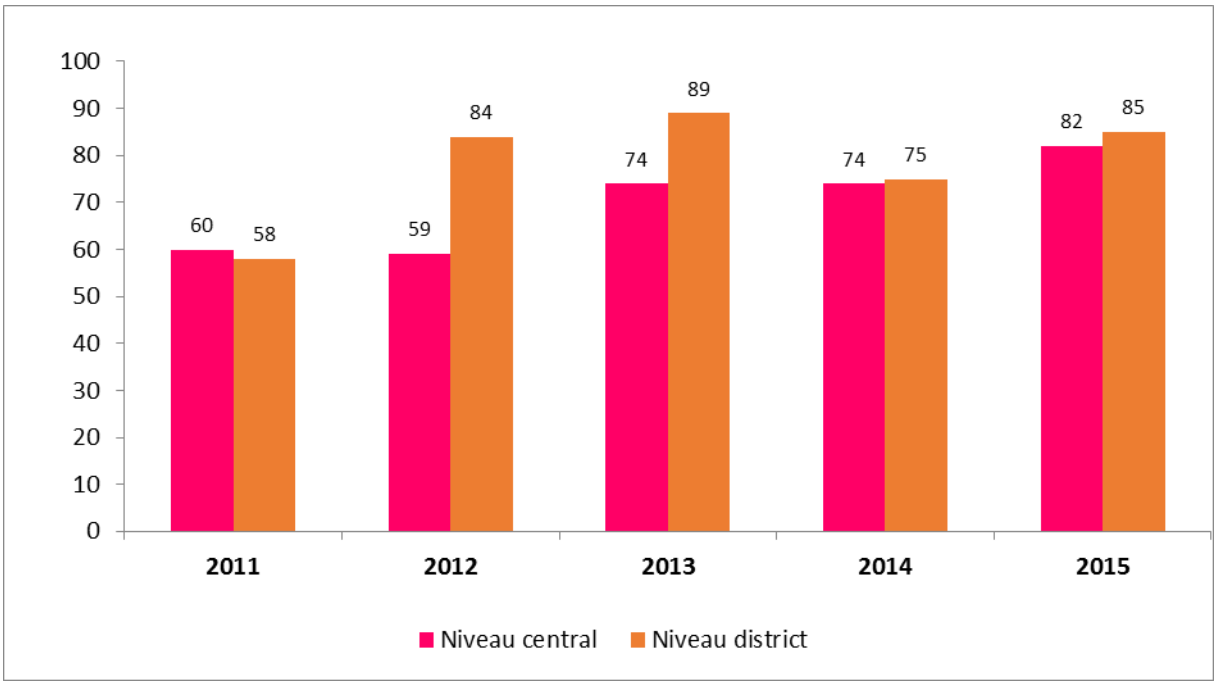
a) Evolution des couvertures vaccinales



Graphique 1 : Evolution des couvertures vaccinales de routine entre 2011 et 2015 en Côte d'Ivoire**.**

Les couvertures vaccinales nationales administratives sur la période de 2011 à 2015 par antigène sont généralement inférieures à l'objectif de 95% pour tous les antigènes.
La courbe évolutive est marquée par un pic en 2012 et 2013 ; en effet ces deux années sont marquées par une hausse des couvertures vaccinales de tous les antigènes. Cependant les couvertures vaccinales ont connu une baisse à partir de 2013. La couverture vaccinale en VAA a connu une baisse drastique au cours des deux dernières années (de 82% en 2013 à 58% en 2014 et 2015).
Cette baisse de couverture pourrait être attribuée aux ruptures en vaccins.
La couverture vaccinale en Penta3 est restée supérieure à 80% au cours des 5 années.

b) Rapportage des données



Graphique 2 : Evolution de la promptitude des rapports de 2011 à 2015

Au cours de ces cinq dernières années l'objectif de 95% pour la promptitude des rapports n'a pas pu être atteint.

c) Demande de vaccination

- **Taux d'abandon de 2011 à 2015**

Tableau IV : Evolution des taux d'abandons spécifiques entre 2011 et 2015 en Côte d'Ivoire

Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015
CV en Penta 1	75%	102%	104%	93%	100%
Taux d'abandon spécifique	9%	3%	3%	6%	7%
Taux d'abandon global	35%	8%	8%	23%	18%

Les taux d'abandon spécifiques et globaux ont évolué favorablement de 2011 à 2015.
Le taux d'abandon spécifique est passé de 9% en 2011 à 7% en 2015, ce taux se situe dans les normes admises (<10%).
Le taux d'abandon global est passé de 35% en 2011 à 18% en 2015, il reste élevé (>10%). Cela dénote de la persistance d'obstacles à l'utilisation des services de vaccination malgré les efforts fournis.

70% des districts sanitaires ont un taux d'abandon spécifique inférieur à 10% en 2015.
Seulement 20% des districts sanitaires ont un taux d'abandon global inférieur à 10% en 2015.

d) Equité de la vaccination

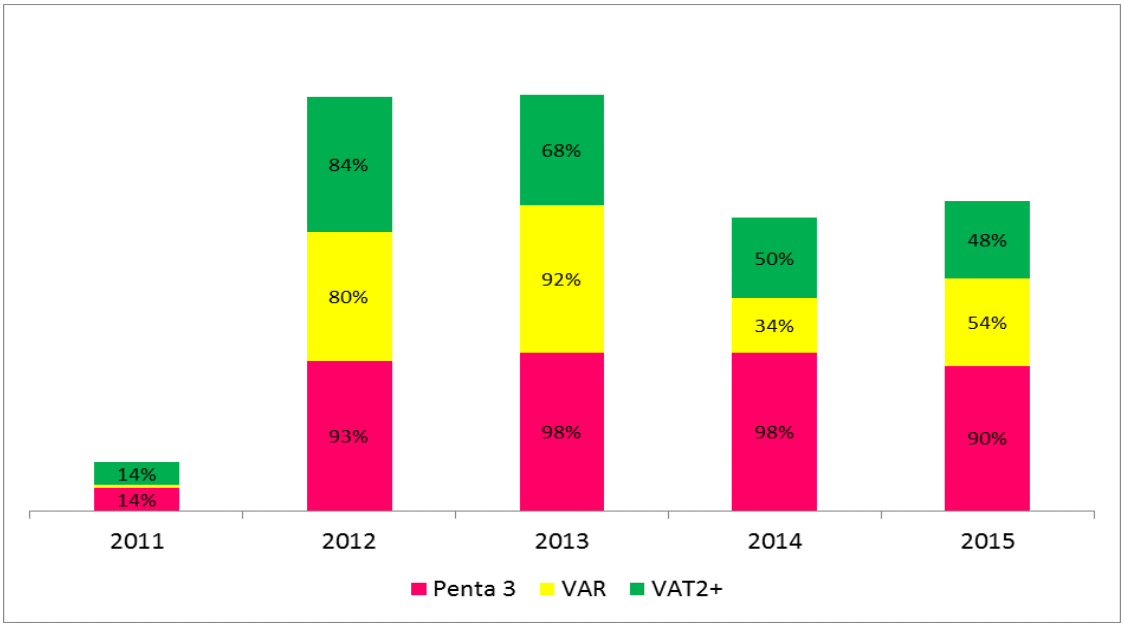
Cette composante est analysée à partir des caractéristiques socio-économiques et du genre et de la performance des districts en Penta 3.

- **Caractéristiques socio-économiques et genre**

L'analyse du genre n'est pas systématique dans les données administratives rapportées dans les rapports de vaccination ; cependant cette information est collectée dans les registres de vaccination.
Certaines variables permettant l'analyse socio-économiques ne figurent pas dans les outils de collecte hormis les registres de vaccination.

- **Catégorisation des districts en fonction de leur performance**

Au cours des quatre dernières années, l'objectif de 80% a été atteint en Penta 3, hormis l'année 2011 où la couverture vaccinale était de 14%.
Par contre, l'objectif n'a pas été atteint pour le VAR et le VAT2+ au cours des deux dernières années.



Graphique 3 : Evolution de la catégorisation des districts avec couverture vaccinale supérieure ou égale à 80%

2.1.1.2. DONNÉES D'ENQUÊTE

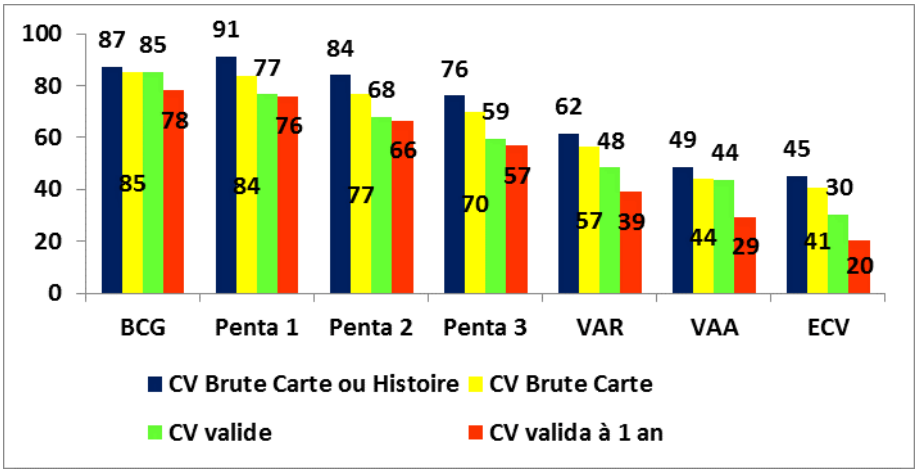
a) Offre des services

- L'offre du service de vaccination est assurée par 86,16% des établissements sanitaires, dont 6,34% relèvent du secteur privé non lucratif.
- la stratégie mobile est réalisée dans 60% des districts.
- la stratégie avancée est réalisée dans 83,33% des centres de vaccination.
- les raisons de non réalisation des stratégies avancées et mobiles au niveau district étaient liées en 2014 à l'insuffisance de moyen de transport (véhicules et motos), à l'insuffisance de carburant et de personnel.
- 34,44% des centres de vaccination vaccinent tous les jours ouvrables.

- 42,22% de ces centres de vaccination administrent tous les antigènes à chaque séance de vaccination
- 7,78% de centres de vaccination ont connu une interruption des activités de vaccination pendant au moins un mois due à une rupture en vaccins et intrants et à des pannes de réfrigérateurs.
- 89,57% des bénéficiaires des services de vaccination sont satisfaits des prestations
- 89,97% des parents enquêtés disent avoir reçu un bon accueil dans les centres de vaccination.
- aucune des supervisions planifiées dans le plan d'action de la DCPEV, n'a pas pu être réalisée en 2015
- 46,67% des districts sanitaires ont reçu les 4 visites de supervision de leur direction régionale
- 72,79% des supervisions planifiées à l'attention des centres de vaccination ont été réalisées par le niveau district.
- 85% des centres de vaccination ont été supervisés au moins une fois au cours de l'année 2014,
- 26,67% centres de vaccination supervisés ont reçu le rapport de supervision
- l'intégration des autres activités de santé au PEV, se fait aussi bien lors des campagnes de vaccination qu'en routine : vitamine A (57,78%), distribution de MILDA (82,22%), déparasitant (23,33) et pesée et promotion de l'alimentation du nouveau née et du nourrisson (26,67%).
- la continuité du PEV de routine est assurée dans 74,44% de centre de vaccination.
- 25,56% des centres de santé n'offrent pas de service de vaccination en routine pendant les campagnes de vaccination du fait du manque de personnel disponible

- **Couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois**

Les couvertures vaccinales chez les enfants de 12 à 23 mois sont représentées sur le graphique 1.

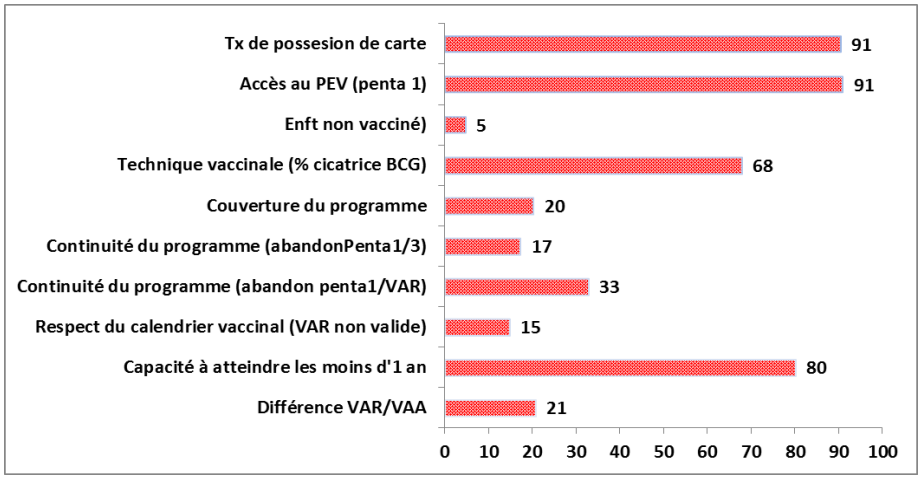


Graphique 4 : Couvertures vaccinales par antigène chez les enfants de 12-23 mois selon la source d'information au niveau national

- 45% des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les doses de vaccins requises pour une vaccination complète (BCG, 3 doses Polio, 3 doses vaccin Pentavalent, VAR et VAA) et donc étaient complètement vaccinés.
- Aucun district sanitaire n'a une couverture brute en VAR et VAA supérieure ou égale à 80%.
- Les enfants de 12-23 mois complètement vaccinés par doses valides de vaccins représentaient 30%.
- 70% des districts sanitaires avaient une couverture valide en BCG supérieure à 80%.
- Les objectifs de couverture vaccinale n'ont pas été atteints pour tous les antigènes.
- 78% des enfants avaient reçu une dose valide de BCG, 58% le DTCHepB3Hib3, 39% le VAR et 29% le VAA avant leur premier anniversaire
- Au niveau national, la proportion des enfants complètement vaccinés avec des doses valides avant l'âge d'1 an ne représentait que 20%.

- **Performance du PEV chez les enfants**

La performance du PEV chez les enfants de 12 à 23 mois a été synthétisée sur le graphique suivant.

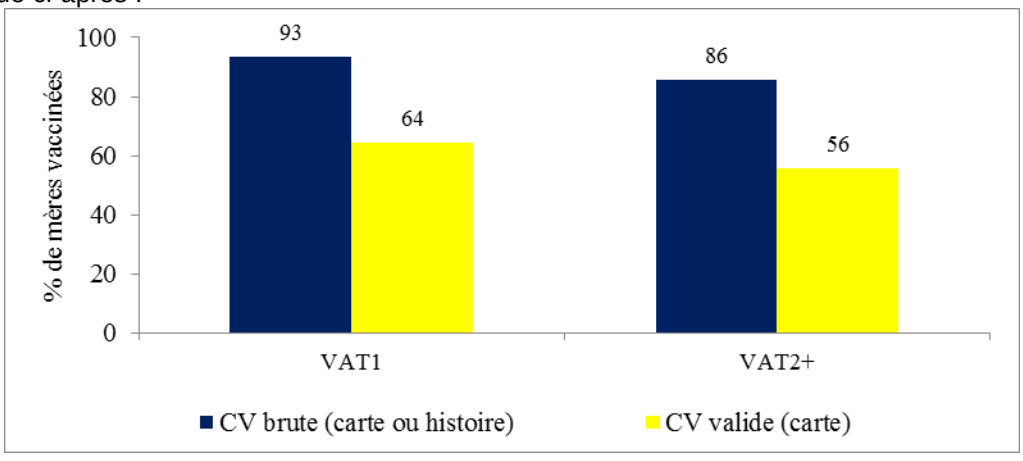


Graphique 5 : Indicateurs de performance des districts sanitaires selon les couvertures vaccinales valide à 1 an

- Le taux de possession des documents de vaccination des enfants était au niveau national de 91%
- la proportion d'enfants ayant reçu le penta 1 était de 91%.
- Au plan national, 68% des enfants présentent une cicatrice post vaccinale.
- 20% des enfants sont complètement et correctement vaccinés avant 1 an.
- Au niveau national, 17% des enfants qui ont commencé leur série vaccinale avec la 1ère dose de vaccin pentavalent n'ont pas reçu la 3ème dose.
- 33% des enfants ayant reçu le penta 1 n'ont pas été vaccinés contre la rougeole.
- Le calendrier vaccinal est respecté dans 15% des cas
- La capacité du programme à atteindre les enfants de moins d'un an était de 80% au niveau national.
- dans 21% des cas l'administration du VAR et du VAA n'est pas simultanée
- Les raisons de non vaccination ou de vaccination incomplète des enfants sont dominées par les raisons relevant des parents (manque de motivation (46%) et l'ignorance ou manque d'information (16%)), suivi des obstacles liés aux services de vaccination.

- **Couverture vaccinale chez les mères**

Les résultats de couverture vaccinale des mères d'enfants de 0 à 11 mois sont représentés sur le graphique ci-après :



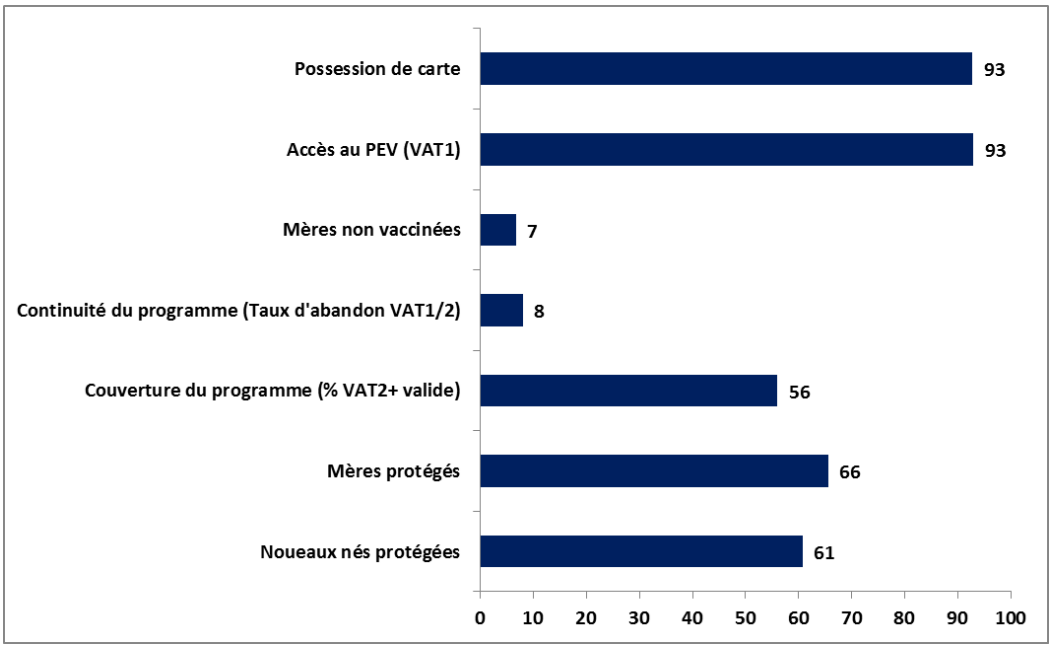
Graphique 6 : Couvertures en VAT des mères d'enfants de 0-1 mois, ECV 2015 en Côte d'Ivoire

- La proportion de mères vaccinées varie de 68 à 100% pour le VAT1, de 61 à 97% pour le VAT2 et de 11 à 54% pour le VAT5.

- 73,3% des districts sanitaires ont une couverture en VAT 2 et plus supérieure à 80%. Mères vaccinées avec les doses valides
- Lorsqu'on prend en compte uniquement les doses valides, au niveau national, 64% des mères d'enfants de 0 à 11 mois enquêtées ont reçu le VAT 1 contre 56% pour le VAT2 et 12% pour le VAT 5.

- **Performance du PEV chez les mères d'enfants de 0 à 11 mois**

La performance du PEV en matière de vaccination antitétanique chez les mères d'enfants de 0 à 11 mois a été synthétisée sur le graphique ci-après :



Graphique 7 : Indicateurs de performance du PEV pour la vaccination antitétanique.

- Au niveau national, 93% des mères d'enfants de 0 à 11 mois interrogées avaient en leur possession des documents de vaccination
- 93% des mères d'enfants de 0 à 11 mois interrogées avaient reçu au moins une dose de VAT(VAT1)
- 8% des mères, ayant reçu la première dose de vaccin antitétanique ne s'étaient pas présentées aux services de vaccination pour recevoir la deuxième dose de VAT.
- La couverture du programme était faible puisque seulement 56% des mères d'enfants de 0 à 11 mois avaient reçu au moins 2 doses valides de VAT.
- 61% des enfants de 0 à 11 ans dont les mères ont été enquêtées étaient protégés contre le tétanos à leur a naissance.

- **Raisons de non vaccination ou de vaccination incomplète des enfants**

Les raisons de non vaccination ou de vaccination incomplète des enfants étaient dominées par le manque de motivation (46%), suivi des obstacles liés aux services de vaccination (32%) et la manque d'information des parents (16%).

- **Raisons de non vaccination ou de vaccination incomplète des mères**

Les principales raisons de non-vaccination ou de vaccination incomplète des mères d'enfants de 0 à 11 mois sont synthétisées dans le tableau ci-après :

Tableau V : Raisons de non vaccination ou de vaccinations incomplètes des mères d'enfants de 0-11 mois, ECV 2015 en Côte d'Ivoire

Raisons de non vaccination ou de vaccination incomplète	Effectifs	Proportions (%)
Manque d'information	**1759**	**39,1**
Ignore la nécessité de la vaccination	534	11,9
Ignore la nécessité de revenir pour la prochaine dose	1 019	22,7
Ignore le lieu de vaccination	14	0,3
Ignore les horaires et jours de vaccin	129	2,9
A peur des réactions secondaires	57	1,3
A des idées erronées sur les contre-indications	6	0,1
Manque de motivation des mères	**1608**	**35,8**
A reporté à une date ultérieure	120	2,7
Ne fait pas confiance à la vaccination	11	0,2
A cause des rumeurs croyances sur la vaccination	21	0,5
Mère trop occupée	143	3,2
Mère en voyage ou absente	288	6,4
Négligence de la mère	914	20,3
Mère malade non partie au centre	111	2,5
Obstacles liés aux services de vaccin	**897**	**20**
Lieu de séance trop éloigné	125	2,8
Horaires et jours de vaccination ne convient pas	10	0,2
Vaccinateur absent	39	0,9
Vaccinateur a dit de revenir	197	4,4
Vaccinateur non disponible	107	2,4
Mère malade venue mais non vacciné	29	0,6
Attente trop longue	11	0,2
Coût élevé du transport	58	1,3
Vaccination payante	126	2,8
Mauvais accueil par les vaccinateurs	195	4,4
Autres	**230**	**5,1**
Total des réponses	**4493**	**100**

Les principales raisons de non vaccination sont le manque d'information dans 39% des cas, la question de motivation des mères dans 35% et les obstacles liés aux services de vaccination représentaient dans 20% des cas.

- **Comparaison des résultats des ECV de 2010 et 2015**

Tableau VI **:** Comparaison des couvertures vaccinales brutes par antigènes chez les enfants de 12 à 23 mois entre les ECV de 2010 et de 2015 en Côte d'Ivoire

	Couverture brute (Carte ou histoire)			**Couverture brute** (Carte)		
	2010 (n=3455)	***2015*** (n=6416)	**p**	***2010*** (n=3455)	***2015*** (n=6416	**p**
BCG	90,9	87,2	1,0000	87,1	85,1	0,9967
DTC-HépB-Hib 1	91,5	91,3	0,6321	77,6	83,8	0,0000
DTC-HépB-Hib 3	75,3	76,1	0,1880	63,9	69,7	0,0000
Polio 3	75,1	76,2	0,1117	66,2	69,8	0,0001
VAR	63,2	61,6	0,9410	56,9	56,7	0,5759
VAA	41,2	48,7	0,0000	36,3	44,0	0,0000

Les couvertures vaccinales brutes (carte ou histoire) ne différaient pas significativement entre 2010 et 2015 pour tous les antigènes, à l'exception du VAA. Lorsqu'on considère les doses valides à 1 an, les couvertures se sont améliorées entre 2010 et 2015 pour le penta 1, le penta 3 et le VAA (p<0,05).

- **Comparaison des indicateurs de performance du PEV chez les enfants de 12 à 23 mois des revues 2010 et 2015**

Le tableau ci-après présente la situation de la performance du programme chez les enfants de 12 à 23 mois au cours des enquêtes de couverture vaccinale de 2010 et de 2015 en Côte d'Ivoire.

Tableau VII : Comparaison des indicateurs de performance du PEV chez les enfants de 12 à 23 mois entre les ECV de 2010 et de 2015 en Côte d'Ivoire

Indicateurs de performances	2010 (n=3455)	2015 (n=6416)	p
Couverture du programme (couverture vaccinale)			
Complètement vacciné à 1 an (dose valide)	21,6	20,3	0,9356
Complètement vacciné (dose valide)	28,5	30,2	0,0388
Complètement vacciné (carte ou histoire)	42,3	45,2	0,0028
Respect du calendrier vaccinal (doses non valides)			
VAR (carte)	13,8	14,9	0,0695
DTC1 (carte)	6,2	8,8	0,0000
DTC3 (carte)	4,1	3,4	0,9616
Accès au programme de vaccination			
BCG (carte ou histoire)	90,9	87,2	1,0000
DTC1 (carte ou histoire)	91,8	91,0	0,0000
Non vacciné (carte ou histoire)	9,1	4,7	1,0000
Continuité du programme de vaccination			
Taux d'abandon BCG-VAR (carte ou histoire)	30,1	29,1	0,8507
Taux d'abandonDTC1-VAR (carte ou histoire)	31,1	32,8	0,0423
Taux d'abandonBCG-DTC3 (carte ou histoire)	16,9	13,1	1,0000
Taux d'abandonDTC1-DTC3 (carte ou histoire)	17,9	17,3	0,7728
Capacité à atteindre les moins d'1 an			
Enfant ayant reçu 1 dose valide de VAR avant 1 an	79,9	80,2	0,3609
Présence de cicatrice chez les vaccinés au BCG (carte ou histoire)	64,4	67,8	0,0003
Présence de cartes de vaccination			
Enfant ayant reçu au moins 1 vaccin avec 1 carte	91,4	90,5	0,9301
Intégration des vaccins			
Différence entre VAR et VAA (carte ou histoire)	36,1	20,8	1,0000

Cette comparaison permet de se rendre compte que les indicateurs de performance chez enfants de 12 à 23 mois n'ont pas connu de grandes variations. Les indicateurs ayant connu une amélioration sont :

- la couverture vaccinale complète par carte ou histoire et par dose valide ;
- l'accès aux services de vaccination avec le DTCHepB-Hib 1 ;
- la présence de cicatrice vaccinale post injection au BCG.

- **Comparaison des CV brutes (carte ou histoire) des mères d'enfants de 0 à 11 mois entre les revues de 2010 et 2015**

Le tableau ci-après montre l'évolution des couvertures vaccinales brutes et des couvertures valides des mères d'enfants de 0 à 11 mois lors des enquêtes de couverture vaccinale de 2010 et de 2015 :

Tableau VIII : Comparaison des couvertures vaccinales antitétanique des mères en CI entre 2010 et 2015 (%)

	Couverture brute (Carte ou Histoire)			**Couverture valide** (Carte)		
	2010 (n=3530)	**2015** (n=6542)	**p**	**2010** (n=3530)	**2015** (n=6542)	**p**
VAT 1	90,5	93,3	0,0000	69,8	64,3	1,0000
VAT 2	79,2	85,6	0,0000	57,7	55,7	0,9733

Cette analyse montre que les couvertures brutes par carte ou histoire chez les mères d'enfants de 0 à 11 mois toutes doses confondues ont connu une augmentation significative (P=0,0000). Cependant, lorsqu'on s'en tient uniquement aux couvertures valides, les couvertures en VAT 1 et 2 ont plutôt régressé.

- **Comparaison des indicateurs de performance du PEV chez les mères, revues de 2010 et 2015**

Le tableau ci-après présente la situation de la performance du programme chez les mères d'enfants de 0 à 11 mois au cours des enquêtes de couverture vaccinale de 2010 et de 2015.

Tableau IX **:** Comparaison des indicateurs du PEV pour le VAT des mères entre les ECV 2010 et 2015 en CI (%)

	2010(n=3530)	**2015**(n=6542)	**p**
Couverture vaccinale antitétanique			
Mères ayant reçu au moins VAT2 valide (carte)	57,7	55,7	0,9733
Mères protégées contre le tétanos (carte)	61,4	65,5	0,0000
Enfants protégés à la naissance (carte)	52,8	60,7	0,0000
Respect du calendrier (doses non valides)			
Mères avec 1 dose non valide de VAT2 (carte)	2,0	1,7	0,8511
Accès au programme de vaccination			
Mères ayant reçu 1 dose VAT1 (carte ou histoire)	90,5	93,3	0,0000
Mères non vaccinées en VAT (carte ou histoire)	9,5	6,7	1,0000
Continuité du programme de vaccination			
Taux d'abandon VAT1-VAT2 (carte ou histoire)	12,6	8,5	1,0000
Présence de cartes de vaccination			
Mères ayant reçu au moins 1 VAT avec 1 carte	89,5	92,7	0,0000

De façon globale, les indicateurs de performance chez les mères d'enfants de 0 à 11 mois n'ont pas aussi connu de grandes variations. Les indicateurs ayant connu une amélioration significative sont :

- la proportion de mères protégées contre le tétanos ;
- la proportion d'enfants protégés à la naissance ;
- l'accès au programme ;
- la possession de documents de vaccination.

b) Couverture vaccinale et équité

Selon les résultats de la revue externe 2014

- 45,1% de garçons et 45,4% de filles sont complètement vaccinés.
- 51,5% des enfants vivant en milieu urbain contre 38,9% en milieu rural ont été complètement vaccinés.

- Les régions sud (65%), la ville d'Abidjan (56%), la région centre (53%) et la région centre nord (52%) ont enregistré les plus fortes couvertures vaccinales complètes. La région nord a enregistré la plus faible couverture vaccinale complète (25%).

Selon l'étude sur l'équité réalisée en CI en 2015

- 68% des filles sont à jour de leur vaccination par rapport aux garçons (63%).
- 54% des mères des enfants filles ont plus eu recours aux structures de santé malgré la distance (plus d'heure à pied pour rejoindre la structure de santé) que les mères de petits garçons.
- La proportion des enfants vaccinés est plus élevée (72%) parmi les mères âgées de 35 à 39 ans. Elle est beaucoup plus grande lorsque le niveau d'éducation de la mère augmente (100% pour le niveau supérieur d'éducation), et plus élevée en milieu urbain (78%).
- la proportion des enfants ayant leur vaccination à jour est plus élevée lorsque la mère n'exerce pas d'activité (68%).
- 9 % des populations dans les zones reculées ne sont pas atteints par la stratégie avancée de la vaccination.
- L'acte vaccinal est payant pour environ 36% pour les femmes enceintes et 28% chez les enfants avec des montants moyens de 200 FCFA.
- En termes d'accès aux soins, la petite fille et le petit garçon reçoivent les mêmes traitements dans toutes les communautés visitées.

2.1.1.3. INTRODUCTION DE NOUVEAUX VACCINS

De 2014 à 2015, la DCPEV a procédé à l'introduction des vaccins contre les infections à pneumocoque (PCV 13) et antipoliomyélitique Inactivé (VPI) dans le PEV, puis a démarré la phase de démonstration du vaccin contre le cancer du col de l'utérus.
Une campagne de vaccination contre la Méningite A a été réalisée dans la même période.

2.1.1.4. INTÉGRATION

L'intégration des activités de vaccination avec d'autres interventions se fait aussi bien en routine qu'au cours des activités de vaccinations supplémentaires. Jusqu'en 2015, il s'agit de l'administration de Vitamine A, la distribution des moustiquaires imprégnées, le déparasitage des enfants de plus d'un an et la recherche de rumeurs de cas de ver de guinée, les consultations foraines initiées en 2013.
Avec l'introduction des nouveaux vaccins, d'autres interventions sont en vues d'intégration.

2.1.1.5. ACTIVITÉS DE VACCINATION SUPPLÉMENTAIRES

En plus des activités de vaccination de routine, des activités de vaccinations supplémentaires sont organisées de façon préventive, ou lorsque la situation épidémiologique le commande.
Entre 2011 et 2015, le pays a organisé, dix-neuf (19) passages de journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, un (1) passage de vaccination contre la fièvre jaune, deux (2) campagnes contre la rougeole et une campagne locale de vaccination contre le MenAfrivac.

2.1.2. SURVEILLANCE ET CONTRÔLE DE LA MALADIE

2.1.2.1. ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE

La surveillance des maladies cibles du PEV est organisée de façon pyramidale à quatre niveaux :

- **Au niveau communautaire,** les agents de santé communautaires (ASC) ainsi que les praticiens de la médecine traditionnelle notifient aux infirmiers diplômés d'Etat (IDE) tous cas de maladie à potentiel épidémique. Ils sont pris comme des volontaires ou des bénévoles par le système.

- **Au niveau du centre de santé**, l'infirmier responsable de l'aire sanitaire est chargé de la détection, de la notification des cas suspects, des prélèvements et de leur acheminement au niveau district. Il fait le suivi des activités des ASC et praticiens de la médecine traditionnelle dans le cadre de la surveillance communautaire.

Au total, 1943 centres de santé public et privés sont impliqués dans la surveillance des maladies à potentiel épidémique.

- **Au niveau du district**, la surveillance est conduite par le Chargé de la Surveillance Epidémiologique (CSE) et le Coordonnateur PEV (CPEV). Ces acteurs effectuent des visites régulières de recherche active de cas de paralysie flasque aigüe, de cas suspects de rougeole, de cas suspect de fièvre jaune et de tétanos néonatales des structures privées et publiques.
  Dans le cadre de l'initiative mondiale pour d'éradication de la poliomyélite (l'IMEP), une priorisation des sites a été instituée.
  Il existe notamment 473 sites prioritaires de type1, 536 sites prioritaires de type 2 et 934 sites prioritaires de type 3.
  La fréquence des visites pour la recherche active est organisée de la façon suivante :
  - Priorité 1 : la visite est hebdomadaire ;
  - Priorité 2 : la visite est bimensuelle ;
  - Priorité 3 : la visite est mensuelle.

Il est à noter que l'activité de surveillance épidémiologique est menée sous la supervision du médecin-chef de district. En cas de suspicion d'épidémie, une investigation est conduite par l'équipe d'intervention rapide du district(EIRD).

- **Au niveau central**, il existe à la DCPEV un service chargé de la surveillance, composée de 12 personnes dont 4 médecins épidémiologistes, 5 infirmiers spécialistes, 1 secrétaire et 2 personnes ressources pour l'acheminement des échantillons au laboratoire.

  En plus de la DCPEV, la surveillance épidémiologie au niveau central est effectuée par l'INHP qui a mis en place un système d'alerte précoce pour la surveillance de la méningite, de la rougeole du choléra, fièvre hémorragiques.

  L'institut Pasteur de Cote d'Ivoire (IPCI) intervient à travers la réalisation de test de confirmation biologique des cas de maladies sous surveillance. Cette institution dispose d'un personnel qualifié et est équipée en appareils, en kit pour les différents diagnostics.
  Les échantillons en provenance des districts sont acheminés au laboratoire par la DCPEV après examen des fiches d'investigation individuelles.

La Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS) intervient dans la surveillance à travers les missions suivantes :

- Coordonner la mise en œuvre de la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Réponse (SIMR) ;
- Participer et coordonner en collaboration avec les services compétents, à la riposte en cas d'épidémie ;
- Participer au développement et à la révision des outils de collecte et de gestion des données sanitaires ;
- Elaborer et diffuser les bulletins épidémiologiques périodiques ;
- Participer à la formation des acteurs impliqués dans la surveillance épidémiologique ;
- Contribuer à la recherche d'opportunités de financement et d'appui technique en matière de surveillance épidémiologique ;

Le circuit de l'information et de transmission des prélèvements entre les différents niveaux se passe comme suit :

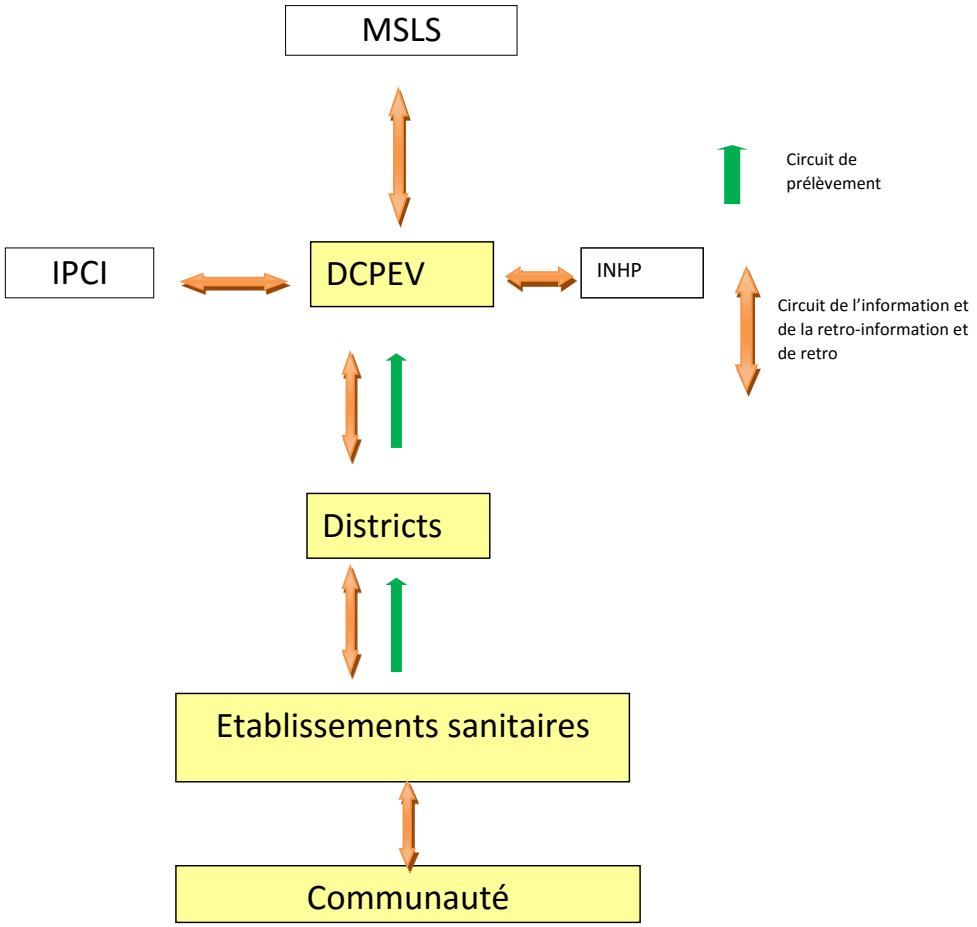


Figure 1 : Circuit de l'information et de transmission des prélèvements

2.1.2.2. RENFORCEMENT DE L'IMMUNITÉ DES POPULATIONS

Dans le cadre de la lutte accélérée contre la maladie, le renforcement de l'immunité se fait à travers la vaccination de routine qui couvre 10 maladies (rougeole, fièvre jaune tétanos néonatale, tuberculose, poliomyélite, hépatite b, Méningite à haemophilus influenzae b et à Pneumocoque, la diphtérie, la coqueluche).

Ces activités d'immunisation quotidienne sont organisées dans les établissements de premier contact en vue de protéger les enfants de 0 à 11 mois contre les maladies sus-citées.

Conformément aux stratégies proposées par les différentes initiatives d'accélération de la lutte contre la maladie, des activités de vaccination supplémentaires sont organisées. Il s'agit des campagnes de vaccination contre la rougeole, la fièvre jaune, la méningite et la poliomyélite.

Le suivi de la couverture vaccinale est fait comme suit :

- **Niveau des centres de vaccination,** la collecte des données se fait au niveau périphérique à partir des registres et les fiches de pointage et transmis au niveau district au plus tard le 05 du mois suivant.

- **Niveau District sanitaire**, la saisie, la compilation et l'analyse des données sont faites à partir de l'outil eDVD MT par le coordonnateur PEV qui les transmet au niveau région au plus tard le 10 du mois suivant. Cependant, il est à noter que l'analyse des données n'est pas systématique pour tous les districts.

- **Niveau région,** la compilation et l'analyse de la qualité des données sont faites et transmises au niveau central au plus tard le 15 du mois suivant.

- **Niveau central,** la compilation, l'analyse sont faites pour la prise de décision. Les résultats sont partagés avec les partenaires au plus tard le 30 du mois suivant.

Au cours de ces activités, une surveillance des MAPI est effectuée en vue de la documentation des cas. Un point focal est chargé de la notification de tous les cas de MAPI pendant les AVS contrairement aux activités de vaccination de routine.

Tableau X : Analyse de la situation par initiative accélérée contre les maladies.

		2011	2012	2013	2014	2015
Polio	Couverture VOP3	58%	99%	98%	85%	90%
	Taux de PFA non-polio pour 100 000 enfants de moins de 15 ans	5.3%	4.3%	4.9%	4.5%	3.6%
	Nombre de journées nationales de vaccination (JNV) et locales (JLV) Écart de couverture	7 JNV1 :98 JNV2 :100 JNV3 :104 JNV4 :101 JNV5 :102 JNV6 :102 JNV7 : 90	4 JNV1 :101 JNV2 :100 JNV3 :101 JNV4 :100	3 JNV1 : 100 JNV2 : 102 JNV3 : 101	3 JNV : 100 JNV : 101 JNV : 102	2 JNV : 100 JLV : 101
TMN	Couverture par TT2+	59%	97%	81%	77%	82%
	Pourcentage de la population cible protégée à la naissance contre le tétanos néonatal	68%	100%	85%	80%	84%
	Pourcentage des districts notifiant plus d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes	4%	11%	18%	15%	11%
	Y a-t-il eu des activités supplémentaires de vaccination ? (O/N)	N	N	N	N	N
	Morts néonatales notifiées et ayant fait l'objet d'une enquête	3	9	15	12	9
	Taux d'accouchements au sein d'une structure sanitaire					
Rougeole et rubéole	Couverture du vaccin contre la rougeole/rubéole* (1ère dose)	49%	94%	85%	72%	82%
	Couverture du vaccin anti-rougeole/rubéole (2e dose)	NA	NA	NA	NA	NA

		2011	2012	2013	2014	2015
	Nombre de flambées de rougeole/rubéole confirmées par laboratoire	0	0	0	0	0
	Étendue géographique des JNV Groupe d'âge Couverture	National 9-59 mois 95%	NA	NA	National 6mois-9ans 92%	NA
	Nombre total de cas de rougeole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	628	137	48	43	38
	Nombre total de cas de rubéole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	43	298	98	54	5
Fièvre jaune	Couverture de vaccination antiamarile	49%	90%	84%	58%	58%
	Nombre et pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect	87%	97.6%	98.78%	97.6	
	Une campagne de prévention a-t-elle été organisée ? (O/N)	N	O	N	N	N
Méningite épidémique	Couverture du vaccin méningococcique A	NA	NA	NA	104%	NA
Surveillance de routine	Pourcentage de rapports de surveillance des districts reçus au niveau national par rapport au nombre de rapports attendus (exhaustivité)	100%	100%	100%	100%	100%
	Taux de détection de cas de PFA chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants	5.3%	4.3%	4.8%	4%	3.6%
	Pourcentage de cas de rougeole suspectée pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé	100%	100%	100%	100%	100%
	Nombre de décès néonataux ayant fait l'objet d'une enquête de suivi	3	4	7	5	
	Plan de surveillance sentinelle établi pour le rotavirus	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	Plan de surveillance sentinelle établi pour la méningite (HiB/HPV)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	Pourcentage de cas de méningite suspectée qui ont fait l'objet de tests	0	0	0	0	0

		2011	2012	2013	2014	2015
	HiB/maladies pneumococciques conformément au protocole standard					
Contrôle de la couverture	Écart en pourcentage entre les chiffres de couverture par DTC3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	NA	NA		NA	
Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	100%	100%	100%	100%	100%
Manifestations indésirables	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête	0	0	0	0	2

*Le vaccin contre la rubéole n'est pas encore introduit dans le PEV de routine

Les faibles couvertures vaccinales en VPO3, VAT2+, VAR, VAA en 2011 pourraient s'expliquer par la situation de crise post-électorale qu'a connue le pays durant cette période. Pour y remédier des semaines d'intensification ont été menées avec succès de 2012 à 2014. Cependant cette performance n'a pu être maintenue en 2014 à cause des ruptures fréquentes des vaccins.

Au niveau national, en ce qui concerne les taux de PFA non polio, la quasi-totalité des districts ont atteint le niveau requis de 1 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. Cependant au niveau subnational on note des disparités intra district.
Par ailleurs on note une sous notification des décès néonataux.

Au cours des AVS organisées de 2011 à 2015 au plan national les couvertures vaccinales sont supérieures à 100% à l'exception du 1er et du dernier passage de 2011 avec des CV de 98% et 90%. En prélude à l'introduction de la méningite A dans le PEV de routine, une campagne de vaccination a été organisée en 2014 avec une couverture vaccinale de 104%.Cependant l'ensemble des acteurs ne sont pas formés à la surveillance au cas par cas pour la méningite.

Deux (2) cas de MAPI graves ont été notifiés en 2015 : un cas au cours de la campagne HPV dans le district de Yopougon-ouest et un cas dans le district de Sinfra lors de la vaccination de routine. Cependant cette surveillance des MAPI n'est pas systématique dans tous les districts.

2.1.3. APPROVISIONNEMENT EN VACCINS, QUALITÉ 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 rapportés et les objectifs nationaux inscrits dans le PPAC. 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 Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP), l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP) et des partenaires impliqués dans les activités de vaccination (OMS, UNICEF,HKI,AMP). La population cible utilisée dans l'estimation des besoins est issue des données du recensement général de la population (2014) actualisées chaque année par L'Institut National de Statistique '(INS).

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 sont transmis à l'UNICEF par la DCPEV. Les fonds de l'Etat pour l'achat des vaccins sont logés dans deux structures (DCPEV et INHP). Pour les fonds logés à la DCPEV, la majorité de la commande passe à la centrale d'achat de l'UNICEF à Copenhague et l'autre par une convention avec la NPSP. Jusqu'en 2014 pour la ligne budgétaire allouée à l'INHP, un appel d'offres qui réunit la Direction des Marchés Publics (DMP), la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML), le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP), la Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination (DCPEV) et l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) est organisé.au cours de l'analyse de l'appel d'offres, tous ces acteurs s'assurent que les vaccins retenus figurent sur la liste à jour des vaccins pré-qualifiés par l'OMS et sont munis de pastille de contrôle du vaccin (PCV).
Depuis 2015 les fonds destinés à l'achat des vaccins et consommables et logés à l' INHP sont transférés à la centrale d'achat de l'UNICEF à Copenhague.

Les problèmes de trésorerie de l'Etat (paiement avant service fait, les retards dans le décaissement) ainsi que des retards de dédouanement occasionnent des ruptures de stock qui sont décrites dans le tableau ci-dessous:

Tableau XI : Evolution du nombre de jours de rupture en dessous du stock de réserve au niveau central de 2012 à 2015

TYPE D'INTRANTS	DESIGNATION	NOMBRE DE JOURS DE RUPTURE en dessous du stock de réserve au NIVEAU CENTRAL			
		2012	2013	2014	2015
ANTIGENES	BCG	0	60	122	102
	VAR	0	92	150	0
	VAA	0	110	180	105
	VAT	0	50	180	0
	DTC-HEP-HIB	--	-	210	0
	PCV13			0	
	VPO	0	61	122	0
CONSOMMABLES	SAB BCG	2	122	210	0
	SAD 2 ml	10	61	120	0
	SAD 5ml	-	-	270	0
	SAB 0.5 ml	-	-	225	0
	BS	-	-	90	0
	COTON	10	245	0	0

Les dons de vaccins au pays par les partenaires (GAVI, UNICEF et OMS), se font à travers l'UNICEF. Les vaccins et consommables du PEV sont réceptionnés au niveau central par l'INHP et la DCPEV. Cette réception fait l'objet d'un rapport rédigé et signé à l'attention des fournisseurs. Les vaccins et consommables reçus sont distribués selon le schéma suivant :

- au niveau régional, les antennes INHP et certains districts contigus sont ravitaillés chaque trimestre par le niveau central
- au niveau district, l'approvisionnement se fait chaque mois à l'antenne régionale de l'INHP
- au niveau centre de santé, l'approvisionnement se fait chaque mois au dépôt de district.

La distribution est schématisée comme suit :

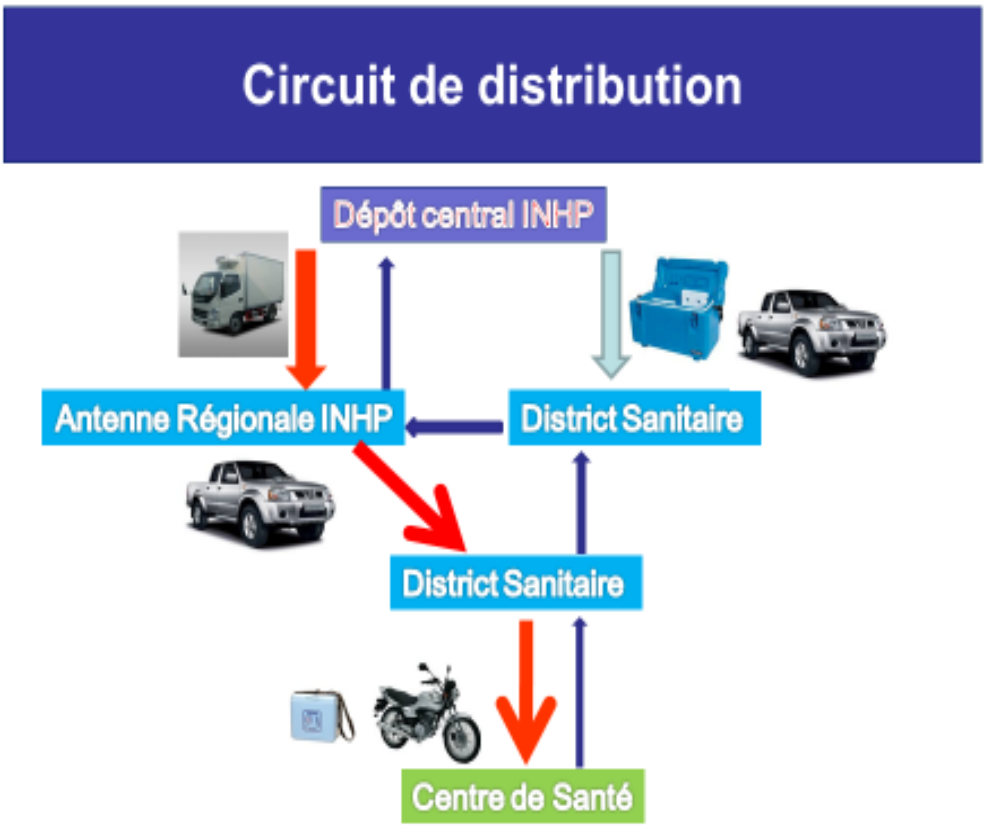


Figure 2 : Circuit de distribution des vaccins et consommables

b) Gestion des vaccins et consommables

Au niveau central,

Les systèmes de gestion sont :

- Le Système Intégré de Gestion Logistique pour la Santé (SIGLOGS) pour l'enregistrement des intrants du PEV depuis 2005. Ce logiciel continue d'être renseigné en parallèle avec le SMT
- depuis 2007, Stock Management Tool (SMT) est utilisé pour la gestion des intrants. A cet effet, les logisticiens ont été formés en 2007.
- les registres et les fiches de stock manuels utilisés en parallèle avec le système informatique.
- les bons de commande manuels et les bons de livraison électroniques émis

Au niveau régional,

- le SMT n'est pas utilisé au niveau des antennes compte tenu de l'inexistence des ordinateurs.
- les registres et les fiches de stock pour l'enregistrement manuel sont utilisés.

Au niveau district,
Les registres, les bons de commande et des fiches de stock sont utilisés pour la gestion manuelle des stocks

Au niveau centre de santé,

- les registres, les bons de commande et des fiches de stock sont utilisés pour la gestion manuelle des stocks

A Tous les niveaux le système, 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), fabricant, conditionnement. Il existe des registres et des fiches de stock pour l'enregistrement manuel. 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 et archivé.

c) La sécurité des injections et gestion des déchets

Pour la sécurité des injections, le programme de vaccination de Côte d'Ivoire a introduit des seringues autobloquantes pour les activités de vaccination depuis 2000. Des boîtes de sécurité sont utilisées pour la récupération des seringues usagées issues des activités de vaccination.
Un Plan National de Gestion des Déchets Biomédicaux (PNGDM) pour la période 2009-2011 a été élaboré. A cet effet, on note au niveau national l'existence de dix (10) incinérateurs pyrolytiques de 12 kg/h construits et un incinérateur de grande capacité (250 kg/h) est en cours de construction à Abobo dans le district autonome d'Abidjan.
En vaccination de routine, les boîtes de sécurité collectées au niveau des centres de santé sont détruites sur site ou acheminées au district pour élimination. Quelques-uns des centres hospitaliers sont dotés d'incinérateurs médicaux. Compte tenu de l'insuffisance et du non fonctionnement des incinérateurs existants, on constate que les centres de santé et les districts détruisent les déchets par brûlage ou enfouissement.
Au cours des Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS), les capacités de destruction des incinérateurs existants étant insuffisantes pour la prise en compte des déchets produits sur une période convenable, les boîtes de sécurité produites et collectées au niveau des sites de vaccination sont stockées temporairement au niveau des dépôts de districts. Ces déchets sont transférés vers des sites industriels possédant de grande capacité de destruction.

d) Chaîne du froid

La capacité de stockage nationale se présente comme suit :

Au niveau central,

La DCPEV dispose de 3 chambres froides négatives de 20 m^3 chacune, 1 chambre froide positive de 40 m^3, 1 chambre froide positive de 20 m^3 et 1 chambre froide positive de 30 m^3. En outre, la NPSP dispose d'une chambre froide positive de 200 m^3 qui accroît au plan national la capacité de stockage en cas de besoin.
Dans le processus de renforcement des capacités de stockage, 10 chambres froides positives de 40 m^3 chacune et une chambre froide mixte de 25 m^3 sont en cours d'installation.

Au niveau régional,

Il existe 10 antennes régionales avec les capacités suivantes :
- antennes INHP Abengourou, Bondoukou, Bouaké, Gagnoa, Korhogo, Man, Odienné ; chambre froide positive de 8 m^3 chacune et chambre froide négative de 20 m^3 chacune en dehors des antennes de Gagnoa, Bondoukou et Odienné
- Antennes INHP de San Pedro : 1 chambre froide positive de 12 m^3, 1 chambre froide de 40 m^3 et 3 chambres froides négatives de 20 m^3 chacune
- Antenne de Daloa : chambre froide positive de 12 m^3 et chambre froide négative de 20 m^3 chacune
- antenne INHP de Yamoussoukro : chambre froide positive de 40 m^3 et chambre froide négative de 20 m^3

En dehors des antennes de San Pedro et de Yamoussoukro, la capacité actuelle est insuffisante pour la vaccination de routine à tous les niveaux depuis l'introduction des vaccins contre le pneumo (PCV13) en 2014 et le VPI en 2015.

Dans le processus de renforcement des capacités de stockage, 7 chambres froides positives de 30 m^3 chacune sont en cours d'installation.

L'inventaire des équipements de CDF et matériels roulants réalisé en février 2013 au niveau districts et centres de santé a recensé ce qui suit :

Au niveau district :

- 82 dépôts, les équipements utilisables pour le PEV sont au nombre de
- 114 545 équipements dont les plus importants sont 437 réfrigérateurs, 171 congélateurs, 1539 glacières, 32 876 portes vaccins.
- 9% de ces équipements ont plus de 10 ans d'âge, avec 99,75% fonctionnels et 14,36% à reformer.

Le taux de conformité de l'ensemble de ses équipements avec la norme en matière d'équipement PEV est établi à 66,4%.

Au niveau centre de santé,
Chaque centre dispose d'un réfrigérateur, d'au moins de dix accumulateurs de 0,3 litres, de 25 accumulateurs de 0,6 litres, 2 porte-vaccins et d'une glacière.

- Maintenance des équipements CDF et des infrastructures

Insuffisance d'infrastructures pour abriter les équipements CDF et les consommables.
La maintenance préventive et curative des équipements est contractualisée à tous les niveaux .Les contrats sont renouvelés chaque début d'année. Malgré cela des problèmes de maintenance persistent pour cause de :

- Insuffisance de suivi
- Retard de paiement de facture
- Ligne budgétaire insuffisante

e) Transport

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

Au niveau central,
La distribution des vaccins est assurée par 7 camions frigorifiques. Le transport des consommables se fait grâce à 2 camions utilitaires. En outre 10 véhicules de type 4x4 sont utilisés pour les autres activités

Au niveau régional,
La distribution des vaccins et consommables est passive. Les districts viennent s'approvisionner mensuellement aux antennes INHP à l'aide des véhicules mis à leur disposition.
Les Directions Régionales disposent d'au moins un véhicule de supervision et les 20 CSE Régionaux disposent d'une moto.

Au niveau district,
Les districts sanitaires viennent s'approvisionner mensuellement aux antennes INHP à l'aide des véhicules de type 4x4.
L'inventaire a montré une disponibilité de 126 véhicules pour la supervision et l'approvisionnement en vaccins et 167 motos.

Au niveau centre de santé,
Les centres de santé viennent s'approvisionner mensuellement aux districts à l'aide de motos.
L'inventaire actualisé en 2015 montre que les districts et centres de santé disposent de 803 motos fonctionnelles.

Il faut aussi souligner qu'il n'existe pas de plan national de maintenance du matériel roulant.
Toutes ces données sont tirées du plan de renouvellement réalisé en 2013 et actualisé en 2015.

f) Formations/Supervisions

Depuis 2010, les différents acteurs de la gestion des données ont été formés à l'utilisation de l'outil DVD MT dans sa version originale.
En 2015, les capacités des dits acteurs ont été renforcées pour l'utilisation de la version électronique du DVD MT (eDVD MT).
L'Etude relative à la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) réalisée en 2015 a relevé que 60% des CPEV ont reçu une formation formelle.

2.1.4. GÉNÉRATION DE LA DEMANDE ET 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 l'Hygiène Publique.

a) Acteurs pour la communication

Au niveau central, le personnel actuel du service Communication de la DCPEV au nombre de 4 a reçu une formation en Communication pour le Développement (C4D). Cependant, ce personnel reste insuffisant par rapport à la charge de travail.

Au niveau régional, les ressources humaines en communication sont inexistantes.

Au niveau de chaque district sanitaire, il existe un point focal communication. Selon la revue externe du PEV 2015, 93% de ces points focaux ont reçu une formation de base en communication.
Par ailleurs les points focaux de communication de 30 districts sanitaires à haut risque de polio ont été formés en communication interpersonnelle.

Au niveau communautaire, les agents de santé communautaires de même que les accoucheuses traditionnelles sont des personnes qui sont le plus en contact avec les mères. Les ASC ne disposent pas des contenus de message suffisants pour donner les informations de base sur la vaccination,

notamment le calendrier vaccinal. Ils ne sont pas non plus suffisamment équipés en supports éducatifs spécifiques au PEV.

Il existe un partenariat fonctionnel avec la Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire (FENOSCI), qui se compose de 216 organisations dont 26 appuient le PEV dans la promotion de la vaccination de routine dans les districts à faible performance. A travers ce partenariat les actions des ONG ont contribué à l'amélioration de la couverture vaccinale dans lesdits districts. Le partenariat avec les ONG locales doit être renforcé pour améliorer la demande communautaire de la vaccination
Il faut aussi noter la participation de HKI, de l'Alliance des Religieux pour la lutte contre le SIDA et les Autres Pandémies (ARSIP) à la promotion de la vaccination à travers les PFE.
Les comités de gestion ont été mis en place depuis 1993 pour la gestion participative de la structure de santé. En milieu urbain, le COGES est présidé par le Préfet et la communauté est représentée à travers des élus des collectivités décentralisées. En zone rurale, chaque localité appartenant à l'aire de santé est représentée par un membre. Les COGES constituent des sources potentielles pour la promotion de la vaccination au sein des communautés. Cependant ils demeurent insuffisamment sollicités

b) Approches innovantes de communication

Au nombre des initiatives prises pour accroître la demande communautaire de la vaccination figurent, le projet rappel des rendez- vous de vaccination par la téléphonie mobile « Rappel SMS » et l'initiative ''un parrain pour cent enfants à vacciner'' qui consiste en la sensibilisation des parents et en la recherche active des perdus de vue par des membres de la communauté
Le projet « Rappel SMS » est actuellement mis en œuvre dans 3 districts sanitaires tandis que l'Initiative « 1 parrain pour 100 enfants à vacciner» l'est dans 27 districts sanitaires.

c) Sources d'information sur le PEV

D'après les résultats de la recherche menée dans le cadre de la Revue Externe du PEV 2015, le plus grand nombre de parents (45,63%) reçoit des informations sur la vaccination par le canal des agents de santé, après viennent les ASC (27,14%) et la télévision 16,72%), suivi de la radio (7%) et les époux (6%). S'agissant de la télévision, on note qu'en général, elle ne parle de vaccination que lors des Journées nationales de vaccination (JNV) ou lors des campagnes de masse.

d) Données CAP

Les données de l'enquête 2015 montrent que seuls 12,77% de parents savent le nombre de fois qu'une femme enceinte doit se présenter à la vaccination pour être complètement vaccinée. Bien que faible, ce taux reste plus élevé que celui enregistré lors de la Revue externe de 2010 (7%). Une faible proportion d'enquêtés (6,15%) sait le nombre de doses qu'une femme enceinte doit recevoir pour être complètement vaccinée.
La moitié des parents (50.40%) sait qu'un enfant doit recevoir sa première dose de vaccin à la naissance. Comparativement à 2010, ce taux est en légère hausse (50,40% contre 48%). Plus du quart des parents (28.72%) dit qu'à 9 mois, l'enfant doit avoir reçu toutes ses doses de vaccins.
Selon 27,99% des répondants, il existe des rumeurs qui les empêchent de se faire vacciner ou de vacciner leur enfant.
Selon la majorité des parents (80.20%), la fièvre est l'effet secondaire majeur que l'on peut avoir chez une personne après une vaccination.
Face aux effets secondaires après l'administration d'un vaccin, la majorité des parents (61%) disent donner de l'aspirine/Paracétamol.
La majorité des parents (89,97%) dit recevoir un bon accueil dans les centres de vaccination.
Les époux encouragent dans leur majorité (71.56%) leurs épouses aux séances de vaccination.

e) Raisons de non vaccination

Les principales raisons de non vaccination sont le manque d'information dans 39% des cas, la question de motivation des mères dans 35% et les obstacles liés aux services de vaccination représentaient dans 20% des cas.

2.1.5. GESTION DE PROGRAMME

La gestion du programme de vaccination est assurée par deux entités différentes à savoir la DCPEV et l'INHP. Depuis 2006, les revues du PEV ont successivement recommandé la révision des textes de ces deux institutions afin de responsabiliser une seule institution dans la gestion du PEV. Le texte qui organise la DCPEV a été révisé conformément aux recommandations de la revue 2006. Mais celui de l'INHP n'a pas été revu. Les 2 entités assurent la commande et la gestion des stocks de vaccins et aucune disposition réglementaire ne vient clarifier les responsabilités respectives. Cette situation est perçue comme une faiblesse et ne permet pas une bonne maitrise de la gestion des stocks et un bon monitorage de la qualité des vaccins du PEV de routine.

a) Aspects institutionnels

1. Coordination

L'une des recommandations du Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 (GVAP) pour les Etats est d'instaurer et poursuivre l'engagement en faveur de la vaccination. Cet engagement se mesure entre autres par la prise de dispositions législatives ou réglementaires en faveur de la vaccination et la sécurisation des ressources y afférant. En conséquence, de plus en plus de pays s'engagent à voter des lois sur la vaccination et à créer des lignes budgétaires pour l'achat des vaccins dans leurs budgets nationaux.
Selon la revue externe 2015 il n'existe pas de politique nationale de vaccination pour réglementer la vaccination en général, mais plutôt quelques directives spécifiques à certains actes pour la mise en œuvre des activités de vaccination (directives sur la politique de flacon entamé, sur la gestion des vaccins, prestations vaccinales lors de l'introduction de nouveaux vaccins, etc. …). Il n'existe pas non plus de loi sur la vaccination. Des efforts devront être entrepris pour la mise en œuvre des recommandations du GVAP.
Par contre, la revue a confirmé l'engagement des autorités en Côte d'Ivoire pour conduire les interventions en faveur du PEV qui se traduit par la régularité de la dotation du PEV en crédits budgétaires dédiés à l'achat de vaccins et au fonctionnement du programme ainsi que par la prise en compte des priorités du PEV dans les différents documents stratégiques nationaux tels que le Plan National de Développement, le Plan National de Développement Sanitaire et le Cadre de Dépenses à Moyen Terme.
Cet engagement est également marqué par le nombre et la qualité des organes de coordination du programme. En effet, il existe différentes instances de coordination pour la mise en œuvre des activités du PEV. Ce programme est sous la supervision de la Direction Générale de la Santé à qui le programme doit rendre compte de son fonctionnement en lui adressant un rapport d'activités trimestriel.
Les autres instances de coordination en dehors des structures étatiques restent le CCIA et le Groupe Thématique Restreint. Les missions du CCIA sont les suivantes :

- Approuver le plan d'action de l'année en cours proposé par la DCPEV et l'INHP
- Faire le suivi de la mise en œuvre des activités de vaccination programmées
- Emettre un avis sur le fonctionnement de la DCPEV
- Emettre un avis sur le projet de budget de la DCPEV financé par le BGE et les partenaires et d'en suivre l'exécution
- Examiner et approuver le rapport annuel de la DCPEV établi par le Directeur Coordonnateur du Programme

Le CCIA tient régulièrement ses réunions et celles-ci sont préparées par le GTR. Le GTR qui est sensé discuter des questions techniques et trouver des solutions, fonctionne finalement comme un CCIA bis.
La DCPEV bénéfice en outre de l'appui du Comité National des Experts Indépendant pour la Vaccination en Côte d'Ivoire (CNEIV-CI) depuis 2009, du Comité National des Experts Polio (CNEP) et du Comité National de Certification (CNC) depuis 2001.
Au niveau de la coordination interne de la DCPEV, la revue 2015 a mis en évidence une insuffisance de partage d'informations entre services, le non-respect des attributions des services, une insuffisance de la documentation et de l'archivage des activités réalisées, une absence d'un système d'évaluation du personnel et une absence de manuel de procédure de gestion administrative et financière ;
La coordination des activités du PEV au niveau opérationnel est du ressort des directions régionales et départementales de la santé, qui ont à charge de développer les plans opérationnels régionaux et

départementaux et d'en assurer la mise en œuvre et le suivi. Les 20 régions sanitaires disposent toutes d'une équipe régionale de santé fonctionnelle. Il existe aussi à ce niveau les comités régionaux de lutte contre les épidémies présidés par les préfets, qui servent de cadre de coordination des activités de vaccinations supplémentaires. Les 82 districts sanitaires du pays disposent tous d'équipes cadre de district (ECD) fonctionnelles.
A ce niveau la revue externe a relevé que l'appui apporté par l'équipe de la région aux districts sanitaires par le niveau régional reste insuffisant, contraignant parfois le niveau central à intervenir directement au niveau district (supervisions des districts) voire au niveau centre de santé (3,7% des centres de santé directement supervisés par le niveau central). Elle a en outre, relevé une tenue irrégulière des réunions de coordination entre les directions régionales et les districts sanitaires.
Au niveau district, l'on a noté une insuffisance de la tenue des réunions de coordination avec 48,15% des districts qui ont réalisés au moins une réunion mensuelle avec les établissements sanitaires et seulement 29,62% qui ont tenus régulièrement des réunions mensuelle de l'ECD.

2. Ressources humaines

L'arrêté n°254 MSHP/CAB du 10 septembre 2007 portant organisation et fonctionnement du Programme Elargi de Vaccination prévoit un poste de Directeur coordonnateur adjoint qui assiste le Directeur coordonnateur dans l'accomplissement des missions assignées au programme et également assure son intérim en cas d'absence. Ce texte prévoit 7 postes de chargés d'études pour l'animation des différents services du programme dont un en charge de la logistique. Depuis 2014 La DCPEV est rattachée à la Direction Générale de la Santé par le décret n° 2014 – 554 du 1er octobre 2014. En 2015, l'effectif de la DCPEV était de 70 personnes. La répartition par service et par année se présente comme suit :

Tableau XII : Répartition des ressources humaines du PEV en fonction des services et par année

	2011	2012	2013	2014	2015
Direction	6	4	5	6	5
Suivi et études	5	7	6	6	6
SAF	7	9	10	7	12
Projets et Planification	4	4	4	3	3
Logistique	16	16	16	16	19
Prestation	5	5	5	5	5
Surveillance Epidémiologique	18	12	12	12	14
Communication	6	6	6	6	6
Total	**67**	**63**	**64**	**61**	**70**

Tout ce personnel concoure à une gestion efficiente du programme. Bien que le programme semble étoffé en termes d'effectifs, la répartition du personnel entre les différents services doit être améliorée afin d'atteindre le fonctionnement optimum du PEV. En 2015 les services les plus fournis en personnel étaient par ordre décroissant le service logistique (27%), le service de la surveillance épidémiologique (20%) et le service financier et administratif (17%). Le service le moins nantis était le service projets et planification (4%).
En plus de la répartition inégale des agents entre les services, le programme est confronté à une forte mobilité de son personnel qualifié. La revue a mis en exergue une démotivation du personnel.
Au niveau intermédiaire, les personnes intervenant dans la gestion du PEV sont les Directeurs régionaux de la santé. Ils sont appuyés dans leurs tâches par des chargés de surveillance épidémiologique (CSE), qui pour la plupart sont des infirmiers spécialistes en Santé Publique. La gestion des vaccins à ce niveau est assurée par 10 techniciens supérieurs en logistique, pour les 10 régions sanitaires disposant d'une antenne INHP. Les services chargés de l'information sanitaire au niveau régional sont peu fonctionnels et insuffisamment dotés en ressources humaines, de sorte que cette fonction est dévolue au CSE régional.
Au niveau périphérique, les personnes impliquées dans la gestion du PEV sont le médecin chef du district (MCD), le médecin chef d'action sanitaire, le CPEV, le CSE et le point focal communication. Si

depuis leur création, les districts sanitaires sont pourvus en MCD, CSE et CPEV, c'est seulement en 2012 que des médecins chef d'action sanitaire et des points focaux communication ont été mis en place. Par ailleurs, l'arrêté 400/MSHP/Cab portant attribution et fonctionnement des DDS du 18 décembre 2007 ne mentionne pas les attributions et les missions du CPEV.

Les personnels PEV des centres de santé sont des infirmiers/sages-femmes en milieu rural et des médecins généralistes en milieu urbain. Ils sont chargés de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des activités de vaccination au niveau opérationnel.

En 2015, les 1919 centres de vaccination sont tenus par les infirmiers ou sages-femmes.

La charge de travail lors des périodes d'affluence en milieu rural emmène l'infirmier à déléguer l'acte vaccinal aux ASC.

En conséquence, les besoins en renforcement de capacité sont devenus pressants à tous les niveaux.

3. Cadre de planification, de supervision et de monitorage

Le cadre de planification et de monitorage des activités du PEV existe et est pas opérationnel mais ces plans ne sont pas élaborés dans une perspective d'intégration des activités de la mère et de l'enfant. L'Intégration est la possibilité de pouvoir mener plus d'une intervention dans le même temps pour le même individu. C'est seulement au cours des activités de vaccination supplémentaire que l'intégration est faite à ce jour. Il serait utile de procéder à la planification des conjointes des activités liées à la vaccination de routine pour optimiser les ressources (humaines, matérielles et financières).
De façon générale, **l**es plans d'action annuels du PEV sont élaborés par la DCPEV en collaboration avec les autres services techniques du ministère en charge de la santé et les partenaires au développement. Ces différents documents sont validés par le CCIA.
Au niveau régional et district, des plans d'action intégrant la vaccination sont élaborés selon les orientations nationales. Cependant l'auto évaluation de la qualité des données de 2015 de la DCPEV a montré que 10% de régions sanitaires ne disposent pas d'un plan d'action intégrant le PEV.
Au niveau des districts sanitaires, seuls 53% des districts disposent des micro plans PEV des centres de santé (revue 2015).
Le suivi des activités aux différents niveaux se fait à travers des réunions de monitorage qui se tiennent tous les 3 mois au niveau central et régional et tous les 2 mois au niveau district. Les supervisions des régions et districts sanitaires sont planifiés tous les 3 mois et tous les mois en direction des gestionnaires PEV des centres de santé. Pour l'année 2013, la DCPEV a conduit une visite de supervision dans dix régions sanitaires et vingt districts sanitaires.

L'analyse de la gouvernance interne de la DCPEV a montré un certain nombre d'insuffisances notamment : (i) insuffisance de partage d'informations entre services ; (ii) non-respect des attributions des services ; (iii) insuffisance de la documentation et de l'archivage des activités réalisées et (iv) absence d'un système d'évaluation du personnel (revue externe 2015).

Au niveau régional, l'appui apporté par l'équipe de la région aux districts sanitaires reste insuffisant, contraignant parfois le niveau central à intervenir directement au niveau district (supervisions des districts) voire au niveau centre de santé (3,7% des centres de santé directement supervisés par le niveau central). En outre, la revue a relevé une tenue irrégulière des réunions de coordination entre les directions régionales et les districts sanitaires.

Au niveau district, l'on a noté également une insuffisance de la tenue des réunions de coordination avec 48,15% des districts qui ont réalisés au moins une réunion mensuelle avec les établissements sanitaires et seulement 29,62% qui ont tenus régulièrement des réunions mensuelle de l'ECD.

Concernant la supervision des Directions régionales, son niveau de réalisation par la DCPEV était insuffisant. En effet en 2015, aucune des supervisions planifiées dans le plan d'action de la DCPEV, n'a pas pu être réalisée par faute de décaissement des ressources financières pourtant disponibles au niveau de la DCPEV. En effet depuis 2014, GAVI a mis à la disposition du pays des ressources nécessaires pour le financement des activités de supervision. Ce financement a été renforcé en 2015 à travers la feuille de route de l'approche taillée sur mesure[5] appliquée à la Côte d'Ivoire. Cependant toutes les régions sanitaires ont été supervisées au moins une fois dans le cadre de la supervision

[5]Approche taillé sur mesure : flexibilité accordé aux pays fragiles (pays en situation de crise ou sortie de crise) par GAVI pour faciliter l'utilisation des soutiens de GAVI

intégrée réalisée par la Direction générale de la santé et 15 districts sanitaires sur 82 ont été supervisés avec l'appui technique et financier de l'AMP.

Au niveau intermédiaire, les Directions régionales n'ont pas pu réaliser le nombre de supervision requis. Seulement 46,67% des districts sanitaires ont reçu les 4 visites de supervision de leur direction régionale, tandis que 3,33% des districts n'ont pas été supervisés en 2014 (source revue externe 2015).

Le niveau district a enregistré le plus fort taux de réalisation de supervision avec 72,79% des supervisions planifiées à l'attention des centres de vaccination qui ont été réalisées. Alors que 85% des centres de vaccination ont été supervisés au moins une fois au cours de l'année 2014, 15% de santé de santé n'ont pas du tout été supervisés. Malgré cela peu de centres de vaccination supervisée ont reçu le rapport de supervision (26,67%).

Depuis le 2ème semestre 2013, le programme a institué des réunions trimestrielles de validation des données de vaccination avec les acteurs du niveau régional et district, eu égard aux problèmes relevés lors de l'audit interne de la qualité des données.

- **Législation et règlementation**

La revue externe du PEV 2015 a relevé un engagement politique des autorités en Côte d'Ivoire pour conduire les interventions en faveur du PEV. Cet engagement se traduit par (i) la mise en place du Programme Elargi de Vaccination, (ii) la dotation du PEV en crédits budgétaires dédiés à l'achat de vaccins et (iii) la prise en compte du PEV dans les différents documents stratégiques du pays tels que le DSRP, le PND, le PNDS et le CDMT.
La DCPEV est directement rattachée à la Direction Générale de la Santé (Annexe : Décret n°2014-554 du 1er octobre 2014 portant organisation du MSLS). Cette réorganisation au niveau du MSHP a permis entre autres de réduire le délai de traitement des correspondances et dossiers de la DCPEV.
La DCPEV bénéficie également de l'assistance de l'Agence Nationale de Régulation à travers la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML) dans l'introduction de nouveaux vaccins ainsi que du suivi des vaccins traditionnels. Cette assistance concerne les fonctions suivantes :

- Examen du dossier chimie-fabrication-contrôle (CFC) ;
- Evaluation de la conformité aux bonnes pratiques de fabrication (BPF), des installations et des procédures de fabrication ;
- Suivi post-commercialisation ;
- Examen continu des variations et des changements soumis au dossier d'enregistrement du produit

- **Politique**

Selon la revue externe 2015 il n'existe pas de politique nationale de vaccination pour réglementer la vaccination, mais il existe des directives pour la mise en œuvre des activités de vaccination (directives sur la politique de flacon entamé, sur la gestion des vaccins, prestations vaccinales lors de l'introduction de nouveaux vaccins, etc. …). Il n'existe pas également une loi sur la vaccination en Côte d'Ivoire.

- **Planification**

Les plans d'action annuels du PEV sont élaborés par la DCPEV en collaboration avec les autres services techniques du ministère en charge de la santé et les partenaires au développement. Ces différents documents sont validés par le CCIA.
Au niveau régional et district, des plans d'action intégrant la vaccination sont élaborés selon les orientations nationales. Cependant l'auto évaluation de la qualité des données de 2015 de la DCPEV a montré que 10% de régions sanitaires ne disposent pas d'un plan d'action intégrant le PEV.
Au niveau des districts sanitaires, seuls 53% des districts disposent des micro plans PEV des centres de santé (revue 2015).

- **Coordination**

Au niveau central, la coordination technique est assurée par deux entités :

- La Direction de coordination du Programme Elargi de Vaccination (DCPEV), a en charge la coordination des opérations techniques du programme. Elle en assure la planification stratégique, opérationnelle et les programmations trimestrielles des activités, ainsi que le suivi de l'exécution des différents plans.
- L'INHP dont le décret portant création lui confère aussi la Direction technique nationale du PEV (Décret n° 91-656 du 9 octobre 1991 portant création de l'Institut National d'Hygiène Publique, en son article 3 alinéa 3).

Cette disposition est identique aux missions de la Direction de coordination du PEV qui assure la gestion administrative, technique et financière du programme. Aucune disposition réglementaire ne vient clarifier la responsabilité de la commande et la gestion des stocks de vaccins.

La Direction de Coordination du PEV bénéficie de l'appui des instances de coordination (Comité de Coordination Inter Agence (CCIA), Groupe Technique Restreint (GTR)) dont le fonctionnement est effectif avec la tenue régulière des réunions ordinaires.
La DCPEV est également appuyée par le Comité National des Experts Indépendant pour la Vaccination en Côte d'Ivoire (CNEIV-CI) depuis 2009, du Comité National des Experts Polio (CNEP) et du Comité National de Certification (CNC) depuis 2001. Pour l'année 2015, ces différents groupes consultatifs se sont réunis respectivement 4 fois pour le CNEIV-CI, 3 fois pour le CNEP et le CNC. Par ailleurs un comité national de confinement a été mise en place dans le cadre des nouvelles orientations de la lutte contre la poliomyélite.
La coordination des activités du PEV au niveau opérationnel est du ressort des directions régionales et départementales de la santé, qui ont à charge de développer les plans opérationnels régionaux et départementaux et d'en assurer la mise en œuvre et le suivi. Les 20 régions sanitaires disposent toutes d'une équipe régionale de santé fonctionnelle. Il existe aussi à ce niveau les comités régionaux de lutte contre les épidémies présidés par les préfets, qui servent de cadre de coordination des activités de vaccination supplémentaires. Les 82 districts sanitaires du pays disposent tous d'équipes cadre de district (ECD) fonctionnelles.
Le suivi des activités aux différents niveaux se fait à travers des réunions de monitorage qui se tiennent tous les 3 mois au niveau central et régional et tous les 2 mois au niveau district. Les supervisions des régions et districts sanitaires sont planifiés tous les 3 mois et tous les mois en direction des gestionnaires PEV des centres de santé. Pour l'année 2013, la DCPEV a conduit une visite de supervision dans dix régions sanitaires et vingt districts sanitaires.

L'analyse de la gouvernance interne de la DCPEV a montré un certain nombre d'insuffisances notamment : (i) insuffisance de partage d'informations entre services ; (ii) non-respect des attributions des services ; (iii) insuffisance de la documentation et de l'archivage des activités réalisées et (iv) absence d'un système d'évaluation du personnel (revue externe 2015).

Au niveau régional, l'appui apporté par l'équipe de la région aux districts sanitaires reste insuffisant, contraignant parfois le niveau central à intervenir directement au niveau district (supervisions des districts) voire au niveau centre de santé (3,7% des centres de santé directement supervisés par le niveau central). En outre, la revue a relevé une tenue irrégulière des réunions de coordination entre les directions régionales et les districts sanitaires.

Au niveau district, l'on a noté également une insuffisance de la tenue des réunions de coordination avec 48,15% des districts qui ont réalisés au moins une réunion mensuelle avec les établissements sanitaires et seulement 29,62% qui ont tenus régulièrement des réunions mensuelle de l'ECD.

La collaboration entre la DCPEV et les autres programmes de santé (Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Programme National de Nutrition (PNN), Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU), …), les Établissements Publics Nationaux (INHP, IPCI) et les Directions centrales (DPPEIS, DIEM,…) s'est traduite par la réalisation d'activités intégrées.
Il s'agit entre autres de :

- La réalisation des examens biologiques dans la surveillance des maladies avec l'IPCI,
- L'approvisionnement et distribution des vaccins et consommables au niveau régional avec l'INHP ;
- L'autorisation de mise sur le marché de nouveaux vaccins avec la DPML ;
- Les passations de marchés pour les vaccins et consommables avec la NPSP
- Le renouvellement du matériel roulant et CDF avec la DIEM.

b) Gestion des ressources humaines

- **Effectifs des ressources humaines**

Au niveau central, la Direction de coordination du programme est composée par un personnel technique ci-après:

- 15 médecins et pharmaciens; 12 infirmiers et sages-femmes ; 4 logisticiens ; 1 communicateur, 2 administrateurs, 2 attachés administratifs et 1 attaché des finances, 1 adjoint administratif et, 2 secrétaires administratifs, 3 comptables, 5 secrétaires et de 7 chauffeurs.

Cependant l'on observe une grande mobilité de ce personnel qui est fortement sollicité au niveau international. Malgré un effectif important, très peu de personnes participent à la conception des activités. Dans la gestion du personnel l'on note une absence d'acte de nomination pour certains responsables de service (revue externe 2015).
Au niveau intermédiaire, les personnes intervenant dans la gestion du PEV sont les Directeurs régionaux de la santé. Ils sont appuyés dans leurs tâches par des chargés de surveillance épidémiologique (CSE), qui pour la plupart sont des infirmiers spécialistes en Santé Publique. La gestion des vaccins à ce niveau est assurée par 10 techniciens supérieurs en logistique, pour les 10 régions sanitaires disposant d'une antenne INHP. Les services chargés de l'information sanitaire au niveau régional sont peu fonctionnels et insuffisamment dotés en ressources humaines, de sorte que cette fonction est dévolue au CSE régional.
Au niveau périphérique, les personnes impliquées dans la gestion du PEV sont le médecin chef du district (MCD), le médecin chef d'action sanitaire, le CPEV, le CSE et le point focal communication. Si depuis leur création, les districts sanitaires sont pourvus en MCD, CSE et CPEV, c'est seulement en 2012 que des médecins chef d'action sanitaire et des points focaux communication ont été mis en place. Par ailleurs, l'arrêté 400/MSHP/Cab portant attribution et fonctionnement des DDS du 18 décembre 2007 ne mentionne pas les attributions et missions du CPEV.

Les personnes chargées de la mise en œuvre du PEV au niveau des centres de santé sont des infirmiers/sages-femmes en milieu rural et des médecins généralistes en milieu urbain. Ils sont chargés de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des activités de vaccination au niveau opérationnel.
En 2015, les 1919 aires sanitaires sont tenus soit par des médecins, des infirmiers ou sages-femmes.
La charge de travail lors des périodes d'affluence en milieu rural emmène l'infirmier à déléguer l'acte vaccinal aux ASC.

- **Renforcement des capacités**

Dans le cadre du renforcement des capacités du personnel en charge de la vaccination, des formations ont été réalisées en 2015 lors de l'introduction des nouveaux vaccins (PCV13 et VPI) entre autre sur la gestion du PEV, la qualité des données de vaccination, la logistique PEV. Ont donc été formés : 2 membres des équipes régionales (40 personnes), 5 membres des équipes cadres des districts, soit 410 et environ **5100** prestataires des services de vaccination.

c) Financement

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs 2011-2015 en matière de couverture vaccinale, la Côte d'Ivoire a élaboré un PPAC assorti d'un plan de viabilité de financière. Ce plan de viabilité avait pour objectif d'œuvrer pour la mobilisation de ressources indispensables à la mise en œuvre du PPAC et s'assurer que les ressources mobilisées soient décaissées à temps. Il convient de noter qu'à l'exception de l'année 2012 où l'Etat a contribué à hauteur de 45%, il est observé une forte dépendance du PEV de l'appui extérieur.

Tableau XIII : Récapitulatif du financement projeté de la vaccination 2011-2015 en Francs CFA.

	2011	2012	2013	2014	2015
Coût total du PEV	23 054 647 020	17 179 424 240	25 928 982 770	27 249 661 680	34 436 571 390
Financement assuré	23 054 647 020	13 936 439 040	22 214 477 770	19 792 140 330	30 955 883 310
Financement assuré par l'Etat	8 640 464 390	7 692 555 150	8 101 700 840	4 787 355 910	9 108 436 900

	2011	2012	2013	2014	2015
%	37%	45%	31%	18%	26%
Appui PTF	14 414 182 630	6 243 883 890	14 112 776 930	15 004 784 420	21 847 446 410
%	63%	36%	54%	55%	63%
Gap à combler	-	3 242 985 200	3 714 505 000	7 457 521 350	3 480 688 080
%	0%	19%	14%	27%	10%

Source : Tableau conçu à partir des données du PPAC 2011-2015

L'analyse du tableau récapitulatif montre un gap entre le coût planifié du PPAC et les ressources mobilisées. Ce gap a porté sur les 4 dernières années du PPAC ; il varie de 10 à 27%.

Tableau XIV : Niveau d'exécution du budget de l'Etat consacré au PEV

ANNEE	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015
Notification	598 741 309	3 928 845 369	2 857 198 977	2 857 198 977	2 857 198 977
Exécution	585 673 908	3 650 969 599	2 751 119 604	2 572 879 939	2 491 996 416
Proportion (A/B)	**97,82%**	**92,93%**	**96,29%**	**90,05%**	**87,22%**

L'analyse de ce tableau montre un second gap qui apparait entre le budget accordé par l'Etat et les réalisations effectives.
En plus des difficultés de mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre du PPAC, s'ajoutent les difficultés de décaissement des ressources mobilisées. Le gap total qui en résulte demeure un facteur important de perturbation des performances du PEV. Il faudra donc agir de manière à réduire de façon sensible la taille du gap. Il s'avère nécessaire de renforcer le plaidoyer en faveur du financement de la vaccination en Côte d'Ivoire.

Tableau XV : Récapitulatif des sources de financement du PEV

Sources		2011	2012	2013	2014	2015
Etat		2 035 666 232	4 004 098 853	3 007 389 363	4 035 475 540	4 926 275 977
Partenaires	**OMS**	2 776 267 096	1 616 947 860	1 370 879 958	2 167 349 081	836 603 693
	UNICEF	931 660 960	418 627 400	2 257 415 590	359 496 695	706 078 245
	GAVI	2 754 374 000	3 745 196 500	5 254 699 500	11 383 666 000	9 213 500 000
	HKI	-----	-----	-----	43 289 840	12 931 375
	ROTARY	-----	-----	50 000 000	194 611 698	-----
	GSK	-----	-----	-----	2 6051 000	-----
	Sous-Total	6 462 302 056	5 780 771 760	8 932 995 048	14 174 464 314	10 769 113 313
TOTAL		8 581 107 978	11104 367 129	13190 194 025	18 501 663 291	15 726 312 290

Sources : DCPEV / DAF Santé / DGCTP

Selon l'évaluation conjointe des programmes GAVI, repris par l'évaluation externe 2015, les sources de financement de la vaccination en Côte d'Ivoire sont dominées par la contribution des partenaires. Cette contribution s'élève à 41,36% pour GAVI qui intervient dans l'achat des vaccins, la prise en charge du coût opérationnel et le renforcement du système de santé pour la vaccination.
Compte tenu de l'évolution favorable de l'environnement macroéconomique de la Côte d'Ivoire, le pays devra faire face au retrait progressif de GAVI du financement de la vaccination. En effet selon le

rapport N° 13/3642013 du FMI, le pays est stimulé par une forte augmentation de l'investissement public, l'activité économique a rapidement rebondi après la crise post-électorale du début de 2011. Depuis la fin de 2011, la priorité des autorités n'est plus le redressement à court terme de l'économie après la crise, mais l'application de politiques visant à encourager une croissance forte et inclusive. Le PND de 2012-2015 présente un programme complet de réformes en vue de parvenir à une croissance supérieure à 10 % et de réduire de moitié le taux de pauvreté. De ce fait le pays est sur le chemin de la sortie de l'éligibilité GAVI. Ce qui va nécessiter l'élaboration d'un plan budgétisé de sortie de l'éligibilité GAVI.
En 2014, le Produit National Brut par habitant était de 1550 dollars ; de ce fait le pays se trouve à ce jour (2016) dans la phase de transition préparatoire et l'entrée en phase de transition accélérée est prévue en 2021. Les projections pour le cofinancement pour la période 2017-2021 se présentent comme indiqué dans le tableau XVI.

Tableau XVI : Projections des obligations de cofinancement en dollars pour la période 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Pentavalent	3 74 414	443 281	524 356	619 706	731 766
PCV	7 96 235	942 680	1 115 080	1 317 834	1 556 118
Rotavirus	9 89 197	1 137 177	1 337 053	1 580 151	1 865 846
HPV	-	259 482	331 316	379 942	454 450
Men A	-	42 443	92 757	113 574	132 379
Total	**2 159 846**	**2 825 063**	**3 400 562**	**4 011 207**	**4 740 558**

Au niveau de la gestion financière proprement dite, la revue externe a noté une insuffisance dans le suivi de l'exécution du budget de la DCPEV et particulièrement dans le suivi des allocations faite directement par la DCPEV au district sanitaire pour la réalisation des stratégies avancées. Elle a également mentionnée une faible implication du service financier dans la planification des activités du PEV.

2.2. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES

2.2.1. FORCES

2.2.1.1. PRESTATIONS DES SERVICES DE VACCINATION

- Bonne accessibilité au programme;
- Possession de cartes satisfaisante;
- Bonne capacité du programme à atteindre les moins de 1 an;
- Intégration d'autres activités de santé au PEV (vitamine A, déparasitant, MILDA);
- Pas de différence significative dans l'offre de service de vaccination aux garçons et aux filles.

2.2.1.2. SURVEILLANCE ET CONTRÔLE DE LA MALADIE

- Initiation de l'implication des structures privées dans la surveillance des maladies;
- Bonne performance de la surveillance des maladies;
- Mise en place effective de la surveillance des méningites et du rotavirus;
- Mise en place de la surveillance à base communautaire;
- Bonne capacité du système de surveillance des maladies à détecter les épidémies;
- Mise en place des comités départementaux de lutte contre les épidémies;
- Existence de directives sur la surveillance des maladies cibles du PEV;
- Mise en place du SIMR;
- Existence de bulletin épidémiologique hebdomadaire (vigile).

2.2.1.3. APPROVISIONNEMENT EN VACCINS, QUALITÉ ET LOGISTIQUE

- Existence d'un système de prévision annuelle des besoins
- Existence de la ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables
- 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 de gestion des stocks des vaccins et consommables de vaccination à tous les niveaux. Ce système est informatisé au niveau central.
- Existence d'un système de gestion des données de vaccination à tous les niveaux. Ce système est informatisé au niveau central, régional et district.
- Existence d'un plan national de gestion des déchets biomédicaux.
- Introduction de nouvelle technologie de développement durable (réfrigérateurs solaires).
- Disponibilité d'un plan de renouvellement quinquennal d'équipements de la CDF et du matériel roulant.
- Existence d'un document de directives nationale sur la gestion de la maintenance des équipements CDF et du matériel roulant du PEV.

2.2.1.4. GÉNÉRATION DE LA DEMANDE ET 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
- Initiatives ayant prouvé leur efficacité (un parrain pour 100 enfants et rappel SMS, ASC, radio de proximité, animateurs en langue nationale sur les radios nationales et locales, radios communautaires ;
- Existence de points focaux communication au niveau des districts
- Existence pour le PEV d'un sous-comité de communication/mobilisation sociale au niveau central ;
- Connaissance de l'importance de la communication par les acteurs de la vaccination et les bénéficiaires ;
- Collaboration dynamique des partenaires locaux et des réseaux administratifs (Autorités préfectorales) ;

2.2.1.5. GESTION DE PROGRAMME

- Contribution de l'Etat dans le financement de vaccins et aux exonérations des taxes douanières;
- Accroissement du budget alloué à la vaccination;
- Régularité des réunions de coordinations des groupes thématiques et du Comité de Coordination Inter Agences (CCIA);
- Existence d'archives physiques et électroniques sur les données de vaccination et de surveillance des maladies pour les 5 dernières années au niveau central;
- Les bases de données nationales de surveillance des maladies sont à jour
- Les personnes en charge de la gestion des données au niveau régional et district sont formées au remplissage des différents outils de gestion du PEV et à l'utilisation du DVDMT
- Introduction effective du PCV13 et du VPI dans la routine dans tous les districts
- Bon niveau de concordance pour tous les antigènes entre le nombre de personnes cibles vaccinées sur les différents supports de gestion spécifiques à la vaccination au niveau central, régional et district

2.2.2. FAIBLESSES

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

2.2.2.1. PRESTATIONS DES SERVICES DE VACCINATION

- Faible couverture du programme (20% des enfants complètement et correctement vaccinés);
- Les stratégies mobiles sont insuffisamment réalisées dans les districts (60%)
- Les objectifs de couverture vaccinale n'ont pas été atteints pour tous les antigènes

- Plus de 50% des centres de vaccination ne vaccinent pas tous les jours et n'administrent pas tous les antigènes lors des séances de vaccination (Irrégularité des séances de vaccination)
- Insuffisance de réalisation de supervision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Non-respect du calendrier vaccinal
- Non maitrise de la technique vaccinale par certains agents vaccinateurs
- Forte proportion d'enfants vaccinés au BCG sans cicatrices (32%)
- Les vaccins VAR et VAA ne sont administrés concomitamment (Ecart important entre les couvertures vaccinales VAA et VAR (20,8%));
- Faible continuité des services (Penta1/3: 17,3%) VAR 32,8%, VAT1/28%)
- Faible proportion des enfants protégés à la naissance contre le tétanos (61%) ;
- insuffisance de mères protégées contre le tétanos (66%) ;
- Disparité de performance entre les régions sanitaires ;
- Disparité de couverture vaccinale entre le milieu rural et le milieu urbain (45,4% contre 51,5%) ;
- Non-respect de la gratuité de la vaccination (montant moyen : 200F)
- Retard dans l'introduction des nouveaux vaccins (Rotavirus)
- Retard dans les évaluations pré et post introduction des nouveaux vaccins
- Insuffisance de ressources financières pour mener des stratégies mobiles et avancées
- Forte dépendance du financement de certaines activités par les partenaires.

2.2.2.2. SURVEILLANCE ET CONTRÔLE DE LA MALADIE

- Rupture fréquente de stock en kits de prélèvement selle/sang et de formulaire d'investigation au niveau périphérique
- Incohérence des données entres les différentes structures impliquées dans la surveillance des maladies.
- Insuffisance dans la surveillance à base communautaire.
- Sous financement des activités de la surveillance sur le BGE
- Insuffisance dans l'analyse des données de surveillance au niveau central
- Non harmonisation des données de surveillance au niveau district entre le CPEV et le CSE
- Faible implication du secteur privé dans la surveillance des maladies.
- Faible proportion (30%) des échantillons transmis dans les délais requis.
- Absence de directive sur la réalisation de la ponction lombaire par les IDE.
- Insuffisance de la surveillance des MAPI en routine
- Insuffisance de feed-back aux régions et districts sur les résultats des prélèvements acheminés au laboratoire.

2.2.2.3. APPROVISIONNEMENT EN VACCINS, QUALITÉ ET LOGISTIQUE

- Retards dans le dédouanement des vaccins et consommables (2 à 4 mois)
- Insuffisance du budget pour l'achat des vaccins et consommables
- Lenteur dans la mise en place du budget
- Insuffisance de dispositifs de monitorage de température continue à tous les niveaux.
- Absence de plan de maintenance des bâtiments, des équipements CDF et matériel roulant au niveau du programme.
- Insuffisance de supervision formative en logistique à tous les niveaux.
- Ruptures de vaccins et consommables
- Insuffisance de formation des acteurs impliqués dans la gestion des vaccins
- Insuffisance d'incinérateurs conformes pour la destruction des déchets biomédicaux issus des activités de vaccination.
- Insuffisance de capacité de stockage des vaccins à tous les niveaux.
- Insuffisance d'espace de stockage des consommables à tous les niveaux.
- Insuffisance de moyens de transport à tous les niveaux.
- Insuffisance dans le suivi du plan d'amélioration de la GEV.

2.2.2.4. GÉNÉRATION DE LA DEMANDE ET 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
- Non-respect des directives sur la gratuité des vaccins du PEV
- Absence de partenariat formel avec le secteur privé
- Faible fréquentation des centres de vaccination au fur et à mesure que l'enfant grandit ;
- Absence d'une structure de coordination des activités de communication en santé au sein du MSHP ;
- Activités de communication pour le PEV de routine faiblement menées, supervisées et suivies par manque de moyens financiers ;
- insuffisance de motivation des Points focaux de communication (PFC), des COGES, des parrains, ASC ;
- Non-respect des critères de désignation des PFC ;
- Faible implication des PFC dans les activités du PEV de routine faute de moyens de travail ;
- Faible capacité technique des points focaux de communication notamment en CIP.
- Coûts élevés de la communication en faveur de la vaccination à travers les médias d'Etat ;
- Orientation quasi exclusive des financements obtenus vers les Activités de Vaccination supplémentaire (AVS) au détriment du PEV de routine ;
- Non capitalisation pour le PEV de routine des acquis de la communication des AVS.

2.2.2.5. GESTION DE PROGRAMME

- Absence de document de politique nationale sur la vaccination
- Double ancrage institutionnel du PEV à l'INHP et à la DCPEV
- Non définition du statut et des missions du CPEV dans l'arrêté 400/MSHP/Cab portant attribution et fonctionnement des DDS du 18 décembre 2007.
- Activités opérationnelles financées en grande partie par les partenaires
- Absence de motivation du personnel de la DCPEV
- Insuffisance dans l'analyse des données au niveau central
- Non harmonisation des données PEV au niveau district entre le CPEV et le CSE
- Faiblesse de l'appui du niveau régional au niveau district
- Insuffisance de la tenue des réunions de coordination au niveau déconcentré
- Non implication du secteur de santé privé lucratif dans les prestations de service de vaccination
- Insuffisance de supervision du niveau central vers le niveau déconcentré et du niveau régional vers le niveau district
- Inexistence de l'archivage des données de vaccination et de surveillance des maladies pour les 5 dernières années au niveau régional
- Surestimation du nombre d'enfants cibles vaccinés dans les rapports PEV des centres de santé par rapport aux données recomptées sur les fiches de pointage
- Faible promptitude dans la transmission des rapports de vaccination entre le niveau district et le niveau régional (71%)
- Faible promptitude dans la transmission des rapports de vaccination entre le niveau district et le niveau central (62%)

2.2.3. OPPORTUNITÉS

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

- Engagement au plus haut niveau de l'Etat pour les questions de vaccination
- Eligibilité au Millenium Chalenge Corporation (MCC)
- Appui des donateurs (BM, GAVI, etc.) en matériels roulants pour l'ensemble des districts
- Appui Technique et Financier des partenaires pour la mise en œuvre des activités de vaccination ;
- Existence d'un Réseau des structures sanitaires privées,
- L'appui des organisations de la société civile et des autres organisations à base communautaire ;
- Développement des réseaux routier
- Accès à la centrale d'achat de l'UNICEF à COPENHAGUE et à l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale (IIV).
- Existence d'énergie renouvelable (Energie solaire)

- Existence de sociétés industrielles privées ayant des grandes capacités pour la destruction des déchets biomédicaux.
- Existence du projet C2D (Contrat Désendettement et Développement).
- Existence d'un réseau de communication développé (compagnies de téléphone mobile, radios de proximité)
- Existence de conventions entre le Système des Nations Unies (SNU) et les médias publics, communautaires
- Exigence de la mise à jour du carnet de vaccination par certains responsables d'écoles avant l'inscription d'un enfant ;
- Mise en œuvre d'activités intégrées (PECADOM)
- Engagement des partenaires locaux ou réseaux administratifs à s'impliquer dans les activités du PEV de routine ;
- Disponibilité de l'ACPCI à accompagner le processus de vaccination de routine dans le privé lucratif
- Mise en place du financement basé sur les performances (PBF)
- Le processus de reconnaissance officielle du statut des ASC est en cours

2.2.4. MENACES

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

- La survenue d'épidémies et de catastrophes naturelles
- L'insécurité
- Retrait du financement des partenaires.
- Sortie de l'éligibilité au financement de GAVI
- Mauvaise conjoncture financière internationale avec réduction des appuis financiers aux pays en voie de développement.

3. PROBLEMES ET PRIORITES

3.1. Principaux problèmes

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

a) Prestations de services

- Insuffisance de l'offre des services de vaccination pour toutes les stratégies,
- Faible utilisation des services de vaccination.
- Inéquité dans l'accès à la vaccination
- Retard dans l'introduction des nouveaux vaccins (Rota)

b) Surveillance et contrôle de la maladie

- Insuffisance dans la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV
- Absence de système de surveillance des MAPI en routine.

c) Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique

- Rupture en vaccins et consommables d'injection fréquentes à tous les niveaux
- Capacité de stockage en vaccins et consommables insuffisante à tous les niveaux
- Capacité de transport des intrants et des acteurs insuffisante
- Capacité de destruction des déchets issus des activités de vaccination insuffisante
- Qualité et disponibilité des données de vaccination et de gestion de stock des vaccins insuffisantes au niveau central, régional et district.
- Insuffisance de la qualité de la maintenance préventive et curative des équipements de la CDF et du matériel roulant.

d) Génération de la demande et communication

- Les maladies cibles du PEV sont méconnues par les parents
- Les parents ne connaissent pas le calendrier vaccinal des enfants
- Les femmes enceintes ne connaissent pas le calendrier vaccinal du vaccin antitétanique
- Les parents ne sont pas motivés pour faire vacciner complètement leurs enfants
- Les réseaux administratifs, religieux, artistiques, médiatiques et communautaires sont faiblement impliqués dans la promotion de la vaccination de routine.
- Les activités de communication ne sont pas suffisamment mises en œuvre faute de financement

e) Gestion du programme

- Deux ordonnateurs sur les lignes d'achat de vaccins et de matériel d'injection
- Insuffisance de cadre institutionnel sur la vaccination (politique nationale sur la vaccination, loi sur la vaccination).
- Difficultés de mobilisation des ressources financières de l'Etat.
- La supervision des gestionnaires PEV et le suivi des activités de vaccination sont irréguliers à tous les niveaux.
- Le monitorage des activités de vaccination est insuffisamment mis en œuvre.
- La qualité des données est insuffisante

3.2. Priorités 2016 – 2020

Les priorités du PEV pour la période 2016-2020, pour résoudre ces problèmes en tenant compte des orientations du GVAP seront :

- Améliorer l'offre des services de vaccination
- Améliorer l'utilisation des services de vaccination
- Assurer un accès équitable de la vaccination à tous
- Poursuivre l'introduction des nouveaux vaccins (rotavirus, méningite A, HPV, RR)
- Maintenir le statut de pays libre de poliomyélite
- Contrôler la fièvre jaune
- Atteindre les critères de l'élimination de la rougeole
- Mettre en place la surveillance du syndrome rubéoleux congénital
- Améliorer la surveillance des cas de maladies cibles du PEV et la riposte aux épidémies déclarées
- Organiser des activités de vaccination supplémentaires des populations vulnérables
- Renforcer la surveillance des MAPI pour la vaccination de routine
- Améliorer la disponibilité des vaccins et consommables à tous les niveaux.
- Renforcer les équipements de chaîne de froid et les moyens de transport à tous les niveaux
- Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination
- Améliorer la maintenance des équipements et bâtiments du PEV
- Améliorer la disponibilité et la qualité des données de vaccination et de gestion de stock des vaccins et consommables.
- Renforcer l'appropriation communautaire du Programme
- Susciter la demande communautaire de la vaccination
- Contribuer à la réduction des taux d'abandon des vaccinations
- Renforcer la communication et le plaidoyer en faveur du financement durable de la communication pour la vaccination
- Rendre autonome la DC PEV dans la gestion des vaccins du PEV
- Améliorer la mobilisation des ressources financières
- Renforcer le cadre institutionnel sur la vaccination en Côte d'Ivoire
- Renforcer la qualité des données de vaccination à tous les niveaux.

4. OBJECTIFS ET JALONS

4.1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Dans le but de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles du PEV, les objectifs du Programme pour la période 2016-2020 sont :

- Renforcer la qualité, l'équité et la pérennité des services de vaccination
- Accélérer les efforts pour réaliser l'éradication de la poliomyélite, maintenir l'élimination du tétanos néonatal, atteindre la pré-élimination de la rougeole et le contrôle de la fièvre jaune
- Introduire d'une manière pérenne les nouveaux vaccins et les technologies appropriées.
- Accroître la demande des services de vaccination.
- Renforcer la base de connaissance et les capacités pour permettre une offre équitable de la vaccination
- Améliorer la prévisibilité et la durabilité des financements de la vaccination

4.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Les objectifs spécifiques pour chaque composante opérationnelle d'ici à 2020 ainsi que les jalons, sont décrits le tableau N°XI ci-dessous.

5. STRATEGIES ET ACTIVITES DE 2016 A 2020

Les principales stratégies et activités pour réaliser les objectifs sont résumées au tableau N° XVII

Tableau XVII : Priorités nationales, objectifs et jalons du PEV pour la période 2016-2020

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
	Au niveau des prestations des services de vaccination				
	L'offre des services de vaccination est insuffisante pour toutes les stratégies	Atteindre d'ici 2020 une CV d'au moins 95% au niveau national pour tous les antigènes	Couverture vaccinale nationale : **2016** : BCG : 90% DTC-HepB-Hib3 : 90% VPO 3 : 90% VAR/VAA : 90% VAT2+ : 90% PCV13-3 : 90% Rota 3 : 20% VPI : 90% **2017** : BCG : 92% DTC-HepB-Hib3 : 92% VPO 3 : 92% VAR/VAA : 92% VAT 2+ : 92% PCV-13 : 92% Rota 3 : 70% VPI : 92% HepB0 : 92% **2018 :** BCG : 93% DTC-HepB-Hib3 : 93% VPO 3 : 93% RR :95% VAT2+ : 93% PCV13-3 : 93%	• Atteindre un taux de couverture vaccinale DTC3 d'au moins 90 % dans toute la Région d'ici la fin de 2020 • Les pays devront atteindre une couverture pour le vaccin RR ≥ 95 % aux niveaux national et des districts et une couverture des AVS d'au moins 95 % dans tous les districts • Tous les pays à haut risque auront atteint un taux de couverture vaccinale contre la fièvre jaune ≥ 90 % d'ici la fin de 2020	

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			Rota_3 : 80% VPI : 93% HepB 0 : 93% HPV2 : 70% MenA : 80% **2019 :** BCG : 94% DTC-HepB-Hib3 : 94% VPO 3 : 94% RR : 95% VAT2+ : 94% PCV13-3 : 94% Rota3 : 90% VPI : 94% HepB0 : 94% HPV2 : 80% MenA : 94% **2020 :** BCG : 95% DTC-HepB-Hib3 : 95% RR : 95% VAT2+ : 96% PCV13-3 : 95% Rota_3 : 95% VPI : 95% HepB0 : 95% HPV2 : 85% MenA : 95%		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
		Atteindre d'ici 2020 une CV d'au moins 90% dans chaque région et dans chaque district pour tous les antigènes	Proportion de districts ayant atteint au moins 80% de couverture vaccinale pour les antigènes : **2016** : BCG : 90% DTC-HepB-Hib3 : 90% VPO 3 : 90% VAR/VAA : 80% VAT2+ : 72% PCV13-3 : 90% VPI : 90% **2017** : BCG : 92% DTC-HepB-Hib3 : 92% VPO 3 : 92% VAR/VAA : 82% VAT 2+ : 75% PCV-13 : 92% Rota_3 : 80% VPI : 92% HepB0: 80% **2018 :** BCG : 93% DTC-HepB-Hib3 : 93% VPO 3: 94% RR :95% VAT2+ : 60% PCV13-3: 93% Rota_3 : 80% VPI : 93% HepB 0: 90% HPV2 : 45%	• Atteindre un taux de couverture vaccinale DTC3 d'au moins 90 % dans toute la Région d'ici la fin de 2020 • Les pays devront atteindre une couverture pour le RR ≥ 95 % aux niveaux national et des districts et une couverture des AVS d'au moins 95 % dans tous les districts	

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			MenA: 45% RR:45% **2019 :** BCG : 94% DTC-HepB-Hib3 : 94% VPO 3: 95% RR :95% VAT2+ :86% PCV13-3: 95% Rota3 : 85% VPI : 94% HepB0: 93% HPV2 : 60% MenA: 60% **2020 :** BCG : 95% DTC-HepB-Hib3 : 95% VPO 3 : 95% RR : 95% VAT2+ : 90% PCV13-3 : 95% Rota_3 : 90% VPI : 95% HepB0 : 95% HPV2 : 80% MenA : 80%		
		D'ici 2020, améliorer l'accès équitable aux services de vaccination quel que soit leur lieu de résidence	Ecart en couverture Penta 3 entre les quintiles socio démographiques les plus élevés et les plus basses est moins de 5 % **2016** : 15%	• Les bénéfices de la vaccination sont équitablement	

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			2017 : 10% **2018** : 5% **2019 : 5%** **2020 : 5%**	étendus à tous les individus	
	Introduction des nouveaux vaccins dans le PEV de routine	Introduire d'ici 2020 dans le PEV de routine : - le vaccin contre l'hépatite B à la naissance - le vaccin contre le rotavirus - le vaccin contre le HPV - le vaccin contre le vaccin contre la méningite A (MenAfriVac) - le vaccin contre le vaccin contre la Rubéole	**2017** : introduction du vaccin contre l'Hépatite B à la naissance	• Introduire une dose à la naissance du vaccin anti hépatite B dans vingt-cinq pays au moins d'ici la fin de 2020	
			2016: Introduction du vaccin contre le rotavirus dans tous les districts	• Introduire le vaccin anti rotavirus dans trente-sept pays au moins d'ici la fin de 2020	

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			2018 : introduction du vaccin contre le HPV dans tous les districts	• Introduire le vaccin contre le papillomavirus humain dans trente-cinq pays au moins d'ici la fin de 2020	
			2018 : introduction du vaccin contre le MenA dans tous les districts	• Tous les pays se trouvant dans la ceinture de la méningite auront introduit le MenAfriVac par des campagnes, et 15 d'entre eux l'auront introduit dans leurs programmes de vaccination systématique d'ici la fin de 2020	
			2018 : introduction du vaccin contre le RR dans tous les districts	• Vingt-cinq pays au moins auront introduit le vaccin contre la rubéole d'ici la fin de 2020	
	Faible utilisation des services de vaccination	Réduire le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 à moins de 10% d'ici 2020 au niveau national	Proportion des districts ayant un taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 < 10% **2016** : 72% **2017** : 75% **2018** : 78% **2019** : 81%	• Tous les pays mettent en œuvre l'approche Atteindre Chaque District (ACD) et d'autres	

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			2020 : 84%	approches adaptées au contexte local pour maximiser l'accessibilité et l'utilisation des services de vaccination	
	Au niveau de la surveillance et contrôle de la maladie				
	Insuffisance de la mise œuvre de la recherche active des maladies sous surveillance.	Maintenir le statut de pays libre de poliomyélite d'ici 2020.	**2016 :** - Zéro cas de Poliovirus sauvage - zéro cas poliovirus dérivé d'une souche vaccinale. - taux de PFA non polio supérieur ou égal à 2 pour 100.000 - % de selles dans les 14 jours supérieur ou égal à : 80% - 85% des régions et 76% des districts ont atteint les 2 indicateurs (Taux de PFA non Polio et Selles dans les 14 jours) **2017 :** - Zéro cas de Poliovirus sauvage. - zéro cas poliovirus dérivé d'une souche vaccinale. - taux de PFA non polio supérieur ou égal à 2 pour 100.000 - % de selles dans les 14 jours supérieur ou égal à : 80% - 90% des régions et 80% des districts ont atteint les 2 indicateurs	La certification de l'éradication de la poliomyélite dans la région africaine d'ici 2018.	**1**

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			(Taux de PFA non Polio et Selles dans les 14 jours) **2018 :** - Zéro cas de Poliovirus sauvage. - zéro cas poliovirus dérivé d'une souche vaccinale. - taux de PFA non polio supérieur ou égal à 2 pour 100.000 - % de selles dans les 14 jours supérieur ou égal à : 80% - 95 % des régions et 88 % des districts ont atteint les 2 indicateurs (Taux de PFA non Polio et Selles dans les 14 jours) **2019 :** - Zéro cas de Poliovirus sauvage. - zéro cas poliovirus dérivé d'une souche vaccinale. - taux de PFA non polio supérieur ou égal à 2 pour 100.000 - % de selles dans les 14 jours supérieur ou égal à : 80% - 97 % des régions et 94 % des districts ont atteint les 2 indicateurs (Taux de PFA non Polio et Selles dans les 14 jours) **2020 :** - Zéro cas de Poliovirus sauvage. - zéro cas poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			- taux de PFA non polio supérieur ou égal à 2 pour 100.000 - % de selles dans les 14 jours supérieur ou égal à : 80% - 98 % des régions et 95 % des districts ont atteint les 2 indicateurs (Taux de PFA non Polio et Selles dans les 14 jours)		
		D'ici 2020, contrôler la fièvre jaune dans tous les districts	**2016 :** - 97% des districts ont notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune avec prélèvement - Taux de détection des cas suspects de fièvre jaune est de 1 cas pour 100.000 habitants - CV en fièvre jaune : Cf jalons prestations **2017 :** - 98% des districts ont notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune avec prélèvement - Taux de détection des cas suspects de fièvre jaune est de 2 cas pour 100.000 habitants - CV en fièvre jaune : Cf jalons prestations	Atteindre une CV d'au moins 90% dans les pays à risque.	**3**

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			2018 : - 98% des districts ont notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune avec prélèvement - Taux de détection des cas suspects de fièvre jaune est de 2 cas pour 100.000 habitants - CV en fièvre jaune : Cf jalons prestations **2019:** - 98% des districts ont notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune avec prélèvement - Taux de détection des cas suspects de fièvre jaune est de 2 cas pour 100.000 habitants - CV en fièvre jaune : Cf jalons prestations **2020 :** - 98% des districts ont notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune avec prélèvement - Taux de détection des cas suspects de fièvre jaune est de 2 cas pour 100.000 habitants - CV en fièvre jaune : Cf jalons de la Prestation		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
		Atteindre et maintenir les critères d'élimination de la rougeole et contrôle de la rubéole d'ici 2020	**2016 :** - La CV au niveau national : Cf Jalons de la Prestation - 98% des DDS notifient au moins un cas suspect de rougeole avec prélèvement - Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse est supérieur à 2 pour 100 000 habitants. - La prévalence de la rougeole est inférieure à 5 cas pour 1 million d'Habitants. **2017 :** - La CV en routine au niveau national : Cf Jalons de la Prestation - La CV RR au cours des AVS est supérieure ou égale à 95% au niveau national et dans chaque DDS. - 98% des DDS notifient au moins un cas de rougeole. - Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse est supérieur à 2 pour 100000 habitants. - La prévalence de la rougeole est inférieure à 5 cas pour 1 million d'Habitants. **2018 :** - La CV RR en routine au niveau national : Cf Jalons de la Prestation	La rougeole et la rubéole sont éliminées dans au moins 5 régions de l'OMS.	**2**

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			- 98% des DDS notifient au moins un cas de rougeole. - Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse est supérieur à 2 pour 100000 habitants. - La prévalence de la rougeole est inférieure à 3 cas pour 1 million d'Habitants **2019 :** - La CV RR en routine au niveau national : Cf Jalons de la Prestation - 99 % des DDS notifient au moins un cas suspect de rougeole. - Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse est supérieur à 2 pour 100000 habitants. - La prévalence de la rougeole est de moins de 2 cas pour 1 million d'Habitants. **2020 :** - La CV RR en routine au niveau national : Cf Jalons de la Prestation - La CV RR au cours des AVS est supérieure ou égale à 95% au niveau national et dans chaque DDS. - 99 % des DDS notifient au moins un cas suspect de rougeole. - Taux d'éruption fébrile non		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			rougeoleuse est supérieur à 2 pour 100000 habitants. - La prévalence de la rougeole est de moins d'un cas pour 1 million d'Habitants.		
		D'ici 2020, contrôler la méningite A dans tous les districts sanitaires à risque.	**2016 :** - 100% des districts à risque font la surveillance basée sur le cas **2017 :** - 80% des districts y compris ceux à risque font la surveillance basée sur le cas - La CV au cours des AVS est supérieure ou égale à 95% au niveau national et dans chaque DDS. **2018 :** - 90% des districts font la surveillance basée sur le cas - La CV en routine au niveau national : Cf Jalons de la Prestation **2019 :** - 95% des districts font la surveillance basée sur le cas - La CV en routine au niveau national : Cf Jalons de la Prestation **2020 :** - 99% des districts font la surveillance basée sur le cas	Campagne de vaccination conduite dans 100% des pays à risque et le vaccin introduit dans le PEV de routine dans au moins 15 pays	**1**

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			- La CV en routine au niveau national : Cf Jalons de la Prestation		
		D'ici 2020, maintenir les critères de l'élimination du TMN	Proportion de district ayant moins d'un cas de tétanos pour 1000 naissances vivantes: **2016-2020 :** 100%.	Maintien de l'élimination du Tétanos néonatal dans toutes les régions	**1**
		D'ici 2020, 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 : **2016 :** 10 % **2017 :** 25 % **2018 :** 50 % **2019 :** 75 % **2020 :** 100%		**2**
	Absence d'un système de surveillance des MAPI en routine	D'ici 2020, 100% des DS rapportent les données sur les cas de MAPI en routine et les prennent en charge.	Proportion de district rapportant des cas de MAPI avec rapport d'investigation. **2016 :** 50 % **2017 :** 60% **2018 :** 70% **2019 :** 90% **2020 :** 100%		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
	Au niveau de l'approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV				
	Rupture en vaccins et consommables d'injection 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 Niveaux central, régional, district et centre de santé 2016 : 100% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020: 100%		
	La capacité de stockage en vaccins et consommables est insuffisante à tous les niveaux	Renforcer la capacité de stockage des vaccins à tous les niveaux.	Proportion de structures ayant une capacité de stockage suffisante pour les vaccins Au niveau central 2016 :100% Au niveau régional 2016 : 35% 2017 : 65 % Au niveau district 2016 : 85 % 2020 : 15 % Au niveau centre de santé 2016 : 25% 2017 : 25 2018 : 30% 2019 : 15% 2020 : 5%		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
		Renforcer la capacité de stockage des consommables du niveau central et régional	Proportion des dépôts ayant des capacités de stockage suffisantes Au niveau central 2017 : 100% Au niveau régional 2017 : 25% 2018 : 25% 2019 : 35% 2020 : 15%		
	Qualité de la maintenance insuffisante	De 2016 à 2020, renforcer les capacités de toutes les structures de maintenance (DIEM, CREMM et AMD)	Proportion d'agents formés par an ✓ **Formation** 2016 : 100% du personnel formé ✓ Equipements 2017 : 100% des CREMM et DIEM sont équipés en moyens de transport et kits de maintenance CDF		
	Capacité de transport des intrants et des acteurs insuffisante	D'ici 2020, renforcer les établissements intervenant dans le PEV en matériel roulant.	Nombre de véhicules dédié au transport des intrants par an Au niveau central ✓ Transport des intrants 2016 : 35 % 2017 : 65% Proportion d'établissements à équiper en matériel roulant par an Au niveau régional ✓ Intrants 2017 : 15% 2019 : 85%		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			✓ Transport des acteurs 2016 : 100% Au niveau District ✓ Intrants 2017 : 100% ✓ Acteurs 2016 : 20 % 2017 : 40% 2018 : 40% Au niveau centre de santé ✓ Acteurs **2016** :40 % **2017** : 25% **2018** : 10% **2019** : 20% **2020** : 6%		
	Capacité de destruction des déchets issus des activités de vaccination insuffisante	Renforcer la capacité des structures à éliminer correctement les déchets issus des activités de vaccination d'ici 2020	Proportion des structures (central, régional et district) disposant d'incinérateurs adéquats par an **2016** : 5 % **2017** : 35% **2018** : 45% **2019** : 15 %		
	Qualité et disponibilité des données de vaccination et de gestion de stock des vaccins insuffisantes à tous les niveaux	Renforcer les capacités des Logisticiens, CPEV, CSE en gestion des vaccins et données de vaccins	Proportion des logisticiens, CSE et CPEV ayant bénéficié de renforcement de capacité (formation, équipement informatique) ✓ Formation **2016** : 20 logisticiens centraux, 10		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			régionaux, 20 CSE régionaux et 82 CPEV districts **2018** : 20 logisticiens centraux, 20 régionaux, 20 CSE régionaux et 82 CPEV districts **2020** : 20 logisticiens centraux, 20 régionaux, 20 CSE régionaux et 82 CPEV districts ✓ Equipements **2016** : 10 kits informatiques pour les logisticiens des dépôts régionaux et 20 kits pour les CPEV districts et 20 CSE régionaux **2017** : 10 kits informatiques pour les nouveaux dépôts régionaux, 10 kits informatiques pour les logisticiens centraux **2019** : 62 kits informatiques pour les CPEV des districts		
	Au niveau de la génération de la demande et communication				
	Les parents ne connaissent pas le calendrier vaccinal des enfants	D'ici 2020, porter de 50% à 80% le pourcentage de parents qui connaissent le calendrier vaccinal de l'enfant	**2016** : 54% des parents connaissent le calendrier vaccinal de l'enfant **2017** : 61% des parents connaissent le calendrier vaccinal de l'enfant **2018** : 68% des parents connaissent le calendrier vaccinal de l'enfant **2019** : 74% des parents connaissent le calendrier vaccinal de l'enfant **2020** : 80% des parents connaissent le calendrier vaccinal de l'enfant		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
	Les femmes enceintes ne connaissent pas le calendrier vaccinal du vaccin antitétanique	D'ici 2020, porter de 13% à 25% le pourcentage de femmes qui connaissent le calendrier vaccinal du VAT	**2016** : 15% des femmes enceintes connaissent le calendrier vaccinal du VAT **2017** : 17% des femmes enceintes connaissent le calendrier vaccinal du VAT **2018** : 20% des femmes enceintes connaissent le calendrier vaccinal du VAT **2019** : 23% des femmes enceintes connaissent le calendrier vaccinal du VAT **2020** : 25% des femmes enceintes connaissent le calendrier vaccinal du VAT		
	Les maladies cibles du PEV sont méconnues par les parents	D'ici 2020, porter de 3% à 17% le pourcentage de parents pouvant citer au moins 5 maladies cibles du PEV	**2016** : 5% des parents connaissent au moins 5 maladies cibles du PEV **2017** : 8% des parents connaissent au moins 5 maladies cibles du PEV t **2018** : 11% des parents connaissent au moins 5 maladies cibles du PEV **2019** : 14% des parents connaissent le au moins 5 maladies cibles du PEV au moins 5 maladies cibles du PEV **2020** : 17% des parents connaissent au moins 5 maladies cibles du PEV		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
	Les parents ne sont pas motivés pour faire vacciner complètement leurs enfants	D'ici 2020, réduire de 43% à 26% le pourcentage de parents qui évoque le manque de motivation comme raison de non vaccination complète de leurs enfants	**2016** : 60% des parents qui font vacciner leurs enfants dès la naissance et terminent le circuit de la vaccination en respectant le calendrier vaccinal **2017** : 64% des parents qui font vacciner leurs enfants dès la naissance et terminent le circuit de la vaccination en respectant le calendrier vaccinal **2018** : 68% des parents qui font vacciner leurs enfants dès la naissance et terminent le circuit de la vaccination en respectant le calendrier vaccinal **2019** : 72% des parents qui font vacciner leurs enfants dès la naissance et terminent le circuit de la vaccination en respectant le calendrier vaccinal **2020** : 74% des parents qui font vacciner leurs enfants dès la naissance et terminent le circuit de la vaccination en respectant le calendrier vaccinal		
	Les réseaux administratifs, religieux, artistiques, médiatiques et communautaires sont faiblement impliqués dans la promotion de la vaccination de routine.	D'ici 2020, au moins cinq réseaux associatifs, cinq réseaux professionnels et cinq réseaux administratifs auront été impliqués dans la promotion de la vaccination de routine au niveau de chaque district sanitaire	Pour chaque année, au moins un réseau associatif, un réseau professionnel, un réseau administratif aura été impliqué dans la promotion du PEV au niveau de chaque district sanitaire		
	Les activités de communication ne sont pas suffisamment mises en œuvre faute de	D'ici 2020, au moins 20% des structures para publiques et privées partenaires octroieront des ressources	**2016** : au moins 5% des structures para publiques et privées partenaires octroieront des ressources additionnelles		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
	financement	additionnelles pour la promotion du PEV	pour la promotion du PEV **2017** : au moins 9% des structures para publiques et privées partenaires octroieront des ressources additionnelles pour la promotion du PEV **2018** : au moins 13% des structures para publiques et privées partenaires octroieront des ressources additionnelles pour la promotion du PEV **2019** : au moins 17% des structures para publiques et privées partenaires octroieront des ressources additionnelles pour la promotion du PEV **2020** : au moins 20% des structures para publiques et privées partenaires octroieront des ressources additionnelles pour la promotion du PEV		
	Au niveau de la gestion du programme, gestion des ressources humaines, coûts et financement				
	Difficultés de mobilisation des ressources financières	Améliorer la mobilisation des ressources financières	**2017** : Unification des lignes d'achat de vaccins **2018** : Sécurisation des fonds d'achat des vaccins par le Gouvernement		
	Le cadre institutionnel sur la vaccination en Côte d'Ivoire reste à améliorer	Renforcer les capacités Renforcer le suivi et l'évaluation des plans stratégiques et opérationnels	**2016** : - 100% du personnel administratif Formé - Elaboration du manuel de procédures de gestion **2018** : Evaluation à mi-parcours du PPAC		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
		Renforcer le cadre institutionnel sur la vaccination en Côte d'Ivoire	**2020** : Revue et élaboration PPAC 2021-2025 **2018** : Elaboration du projet de loi sur la vaccination **2019** : Adoption de la loi sur la vaccination par l'Assemblée Nationale		
	La qualité des données de vaccination à tous les niveaux comporte des insuffisances	Mettre en place un mécanisme de validation des données dans 100% des aires de santé et des régions sanitaires	**2016** : - 100% des districts font la validation mensuelle des données de vaccination - 50% des régions organisent des sessions de validation des données chaque trimestre - Le niveau central organise une revue mensuelle des données **2017** : - 100% des aires de santé font la validation mensuelle des données de vaccination - 100% des régions organisent des sessions de validation des données chaque trimestre		
		Renforcer les capacités de 100% des gestionnaires de données d'ici 2020	Tous les ans, un DQS est réalisé dans chaque région sanitaire **2016** : - 100% des régions et districts utilisent des outils standardisés pour le suivi de la qualité des données **2017** : 100% des supervisions intègrent		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020	Ordre de priorité
			la qualité des données à tous les niveaux **2017** : 50% des DDS avec un facteur de vérification supérieur à 95% **2018** : 75% des DDS avec un facteur de vérification supérieur à 95% **2019** : 80% des DDS avec un facteur de vérification supérieur à 95% **2020** : 90% des DDS avec un facteur de vérification supérieur à 95%		

Tableau XVIII : Objectifs, stratégies et activités essentielles par bloc fonctionnel pour la période 2016-2020

Tableau XIX-1 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Prestations de services de vaccination 2016-2020

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
1.	D'ici 2020, atteindre une couverture vaccinale d'au moins 95% au niveau national et au moins 80% dans chaque district pour tous les antigènes et chaque centre vaccinateur	Renforcement des services de vaccination	Organiser l'élaboration des micros plans des districts par les DRSHP	x	x	x	x	x
2.			Organiser les stratégies avancées et mobiles dans tous les districts	x	x	x	x	x
3.			Elaborer le plan de formation en gestion PEV	x				
4.			Mettre en œuvre le plan de formation		x	x	x	x
5.			Organiser la supervision formative des agents à tous les niveaux	x	x	x	x	x
6.			Organiser le monitorage semestriel des activités de vaccination	x	x	x	x	x
7.			Réviser les outils et les directives du PEV		x	x	x	
8.			Diffuser les outils et les directives du PEV		x	x	x	
9.		Renforcement de l'offre de vaccination gratuite dans les structures privées	Former 15 responsables de vaccination des structures privées à la gestion du PEV dans 10 districts prioritaires par année		x	x		
10.			Faire le suivi des activités de vaccination dans les structures privées		x	x	x	x
11.	D'ici 2020, réduire le taux d'abandon penta 1/3 à moins de 10% au niveau national	Renforcement des mécanismes de suivi communautaire du calendrier vaccinal	Elaborer les outils de suivi du calendrier vaccinal au niveau communautaire	x		x		x
12.			Former les responsables des ESPC aux outils de suivi du calendrier vaccinal au niveau communautaire	x		x	x	x
13.			Faire le suivi des outils de suivi du calendrier vaccinal au niveau communautaire		x	x	x	x
14.		Renforcement de l'intégration de la	Organiser des séances de vaccination au cours des journées de l'enfance	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
15.		vaccination avec d'autres interventions préventives	Organiser la Semaine Africaine de Vaccination	x	x	x	x	x
16.	D'ici fin 2020, réduire la morbidité et la mortalité dues à la rubéole, la méningite A, le HPV et à l'hépatite B	Introduire les nouveaux vaccins (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)	Elaborer les plans d'introduction des vaccins (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)	x				
17.			Organiser deux évaluations pré-introduction des vaccins (RR, MenAfrivac, Hépatite B à la naissance)	x				
18.			Faire la soumission pour l'introduction des nouveaux vaccins					
19.			RR	x				
20.			MenAfrivac	x				
21.			HPV		x			
22.			Hépatite B à la naissance		x			
23.			Réviser les outils et modules de formation (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)		x			
24.			Former les acteurs de tous les niveaux à la gestion des nouveaux vaccins (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)		x	x		
25.			Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins HPV la naissance				x	
26.			Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins RR				x	
27.			Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins MenAfrivac,				x	

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
28.			Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins Hépatite B à la naissance				x	
29.			Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins Rota				x	
30.			Organiser le deuxième passage de la première phase du projet de démonstration HPV	x				
31.			Organiser le premier passage de la deuxième phase du projet de démonstration HPV	x				
32.			Organiser le deuxième passage de la deuxième phase du projet de démonstration HPV		x			
33.			Organiser l'évaluation du projet de démonstration HPV	x				

Tableau XX-2 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Surveillance et contrôle de la maladie 2016-2020

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
1.	Maintenir le statut de pays libre de poliomyélite d'ici 2020.	Renforcement des capacités techniques des acteurs	Former 82 CSE de districts, 82 CPEV, 20 CSE régionaux de la santé à la surveillance de la paralysie flasque aigue et des autres maladies cibles du PEV.	x		x		x
2.			Mettre à niveau 1943 points focaux des sites prioritaires	x	x	x	x	x
3.			Conduire 04 missions de supervision par an par le niveau central dans les régions et districts sanitaires à faible performance	x	x	x	x	x
4.		Renforcement de la surveillance	Produire 4500 fiches de gestion, 408 exemplaires de directives actualisées des prélèvements par an et 10.000 affiches de surveillance.	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
5.			Acquérir 1500 kits de prélèvement par an	x	x	x	x	x
6.			Prendre en charge les frais d'acheminement de 1500 échantillons attendus par an (transport, frais d'hôtel, taxi et frais d'expédition).	x	x	x	x	x
7.			Fournir chaque 2 mois un forfait de 50 000 f CFA en carburant pour la surveillance active aux points focaux surveillance des 82 districts sanitaires.	x	x	x	x	x
8.			Formaliser les contrats annuels avec les compagnies de transport pour l'acheminement des prélèvements	x	x	x	x	x
9.			Actualiser la liste des sites prioritaires de surveillance active au niveau des 82 districts sanitaires	x	x	x	x	x
10.			Réviser les directives et outils de gestion de surveillance dans les 20 directions régionales, 82 districts sanitaires et 1943 sites prioritaires	x		x		x
11.			Reproduire les directives et outils de gestion de surveillance dans les 20 directions régionales, 82 districts sanitaires et 1943 sites prioritaires	x	x	x	x	x
12.			Mettre en place la surveillance environnementale des poliovirus	x				
13.			Conduire la surveillance environnementale des poliovirus	x	x	x	x	x
14.			Organiser une revue externe de la surveillance		x			
15.		Organisation des AVS polio préventive /réactive	Reproduire 200 exemplaires du plan national actualisé de riposte à toutes nouvelles infections de poliomyélite pour 82 districts, 20 régions sanitaires et le niveau central.	x	x	x	x	x
16.			Diffuser le plan national actualisé de riposte à tous les niveaux.	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
17.			Organiser 02 passages par an de 02 journées nationales de vaccination contre la poliomyélite	x	x	x	x	x
18.		Renforcement du suivi des performances de la surveillance des PFA	Organiser 02 missions de supervision des comités nationaux polio par an au niveau des districts à faible performance.	x	x	x	x	x
19.			Organiser 04 réunions annuelles de suivi des CNC/CNEP /SCC par le secrétariat.	x	x	x	x	x
20.			Organiser 02 réunions de suivi par an avec les CSE, CPEV et les points focaux communication.	x	x	x	x	x
21.			Organiser 02 réunions de suivi par an avec les DRS et les DDS.	x	x	x	x	x
22.		Partage des acquis de la lutte contre la polio	Organiser un atelier d'élaboration d'un plan relatif à la rétrocession de l'héritage de l'éradication de la poliomyélite à d'autres secteurs de la surveillance.	x				
23.		Renforcement de la couverture vaccinale polio en routine	Cf: Prestations					
24.	D'ici 2020, contrôler la fièvre jaune dans tous les districts	Renforcement de la surveillance active	Organiser un atelier de mise à jour du plan national de riposte contre la fièvre jaune		x		x	
25.			Reproduire 200 exemplaires du plan national actualisé de riposte contre la fièvre jaune pour les 82 districts, les 20 régions sanitaires et le niveau central.		x		x	
26.			Diffuser le plan national actualisé de riposte aux districts sanitaires, aux régions et au niveau central.		x	x	x	x
27.			Organiser 04 missions d'appui à la recherche active des cas suspects de fièvre jaune dans les districts à faible performance.	x	x	x	x	x
28.		Organisation d'AVS dans les districts en épidémie de fièvre jaune	Organiser 01 mission d'investigation dans chacun des 45 districts à risque	x				
29.			Organiser des campagnes réactives contre la	x				

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
			fièvre jaune dans les 45 districts à faible immunité.					
30.			Organiser 01 mission d'investigation dans 10 districts à risque		x	x	x	x
31.			Organiser des campagnes réactives contre la fièvre jaune dans 10 districts à faible immunité de 2017 à 2020.		x	x	x	x
32.		Renforcement de la couverture vaccinale VAA en routine	Cf: Prestations					
33.	Atteindre et maintenir les critères d'élimination de la rougeole et de contrôle du syndrome rubéoleux congénital d'ici 2020	Organiser la surveillance de la rougeole en mode d'élimination.	Organiser un atelier d'élaboration des directives de la surveillance de la rougeole en mode élimination.		x			x
34.			Former 164 CPEV et CSE des districts et 20 CSE de régions sur la surveillance en mode élimination.	x	x	x	x	x
35.			Fournir chaque 2 mois un forfait de 50 000 f CFA en carburant pour la surveillance active aux points focaux surveillance des 82 districts sanitaires.	x	x	x	x	x
36.			Organiser 04 missions du niveau central par an pour appui à la recherche active des cas.	x	x	x	x	x
37.		Organisation de la surveillance sentinelle du syndrome rubéoleux congénital	Conduire 02 missions prospectives d'identification des sites sentinelles de surveillance	x				
38.			Organiser un atelier d'élaboration du plan et des directives de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital	x				
39.			Reproduire 20 exemplaires du plan de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital pour les 10 sites sentinelles et le niveau central.	x				
40.			Diffuser le plan de mise en œuvre et des directives de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital aux 10 sites sentinelles	x				

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
			et au niveau central.					
41.			Former les 10 points focaux des 10 sites sentinelles de surveillance.	x		x		x
42.			Acquérir 600 kits (600 tubes, 600 tests) pour la surveillance du syndrome rubéoleux congénital par an	x	x	x	x	x
43.			Prendre en charge les frais d'acheminement de 600 échantillons par an des 10 sites.	x	x	x	x	x
44.			Prendre en charge les frais de communication des 10 agents des sites sentinelles par an.	x	x	x	x	x
45.			Organiser 03 missions de supervision des 10 acteurs des 10 sites sentinelles.	x	x	x	x	x
46.			Organiser 02 réunions de coordination au niveau centrale avec les 10 acteurs des 10 sites sentinelles.	x	x	x	x	x
47.		Renforcement de l'immunité contre la rougeole et la rubéole.	Organiser deux campagnes de suivi contre la rougeole et la rubéole chez les enfants 5 à 9 ans dans les 82 districts sanitaires		x			x
48.			Mettre en œuvre des activités de vaccination de routine contre la rubéole (Cf.: Prestations)		x	x	x	x
49.	D'ici 2020, contrôler la méningite A dans tous les districts sanitaires à risque.	Renforcement de la surveillance de la méningite A au cas par cas.	Acquérir 700 kits (700 tubes, 700 tests) pour la surveillance de la méningite A au niveau des 82 districts sanitaires.	x	x	x	x	x
50.			Former 500 acteurs de 25 districts à la surveillance au cas par cas de la méningite A.	x				
51.		Renforcement de l'immunité contre la méningite A	Conduire une riposte en cas d'épidémie de méningite à méningocoque A dans 25 districts.	x	x	x	x	x
52.			Conduire une campagne préventive contre la méningite à méningocoque A (population cible : enfants de 1 à 5 ans).			x		

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
53.			Introduire la méningite A en routine pour les enfants de 9 à 11 mois. (Cf.: Prestations).			x		
54.	D'ici 2020, maintenir les critères de l'élimination du TMN	Renforcement du suivi des performances de la surveillance du TMN	Réviser le plan actualisé de maintien de l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal	x				x
55.			Diffuser le plan actualisé de maintien de l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal	x				x
56.			Renforcer les capacités techniques de 164 points focaux surveillance des districts sur la surveillance des TMN. (Cf. : formation PFA)	x		x		x
57.			Produire 5 000 affiches d'information et de sensibilisation par an pour la promotion des accouchements à moindre risque.	x	x	x	x	x
58.		Renforcement de la couverture vaccinale VAT2+ en routine	Cf: Prestations	x	x	x	x	x
59.	D'ici 2020, renforcer la surveillance à base communautaire dans 100% des districts sanitaires	Organisation de la surveillance à base communautaire	Conduire un plaidoyer à la Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité pour parachever les textes sur le statut des agents de santé communautaire.	x				
60.			Organiser un atelier d'élaboration du plan national de la surveillance à base communautaire.	x				
61.			Reproduire 2.000 exemplaires des directives et des définitions de cas pour la surveillance à base communautaire par an.	x	x	x	x	x
62.			Diffuser les directives et les définitions des cas communautaires aux ASC des 82 districts et des 20 régions sanitaires	x	x	x	x	x
63.			Organiser un atelier de renforcement des capacités techniques de 2.000 ASC sur la surveillance à base communautaire.	x	x	x	x	x
64.	D'ici 2020, 100% des districts sanitaires mettent en œuvre les	Organisation de la surveillance des MAPI y compris	Organiser un atelier d'élaboration du plan de surveillance des MAPI	x				

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
65.	activités de surveillance des MAPI en routine.	l'invagination intestinale aigüe.	Diffuser 200 exemplaires des directives et les outils sur la surveillance des MAPI en routine aux 20 Directeurs Régionaux et aux 82 Directeurs Départementaux de la Santé.	x				
66.			Former les 82 CSE et CPEV des 82 districts et 20 CSE de régions à la surveillance des MAPI	x		x		x
67.			Prendre en charge les MAPI graves, y compris les invaginations, au niveau des districts	x	x	x	x	x
68.			Organiser 04 réunions trimestrielles par an pour la classification des cas de MAPI dans le cadre de la pharmacovigilance (imputabilité)	x	x	x	x	x
69.			Organiser un atelier d'élaboration du plan et des directives de mise en œuvre de la surveillance des invaginations intestinales aigues(IAA).	x	x	x	x	x
70.			Former 08 personnes par site dans les 04 sites de surveillance des IIA sur l'examen théorique.	x				
71.			Former 08 personnes par site dans les 04 sites sur l'examen cliniques pratiques de l'abdomen, à la recherche de boudin d'invagination par le toucher rectal.	x				
72.			Former 01 personne par site dans les 04 sites au diagnostic paraclinique des IIA, Radiographie de l'Abdomen sans Préparation (ASP), Echographie Abdominale) et au Lavement Opaque	x				
73.			Former 01 personne par site dans les 04 sites à la prise en charge chirurgicale des Invaginations intestinales aiguës.	x				

Tableau XXI-3 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Approvisionnement en vaccins et consommables, qualité et logistique PEV 2016-2020

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
1.	De 2016 à 2020 Satisfaire 100% des besoins des dépôts du niveau opérationnel en vaccins et consommables	Approvisionnement du niveau central et périphérique en vaccins et consommables d'injection de manière adéquate et continue	Organiser un atelier pour l'estimation annuelle des besoins en vaccins et consommables PEV	x	x	x	x	x
2.			Acquérir les vaccins et les consommables	x	x	x	x	x
3.			Organiser des missions trimestrielles de distribution des vaccins et consommables aux niveaux intermédiaires selon le plan de distribution	x	x	x	x	x
4.	D'ici 2020 Augmenter la capacité de stockage des dépôts central et périphériques d'au moins 90%	Renforcement en infrastructures et équipements	Construire 1 local au niveau central et 18 au niveau régional abritant les chambres froides	x	x	x	x	x
5.			Acquérir 7 chambres froides+ de 40 m3 au niveau central, 18 CF+ de 30m3 et 18 congélateurs au niveau régional, 216 réfrigérateurs au niveau district, 2279 réfrigérateurs au niveau centre de santé et 572 stabilisateurs	x	x	x	x	x
6.			Acquérir des enregistreurs continus de température avec système d'alarme via réseau téléphonique (10 niveau central et 18 en régional) et 2227 enregistreurs de type 30 jours et 110 socles de lecture, 4500 indicateurs de gel à tous les et 27 enregistreurs continu de température pour les camions frigorifiques	x	x	x	x	x
7.			Acquérir des groupes électrogènes stabilisateurs (1 de 500 KVA au niveau central, 94 de 30 KVA au niveau région et district) et 40 stabilisateurs triphasiques pour les régions et 82 stabilisateurs électriques pour les districts	x	x	x	x	x
8.			Acquérir 2132 extincteurs à tous les niveaux	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
9.			Construire 1 magasin sec de 600m² au niveau central et 18 de 100 m² au niveau régional	x	x	x	x	x
10.		Suivi- évaluation	Faire la cartographie de toutes les chambres froides	x	x	x	x	x
11.			Faire 4 missions de suivi par an des travaux de construction des magasins sec		x	x	x	x
12.	D'ici 2020, augmenter le taux de fonctionnalité des équipements CDF de 57% à 90%	Renforcement des activités de maintenance	Mettre à jour les inventaires des équipements CDF sur toute l'étendue du territoire	x	x	x	x	x
13.			Réaliser l'inventaire physique des équipements CDF sur toute l'étendue du territoire			x		
14.			Organiser un atelier de restitution de l'inventaire			x		
15.			Elaborer un plan de maintenance curative et préventive par structure de maintenance (CREMM et AMD)		x	x	x	x
16.			Faire 4 Missions trimestrielles d'interventions préventives		x	x	x	x
17.			Faire 5 missions maintenance curative par structure de maintenance et par an	x	x	x	x	x
18.			Elaborer le contrat de maintenance curative		X			
19.			Réaliser 4 missions de supervision par la DIEM des CREMM et ADM	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
20.			Former 10 agents au niveau central, 24 au niveau régional et 4 au niveau district impliqués dans la maintenance des équipements CDF		x		x	
21.		Renforcement des équipements des CREMM et AMD	Equiper les 8 CREMM en 8 kits informatiques et les 4 AMD en 4 kits informatiques		x	x		
22.			Equiper les 8 CREMM en 8 véhicules de type 4X4 et les 4 AMD en 8 motos		x	x		
23.			Doter la sous- direction de la maintenance de la DIEM en 2 kits informatiques pour le monitorage		x			
24.			Doter les CREMM ET AMD en pièces de rechange CDF		x	x	x	x
25.		Suivi et évaluation des activités de maintenance	Elaborer les outils de gestion de la maintenance (équipements CDF et matériel roulant)	x				
26.			Valider les outils de gestion de la maintenance (équipements CDF et matériel roulant)	x				
27.			Diffuser les outils de gestion de la maintenance (équipements CDF et matériel roulant)	x				
28.			Faire 5 missions de suivi des contrats de maintenance		x	x	x	x
29.	de 2016 à 2020, satisfaire au moins 80% des besoins des structures en moyens de transport à tous les niveaux	Renforcement des capacités des structures en moyens de transport	Acquérir 4 camions frigorifiques et 4 véhicules utilitaires au niveau central, 20 camions frigorifiques au niveau régional et 82 véhicules frigorifiques au niveau district	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
30.			Acquérir 70 véhicules de type 4X4 au niveau district	x				
31.			Acquérir 1275 motos au niveau district et centre de santé	x	x	x	x	x
32.	D'ici 2020, Améliorer la disponibilité et la qualité des données de vaccination et de gestion de stock des vaccins et consommables dans 100% des dépôts à tous les niveaux	Renforcement du système de gestion des vaccins à tous les niveaux	Réviser les outils de gestion des vaccins et consommables (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)		x	x	x	x
33.			Valider les outils de gestion des vaccins et consommables (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)		x	x	x	x
34.			Diffuser les outils de gestion des vaccins et consommables (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)		x	x	x	x
35.			Former 40 agents du niveau central, 20 logisticiens du niveau régional 20 CSE régionaux et 82 CPEV, à l'utilisation de eDVDMT		x		x	
36.			Former 40 agents du niveau central, 20 logisticiens du niveau régional et 82 CPEV à l'utilisation du système de gestion des vaccins(SMT)		x		x	
37.			Former 20 logisticiens et 6 techniciens de froid du niveau central et 20 logisticiens du niveau régional à l'utilisation des enregistreurs continus de température et indicateurs de gel	x				x
38.			Actualiser les inventaires des équipements informatiques		x		x	
39.			Equiper les logisticiens du niveau central en 5 kits informatiques, 20 au niveau régional et 82 au niveau districts	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
40.			Organiser 1 mission de supervision formative sur l'utilisation des outils de gestion	x	x	x	x	x
41.			Organiser l'évaluation de la gestion efficace des vaccins			x		x
42.	De 2016 à 2020 Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination dans au moins 40% des districts	Renforcement des structures en capacité de destruction de déchets	Doter 32 districts d'un incinérateur	x	x	x	x	x
43.			Former 82 points focaux districts en gestion déchets	x		x		x
44.		Suivi-Evaluation des activités de gestion des déchets	superviser l'ECD dans la mise en œuvre de leur plan de gestion de déchets	x	x	x	x	x
45.			Elaborer un plan de destruction des déchets vaccinaux par district	x	x	x	x	x
46.			Elaborer des outils de gestion des déchets vaccinaux	x	x	x	x	x

Tableau XXII-4 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Communication et génération de la demande 2016-2020

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
1.	D'ici 2020, Mettre à la disposition du Programme des documents d'orientation stratégique pour la communication en faveur du PEV	Planification stratégique/ Recherche formative	Organiser un atelier d'élaboration du plan stratégique de communication	x				
2.			Organiser un atelier de validation	x				
3.			Reproduire le document de stratégie	x				
4.			Disséminer le document de stratégie	x				

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
5.			Réaliser une évaluation des supports de communication existants	x				
6.			Organiser un atelier de restitution des résultats	x				
7.			Réaliser une étude CAP pour évaluer les niveaux des connaissances et d'adoption des comportements souhaités			x		
8.			Suivre l'utilisation des supports de communication	x				
9.			Réaliser l'évaluation à mi-parcours de la stratégie			x		
10.			Réaliser une documentation des pratiques communicationnelles pour promouvoir la vaccination de 1978 à 2015		x			
11.	D'ici 2020, porter de 29% à 45% le pourcentage de mères qui font vacciner leurs enfants dès la naissance et terminent le circuit de la vaccination en respectant le calendrier vaccinal	Communication pour le Changement de Comportement	Produire des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	x	x	x	x	x
12.			Diffuser des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	x	x	x	x	x
13.			Etendre le projet Rappel SMS dans 80 districts sanitaires		x	x	x	x
14.			Organiser des causeries éducatives de groupe sur les maladies cibles du PEV et sur la vaccination	x	x	x	x	x
15.			Organiser des séances de dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine		x	x	x	x
16.			Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village		x	x	x	x
17.			Etendre l'initiative 01 parrain pour 100 enfants à vacciner à 55 districts	x	x	x		
18.			Produire 11 capsules télévisées sur les maladies cibles du PEV	x		x		x
19.			Diffuser les capsules télévisées sur les maladies cibles du PEV	x	x	x	x	x
20.			Assurer la promotion de la vaccination lors de la semaine africaine de vaccination	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
21.			Organiser une campagne annuelle de sensibilisation multi média y compris les TIC sur 1 mois	x	x	x	x	x
22.			Produire des supports (affiches, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté y compris les supports multimédia sur la gratuité de la vaccination (Affiches, spot radio et télé)	x	x	x	x	x
23.	D'ici 2020, porter de 50% à 80% le pourcentage de mères et de gardiennes d'enfants de 0 à 11 mois, y compris les populations spéciales qui connaissent le calendrier vaccinal des enfants et des femmes enceintes		Former 109 préfets, 340 sous –préfets 82, DDS, 20 DRS, 100 ONG en approche communautaire		x			
24.								
25.			Organiser des séances de dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine		x	x	x	x
26.	D'ici 2020, porter de 03% à 17% le pourcentage de mères qui connaissent au moins 05 maladies cibles du PEV		Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village		x	x	x	x
27.	D'ici 2020, réduire de 43% à 26% le pourcentage de parents qui évoquent le manque de motivation comme raison de non vaccination complète de leurs enfants		Renforcer les capacités des 82 PFC en Communication Inter Personnelle (CIP)	x	x			
28.			Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village		x	x	x	x
29.			Former les prestataires des aires sanitaires en CIP		x	x	x	x
30.	D'ici 2020, au moins cinq réseaux associatifs, cinq réseaux professionnels et cinq réseaux administratifs auront été impliqués dans la promotion de la vaccination de routine au niveau	Mobilisation sociale	Organiser des séances de dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine		x	x	x	x
31.			Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village		x	x	x	

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
32.	des districts sanitaires		Former 02 membres des réseaux associatifs, professionnels et administratifs en approche communautaire		x	x		
33.			Organiser le lancement officiel de l'introduction des nouveaux vaccins, des AVS et de la SAV	x	x	x	x	x
34.	D'ici 2020, les autorités ministérielles sanitaires auront pris les textes réglementaires pour rendre les points focaux de communication opérationnels	Plaidoyer	Organiser une réunion d'orientation avec les 20 DRS, 18 DCPS, 82 DDS sur l'importance de rendre opérationnels les PFC		x	x		
35.			Organiser 01 réunion de plaidoyer de haut niveau à l'endroit de la MSHP		x	x		
36.			Organiser des rencontres de suivi de la mise en œuvre des décisions prises		x	x		
37.	D'ici 2020, les autorités ministérielles auront mis en place un cadre de coordination de la communication en faveur des programmes de santé		Organiser une réunion d'orientation avec le SCRP, la DGS et les 18 DCPS sur l'importance de la mise en place d'un cadre de coordination de la communication en faveur des programmes de santé		x	x		
38.			Organiser 01 réunion de plaidoyer de haut niveau à l'endroit de la MSHP		x	x		
39.			Organiser des rencontres de suivi de la mise en œuvre des décisions prises		x	x		
40.	D'ici 2020, le mécanisme de financement de la communication pour la vaccination sera développé davantage		Organiser une réunion d'orientation avec la DGS, la DCPEV, les 20 DRS et le MEF sur l'importance de la mise en place d'un mécanisme pour le financement durable de la communication pour la vaccination		x	x		
41.			Organiser des rencontres de suivi de la mise en œuvre des décisions prises		x	x		
42.			Activer le site web de la DCPEV	x				
43.	D'ici 2020, tous les points focaux de communication utiliseront des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine	Renforcement des capacités	Organiser des missions d'appui à l'élaboration des plans de communication dans les districts sanitaires	x				
44.			Organiser un atelier d'élaboration des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine	x				
45.			Produire des outils de gestion de la communication	x				

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
			pour le PEV de routine					
46.			Organiser un atelier d'orientation des PFC sur l'utilisation des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine	x				
47.			Organiser des visites de supervision des points focaux de communication	x	x	x	x	x
48.			Organiser des réunions trimestrielles de suivi des performances des PFC	x	x	x	x	x
49.			Organiser des ateliers de formation des SAS en communication de crise	x				
50.			Organiser des ateliers de formation des PFC en communication de crise		x			
51.	D'ici 2020, au moins 50% des ONG/OBC (agréées par le MSHP) seront impliquées dans la promotion de la vaccination de routine	Partenariat	Contractualiser avec les ONG qui ont la possibilité d'atteindre les populations non desservies	x				
52.			Organiser un atelier d'orientation avec la DSCMP, les 20 DRS et la FENOSCI pour la validation du paquet minimum d'activités des ONG		x			
53.			Former 02 membres de 108 ONG au dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine		x			
54.	D'ici 2020, au moins 20% des structures para publiques et privées partenaires octroient des ressources additionnelles ou des tarifs spéciaux pour la promotion publicitaire du PEV		Organiser un atelier d'orientation avec le SCRP, la DCPEV, 20 DRS sur la mise en place de partenariats de collaboration avec le secteur para public et le secteur privé	x	x			
55.			Mettre en place un mécanisme de suivi du partenariat avec le secteur para public et le secteur privé	x	x			
56.								
57.	D'ici 2020, améliorer l'accès équitable aux services de vaccination quel que soit le lieu de résidence	Renforcement des activités de vaccination de routine dans les zones prioritaires pour éliminer les inéquités	Mettre en place des groupes de pression pour la vaccination dans les zones défavorisées	x	x	x	x	x
58.		Renforcement des connaissances et	Appuyer les districts sanitaires pour le suivi du statut vaccinal de chaque enfant en s'appuyant sur	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
		des capacités des agents de santé et des organisations de la société civile pour une offre équitable de la vaccination	le registre de vaccination, les bases de données électroniques, les cahiers communautaires					
59.			Appuyer les organisations de la société civile et les autorités préfectorales dans l'organisation et la planification des activités de vaccination	x	x	x	x	x
60.			Former les agents de santé et les organisations de la société civile pour faire participer les collectivités, à identifier les personnes influentes	x	x			

Tableau XXIII-5 : Objectifs, stratégies et activités essentielles du bloc fonctionnel : Gestion des programmes 2016-2020

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
1.	D'ici 2020, Améliorer la mobilisation des ressources financières	Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières adéquates	Faire adopter par le Ministre du Budget, le budget programme relatif à l'acquisition des vaccins et consommables	x	x	x	x	x
2.			Organiser une séance de présentation du PPAC	x				
3.			Elaborer une stratégie de mobilisation de ressources additionnelles (secteur privé, société civile, ONG)	x				
4.			Adhérer à l'initiative de l'indépendance vaccinale	x	x	x	x	x
5.		Amélioration du suivi financier	Produire trimestriellement un état financier récapitulatif des dépenses	x	x	x	x	x
6.	D'ici 2020, Améliorer la coordination et le cadre institutionnel sur la vaccination	Renforcement des capacités	Former les administratifs (Service financier) sur la procédure d'acquisition des vaccins	x				
7.			Former le personnel administratif à l'utilisation de l'outil informatique (Word, Excel, Power-point, Access)	x	x	x	x	x
8.			Faire affecter un personnel un ingénieur-statisticien et un agent de saisie dans l'équipe de suivi évaluation	x				
9.		Elaboration/Révision des procédures PEV	Elaborer/Réviser les manuels de procédures du PEV	x				
10.			Reproduire et diffuser les manuels de procédures du PEV	x	x			
11.		Renforcement du cadre institutionnel sur la vaccination en Côte d'Ivoire	Réviser le document de politique nationale de vaccination	x				
12.			Diffuser le document de politique nationale de vaccination		x			
13.			Elaborer le projet de loi sur la vaccination			x	x	
14.			Faire adopter le projet de loi sur la vaccination par l'Assemblée Nationale		x	x	x	
15.		Renforcement du suivi et de l'évaluation des plans stratégiques et opérationnels	Organiser trimestriellement les réunions du GTR et du CCIA	x	x	x	x	x
16.			Organiser la revue annuelle des plans d'action opérationnelle suivie de l'élaboration des PAO à venir	x	x	x	x	x

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Chronogramme				
				2016	2017	2018	2019	2020
17.			Organiser la revue à mi-parcours du PPAC 2016-2020			x		x
18.			Organiser la revue externe du PEV					x
19.			Organiser un atelier d'élaboration du PPAC 2021-2025					x
20.			Créer une plateforme de coordination des activités de vaccination avec les structures privées	x				
21.		Promotion des bonnes pratiques	Organiser des rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques	x		x	x	x
22.			Appuyer la supervision par les pairs au niveau régional	x	x	x	x	x
23.	D'ici 2020, Améliorer la qualité des données de vaccination à tous les niveaux	Mise en place de mécanisme de validation des données	Organiser les réunions de validation des données de vaccination de routine et de surveillance selon la périodicité suivante: mensuelle (aire de santé et niveau central), bimestrielle (district) et trimestrielle (région)	x	x	x	x	x
24.			Organiser des réunions mensuelles et trimestrielles de monitorage des activités de vaccination	x	x	x	x	x
25.								
26.		Renforcement des capacités des gestionnaires de données	Organiser des sessions de formation des équipes cadres de districts et de régions aux DQS à raison de 03 par district et 02 par région	x				
27.			Conduire un DQS annuel au niveau régional	x	x	x	x	x
28.			Organiser des supervisions formatives intégrant la qualité des données par niveau et selon la périodicité en vigueur	x	x		x	x
29.								
30.			Assurer la disponibilité des outils de gestion à tous les niveaux	x	x	x	x	x
31.	D'ici 2020, motiver le personnel en charge de la vaccination à tous les niveaux	Promotion du personnel en charge de la vaccination à tous les niveaux	Organiser la nuit de la vaccination		x		x	
32.			Donner une prime de motivation du personnel du niveau central	x	x	x	x	x

6. SUIVI ET EVALUATION

6.1. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION

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

- une revue annuelle du plan d'action opérationnelle de l'année
- Une revue à mi-parcours du PPAC
- une revue à la fin du PPAC
- une revue externe du PEV

6.2. INDICATEURS DE SUIVI - ÉVALUATION

Les indicateurs du suivi et de l'évaluation du PPAC 2016-2020 sont indiqués au tableau N° XXIV

Tableau XXIV : Indicateurs de suivi et évaluation du PPAC du PEV 2016-2020

Tableau XXV-1 : Prestations des services de vaccinations

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
Objectif spécifique 1 : D'ici 2020, atteindre une couverture vaccinale d'au moins 95% au niveau national et au moins 95% dans chaque district pour tous les antigènes et chaque centre vaccinateur						
1.1.	Renforcement des services de vaccination	Organiser l'élaboration des micros plans des districts par les DRSHP	DCPEV/DRSHP	100% des districts disposent de microplans	Proportion de district ayant un microplan	Document synthèses des microplans
1.2.		Organiser les stratégies avancées et mobiles dans tous les districts	DCPEV/ DRSHP/DDSHP	100% des séances de vaccination en avancées et en mobiles prévues sont organisées	Proportion de séance de stratégies avancées et mobile effectuées	Rapports narratif et rapport mensuel PEV
1.3.		Elaborer le plan de formation en gestion PEV	DCPEV/Prestation	Plan formation élaboré	Disponibilité du plan dans les délais requis	plan de formation disponible
1.4.		Mettre en œuvre le plan de formation	DCPEV/Prestation	Au moins 80% des activités ont été réalisées	Taux d'exécution	Le rapport d'activité
1.5.		Organiser la supervision formative des agents à tous les niveaux	DCPEV/DRSHP	Au moins 80% des supervisions planifiées sont réalisées	Taux de réalisation des supervisions planifiées	Rapports de supervision
1.6.		Organiser le monitorage semestriel des activités de vaccination	DCPEV/DRSHP	Au moins 80% des activités de monitorage sont réalisées	Taux de réalisation du monitorage	Rapport de monitorage
1.7.		Réviser les outils et les directives du PEV	DCPEV	Outils et directives révisés	Proportion de district ayant reçu les outils et les directives révisés	Outils et directives révisés et bordereaux de transmission
1.8.		Diffuser les outils et les directives du PEV	DCPEV	Outils et directives diffusés dans	Proportion de district ayant reçu les outils et	bordereaux de transmission

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
				100% des districts	les directives révisés	
1.9.		Former les acteurs du PEV au LMG (Cf. gestion du programme)	DCPEV/PNLP/USAID	100% des Acteurs du PEV programmés sont formés	Proportion d'acteurs formés	Rapport de formation
1.10.		Former les responsables de vaccination des structures privées à la gestion du PEV dans 10 districts prioritaires par année	DCPEV/DDS	Responsables de vaccination PEV formés à la gestion PEV	Proportion d'acteurs formés Proportion de districts ayant bénéficié de la formation	Rapport de formation Liste des participants
1.11.		Faire le suivi des activités de vaccination dans les structures privées	DCPEV/DDS	Structures privées impliquées dans les activités de vaccination	Nombre de structures privées visitées	Rapport de mission de suivi
Objectif spécifique 2 : D'ici 2020, réduire le taux d'abandon penta 1/3 à moins de 10% au niveau national						
2.1.	Renforcement des mécanismes et suivi communautaire du calendrier vaccinal	Elaborer des outils de suivi du calendrier vaccinal au niveau communautaire	DCPEV	Outils d'enregistrement élaborés disponibles	Nombre d'ESPC disposant des outils d'enregistrement	Bordereaux de transmission
2.2.		Former les responsables des ESPC aux outils de suivi du calendrier vaccinal au niveau communautaire	DCPEV/DDS	1919 Responsables ESPC formés	Nombre de responsables des ESPC formés à l'enregistrement des naissances	Rapport de formation et liste des participants
2.3.		Faire le suivi des outils de suivi du calendrier vaccinal au niveau communautaire	DDS	Activités d'enregistrement faites	Nombre de districts assurant le suivi d'enfants enregistrés	Outils d'enregistrement
2.4.		Organiser la Semaine Africaine de Vaccination	DCPEV	Semaine Africaine organisée	Nombre d'enfants vaccinés lors de	Rapport d'activité

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
				chaque année	la semaine	
Objectif spécifique 3 : D'ici fin 2020, réduire la morbidité et la mortalité due à la rubéole, la méningite A, au HPV et à l'hépatite B						
3.1.	Introduction de nouveaux vaccins (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)	Elaborer les plans d'introduction des vaccins (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)	DCPEV/prestation	Tous les Plans sont élaborés	Les différents plans sont élaborés dans les délais requis	Disponibilité du plan
3.2.		Organiser deux évaluations pré-introduction des vaccins (RR ; MenAfrivac ; Hépatite B à la naissance)	DCPEV/ Suivi Evaluation	Les évaluations sont conduites	Les performances du PEV	Les rapports des évaluations post introduction
3.3.		Faire la soumission pour l'introduction des nouveaux vaccins	DCPEV	Document de soumission fait	Documents d'introduction soumis existent	portail de soumission GAVI
3.4.		RR	DCPEV	Document de soumission de RR fait	Documents d'introduction soumis existent	portail de soumission GAVI
3.5.		MenAfrivac	DCPEV	Document de soumission de MenAfrivac fait	Documents d'introduction soumis existent	portail de soumission GAVI
3.6.		Hépatite B à la naissance	DCPEV	Document de soumission de l'Hépatite B fait	Documents d'introduction soumis existent	portail de soumission GAVI
3.7.		Diffuser les outils et modules de formation (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)	DCPEV	Outils et modules révisés	Proportion de district ayant reçu les outils et les modules révisés	Bordereaux de transmission
3.8.		Former les acteurs de tous les niveaux à la gestion des nouveaux vaccins (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)	DCPEV/DRS/DDS	Acteurs formés	Nombre d'acteurs formés	Rapport de formation
3.9.		Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins	DCPEV/ Suivi Evaluation	Les évaluations sont conduites	Les performances du PEV	Les rapports des évaluations post introduction
3.10.		Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins	DCPEV/ Suivi Evaluation	Les évaluations sont conduites	Les performances	Les rapports des évaluations post

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		RR			du PEV	introduction
3.11.		Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins MenAfrivac	DCPEV/ Suivi Evaluation	Les évaluations sont conduites	Les performances du PEV	Les rapports des évaluations post introduction
3.12.		Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins Hépatite B à la naissance	DCPEV/ Suivi Evaluation	Les évaluations sont conduites	Les performances du PEV	Les rapports des évaluations post introduction
3.13.		Organiser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins Rota	DCPEV/ Suivi Evaluation	Les évaluations sont conduites	Les performances du PEV	Les rapports des évaluations post introduction
3.14.		Organiser le deuxième passage de la première phase du projet de démonstration HPV	DCPEV /PNSSU/PNLCa	Première phase du projet organisée	Proportion de jeunes filles vaccinées contre le HPV	Rapport d'activité
3.15.		Organiser le premier passage de la deuxième phase du projet de démonstration HPV	DCPEV /PNSSU/PNLCa	Deuxième phase du projet organisée	Proportion de jeunes filles vaccinées contre le HPV	Rapport d'activité
3.16.		Organiser le deuxième passage de la deuxième phase du projet de démonstration HPV	DCPEV /PNSSU/PNLCa	Deuxième phase du projet organisée	Proportion de jeunes filles vaccinées contre le HPV	Rapport d'activité
3.17.		Organiser l'évaluation du projet de démonstration HPV	DCPEV/ Suivi Evaluation	Les évaluations sont conduites	Les performances du PEV	Les rapports des évaluations post introduction

Tableau XXVI-2 : Surveillance et contrôle de la maladie

N°	Stratégies	Activités	Responsables	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
Objectif spécifique 1 : Maintenir le statut de pays libre de poliomyélite d'ici 2020.						
1.1.	Renforcement des capacités techniques des acteurs	Mettre à niveau 30 acteurs de la DCPEV à la surveillance épidémiologique	DCPEV	Les 30 acteurs de la DCPEV mettent en œuvre la surveillance épidémiologique	Les 30 acteurs de la DCPEV formés à la surveillance	Rapport de mise à niveau
1.2.		Former 82 CSE de districts, 82 CPEV, 20 CSE régionaux de la santé à la surveillance de la paralysie flasque aigue et des autres maladies cibles du PEV.	DCPEV/IPCI/OMS	82 CSE ,82 CPEV, 20 CSE régionaux mettent en œuvre la surveillance des maladies cible du PEV.	Nombre de CSE de districts, CPEV, CSE régionaux formés.	Rapport de formation.
1.3.		Mettre à niveau 1943 points focaux des sites prioritaires	DCPEV/IPCI/OMS	1943 points focaux sont formés	Nombre de points focaux mis à niveau	Rapport de formation
1.4.		Conduire 04 missions de supervision par an par le niveau central dans les régions et districts sanitaires à faible performance	DCPEV	Les régions et les DDS de faibles performances sont supervisés.	Nombre de mission de supervisions réalisées.	Rapport de supervision
1.5.	Renforcement de la surveillance	Produire 4500 fiches de gestion, 408 exemplaires de directives actualisées des prélèvements par an et 10.000 affiches de surveillance.	DCPEV /OMS	4500 fiches de gestion et 408 directives et 10.000 affiches sont produites.	Nombre de fiches, d'exemplaires de directives et d'affiches produites.	Bordereau de livraison des intrants.
1.6.		Acquérir 1500 kits de prélèvement par an	DCPEV /OMS	1500 kits sont disponibles par an	Nombre de kits de prélèvement mobilisés par an.	Bordereau de livraison
1.7.		Prendre en charge les frais d'acheminement de 1500 échantillons attendus par an (transport, frais d'hôtel, taxi et frais d'expédition).	DCPEV /OMS	Frais d'acheminement de 1500 échantillons sont prise en charge.	Nombre d'échantillons dont les frais d'acheminement ont été pris en charge.	Fiches d'émargement et autres justificatifs (transport, frais d'expédition)
1.8.		Fournir chaque 02 mois un forfait de 50.000 f CFA en carburant pour la surveillance active aux points focaux surveillance des 82 districts sanitaires.	DCPEV /OMS	Chaque district sanitaire met en œuvre la surveillance active.	Nombre de districts sanitaires ayant reçu le forfait de 50.000 f CFA et ayant	Fiches d'émargement, fiches de surveillance active

N°	Stratégies	Activités	Responsables	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
					effectué la recherche active.	
1.9.		Formaliser les contrats annuels avec les compagnies de transport pour l'acheminement des prélèvements	DCPEV/ DRS/ DDS	Les contrats annuels sont formalisés avec les compagnies de transports	Nombre de district avec contrat formalisé	Contrat annuel
1.10.		Actualiser la liste des sites prioritaires de surveillance active au niveau des 82 districts sanitaires	DCPEV/ DRS/ DDS	La liste des sites prioritaire est actualisée	Nombre de DDS avec sites prioritaires actualisé.	Liste actualisée.
1.11.		Réviser les directives et outils de gestion de surveillance	DCPEV	Les outils de gestion et directives sont révisés.	Nombre de directives et outils révisé	Liste des outils révisés
1.12.		Reproduire et diffuser les directives et outils de gestion de surveillance pour les 20 directions régionales, 82 districts sanitaires et 1943 sites prioritaires	DCPEV	Tous les outils de gestion de surveillance et les directives sont reproduits et diffusés	Nombre d'outils de gestion de surveillance et les directives diffusé	Bordereau de transmission/ réception
1.13.		Mettre en place la surveillance environnementale des poliovirus	DCPEV/ OMS / IPCI	Surveillance environnementale fonctionnelle	Nombre d'échantillons traité	Rapport d'activité
1.14.		Organiser une revue externe de la surveillance	DCPEV/ OMS / IPCI/ INHP	Revue externe organisée	Nombre des structures des niveaux central, régional et district enquêté	Rapport de la revue externe
1.15.	Organisation des AVS polio préventive/ réactive	Reproduire 200 exemplaires du plan national actualisé de riposte à toutes nouvelles infections de poliomyélite pour les 82 districts, les 20 régions sanitaires et le niveau central.	DCPEV	Reproduction de 200 exemplaires du plan de riposte	Nombre d'exemplaires produit	Bordereau de livraison
1.16.		Diffuser le plan national actualisé de riposte à tous les niveaux.	DCPEV	Le plan de riposte actualisé est diffusé au 82 DDS et aux 20 DRS.	Nombre de DDS et de DRS disposant du plan de riposte	Bordereau de livraison
1.17.		Organiser 02 passages par an de journées nationales de vaccination	DCPEV /OMS /UNICEF/ROTARY	Organisation de 02 passages de JNV polio par an.	Nombre de JNV polio organisé par	Rapports techniques des

N°	Stratégies	Activités	Responsables	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		contre la poliomyélite			an	JNV.
1.18.	Renforcement du suivi des performances de la surveillance des PFA	Organiser 02 missions de supervision des comités nationaux polio par an au niveau des districts à faible performance.	DCPEV /OMS	Organisation de missions de supervision par an.	Nombre de mission de supervision organisé par an.	Rapport de mission
1.19.		Organiser 04 réunions annuelles de suivi du CNC/CNEP /SCC par le secrétariat.	DCPEV /OMS	Organisation de réunions de suivi.	Nombre de réunion de suivi organisé.	Rapport des réunions de suivi.
1.20.		Organiser 02 réunions de suivi par an avec les CSE, CPEV et les points focaux communication.	DCPEV /OMS /UNICEF/IPCI	Les réunions de suivi sont organisées avec les CSE, CPEV et les PFC	Nombre de réunions organisé	Rapport de réunions
1.21.		Organiser 02 réunions de suivi par an avec les DRS et les DDS.	DCPEV /OMS /UNICEF/IPCI	Les réunions de suivi sont organisées	Nombre de réunions de suivi organisé.	Rapport de réunions
1.22.	Partage des acquis de la lutte contre la polio.	Organiser un atelier de validation d'un plan relatif à la rétrocession de l'héritage de l'éradication de la poliomyélite à d'autres secteurs de la surveillance.	DCPEV	L'atelier d'élaboration du plan est organisé.	Atelier réalisé	Rapport de l'atelier
Objectif spécifique 2 : D'ici 2020, contrôler la fièvre jaune dans tous les districts						
2.1.	Renforcement de la surveillance active	Organiser un atelier de mise à jour du plan national de riposte contre la fièvre jaune	DCPEV /OMS / UNICEF/IPCI	Plan national de riposte contre la FJ est mise à jour.	Atelier réalisé	Rapport de l'atelier
2.2.		Reproduire 200 exemplaires du plan national actualisé de riposte contre la fièvre jaune pour les 82 districts, les 20 régions sanitaires et le niveau central.	DCPEV	Reproduction de 200 exemplaires du plan de riposte	Nombre d'exemplaires produit	Bordereau de livraison
2.3.		Diffuser le plan national actualisé de riposte aux districts sanitaires, aux régions et au niveau central.	DCPEV	Le plan de riposte actualisé est diffusé au 82 DDS et aux 20 DRS.	Nombre de DDS et de DRS disposant du plan de riposte	Bordereau de livraison
2.4.		Organiser 04 missions annuelles d'appui à la recherche active des cas suspects de fièvre jaune dans les districts à faible performance.	DCPEV	Les missions d'appui à la surveillance sont organisées par an.	Nombre de mission d'appui organisé	Rapport de mission

N°	Stratégies	Activités	Responsables	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
2.5.	Organisation d'AVS dans les districts en épidémie de fièvre jaune	Organiser 01 mission d'investigation dans chacun des 45 districts à risque en 2016	DCPEV	une mission d'investigation dans les districts à risque organisée	Nombre de mission d'investigation organisée.	Rapport de mission.
2.6.		Organiser des campagnes réactives contre la fièvre jaune dans les 45 districts à faible immunité.	DCPEV/ OMS/ UNICEF/ IPCI	campagnes réactives contre la fièvre jaune dans les DDS épidémiques organisées.	Nombre d'AVS réactive organisé.	Rapport technique de la campagne.
2.7.		Organiser 1 mission d'investigation dans 10 districts à risque de 2017 à 2020.	DCPEV	Une mission d'investigation est organisée dans chacun des 10 DDS.	Nombre de DDS en épidémie ayant fait l'objet d'une investigation.	Rapport d'investigation.
2.8.		Organiser des campagnes réactives contre la fièvre jaune dans 10 districts à faible immunité de 2017 à 2020.	DCPEV /OMS / UNICEF/IPCI	Une campagne contre la fièvre jaune est organisée de 2017 à 2020	Nombre de district en épidémie ayant fait l'objet d'une riposte.	Rapport technique de la riposte
Objectif spécifique 3 : Atteindre et maintenir les critères d'élimination de la rougeole et de contrôle du syndrome rubéoleux congénital d'ici 2020						
3.1.	Organiser la surveillance de la rougeole en mode d'élimination.	Organiser un atelier d'élaboration des directives de la surveillance de la rougeole en mode élimination.	DCPEV/ OMS/ UNICEF/ IPCI	L'atelier d'élaboration des directives est organisé.	Atelier organisé	Rapport de l'atelier
3.2.		Former 164 CPEV et CSE des districts et 20 CSE de régions sur la surveillance en mode élimination.	DCPEV/ OMS/ UNICEF/ IPCI	164 CSE, CPEV et 20 CSE régionaux sont formés.	Nombre de CSE, CPEV et CSE régionaux formés.	Rapport de formation.
3.3.		Fournir chaque deux (02) mois un forfait de 50 000 F CFA en carburant pour la surveillance active aux points focaux surveillance dans 82 districts sanitaires	DCPEV/ OMS	Chaque district sanitaire met en œuvre la surveillance de la rougeole en mode élimination.	Nombre de districts sanitaires ayant reçu le forfait de 50.000 f CFA et ayant effectué la surveillance de la rougeole en mode élimination.	Fiches d'émargement, fiches de surveillance de la rougeole en mode élimination.
3.4.		Organiser 04 missions du niveau central par an pour l'appui à la recherche active des cas.	DCPEV/ OMS	Organisation de missions d'appui à la surveillance active.	Nombre de missions d'appui effectué	Rapport technique de mission.

N°	Stratégies	Activités	Responsables	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
3.5.	Organisation de la surveillance sentinelle du syndrome rubéoleux congénital	Conduire 02 missions prospectives d'identification des sites sentinelles de surveillance	DCPEV	missions d'identification des sites sentinelles organisées.	Nombre de mission d'identification des sites sentinelles organisé.	Rapport technique de mission.
3.6.		Organiser un atelier d'élaboration du plan et des directives de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital	DCPEV/ OMS	atelier d'élaboration des directives organisé.	Atelier d'élaboration organisé	Rapport de l'atelier
3.7.		Reproduire 20 exemplaires du plan de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital pour les 10 sites sentinelles et le niveau central.	DCPEV	20 exemplaires du plan de mise en œuvre reproduits	Nombre d'exemplaire de plan de mise en œuvre produit	Bordereau de livraison
3.8.		Diffuser le plan de mise en œuvre et des directives de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital aux 10 sites sentinelles, et au niveau central.	DCPEV	Plan de mise en œuvre et directives diffusés aux sites sentinelles et au niveau central.	Nombre de sites sentinelle disposant du plan de mise en œuvre et des directives	Bordereau de livraison
3.9.		Former les 10 points focaux des 10 sites sentinelles de surveillance.	DCPEV	Points focaux des sites sentinelles formés.	Nombre de points focaux des sites sentinelles formé.	Le rapport de formation.
3.10.		Acquérir 600 kits (600 tubes, 600 tests) pour la surveillance du syndrome rubéoleux congénital par an	DCPEV /OMS	600 kits pour la surveillance du syndrome rubéoleux congénital disponibles	Nombre de kit de prélèvement mobilisés.	Bordereau de livraison
3.11.		Prendre en charge les frais d'acheminement de 600 échantillons par an dans 10 sites.	DCPEV /OMS	Frais d'acheminement pris en charge.	Nombre de sites ayant eu une prise en charge et effectuant la surveillance.	Etat d'émargement
3.12.		Prendre en charge les frais de communication des 10 agents des sites sentinelles par an.	DCPEV /OMS	Frais d'acheminement pris en charge.	Nombre de sites ayant eu une prise en charge et effectuant la surveillance.	Etat d'émargement

N°	Stratégies	Activités	Responsables	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
3.13.		Organiser 03 missions de supervision des 10 acteurs des 10 sites sentinelles.	DCPEV	Missions de supervision organisées	Nombre de missions de supervision effectué	Rapport technique de mission de supervision.
3.14.		Organiser 02 réunions de coordination au niveau centrale avec les 10 acteurs des 10 sites sentinelles.	DCPEV	Réunion de coordination au niveau central organisée.	Nombre de réunion de coordination au niveau central	Rapport de réunion.
3.15.	Renforcement de l'immunité contre la rougeole et la rubéole.	Organiser deux campagnes de suivi contre la rougeole et la rubéole chez les enfants de 05 à 09 ans dans les 82 districts sanitaires en 2017 et en 2020.	DCPEV/ PTF	Campagne de suivi contre la rougeole et la rubéole organisée.	Nombre d'AVS contre la rougeole réactive organisé.	Rapport technique de la campagne.
Objectif spécifique 4 : D'ici 2020, contrôler la méningite A dans tous les districts sanitaires à risque.						
4.1.	Renforcement de la surveillance de la méningite A au cas par cas.	Acquérir 700 kits (700 tubes, 700 tests) pour la surveillance de la méningite A au niveau des 82 districts sanitaires.	DCPEV /OMS	700 kits pour la surveillance de la méningite A disponibles	Nombre de kit de prélèvement mobilisés.	Bordereau de livraison
4.2.		Former 500 acteurs de 25 districts à la surveillance au cas par cas de la méningite A.	DCPEV	500 acteurs de 25 districts formés à la surveillance au cas par cas.	Nombre d'acteurs formés.	Rapport de formation.
4.3.	Renforcement de l'immunité contre la méningite A	Conduire une riposte en cas d'épidémie de méningite à méningocoque A dans 25 districts.	DCPEV	Riposte en cas d'épidémie de méningite conduite	Nombre de riposte organisé en cas d'épidémiologie	Rapport de la riposte.
4.4.		Conduire une campagne préventive contre la méningite à méningocoque A (population cible : enfants de 1 à 5 ans).	DCPEV/ PTF	Campagne préventive contre la méningite A conduite	Nombre de campagne contre la méningite A organisé	Rapport technique de la campagne.
4.5.	Renforcement du suivi des performances de la surveillance du TMN	Réviser le plan actualisé de maintien de l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal	DCPEV	Plan actualisé de maintien de l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal révisé	Nombre de DDS disposant du plan de maintien de l'élimination révisé	Bordereau de livraison
4.6.		Diffuser le plan actualisé de maintien de l'élimination du Tétanos Maternel Néonatal	DCPEV	Plan actualisé de maintien de l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal diffusé	Nombre de DDS disposant du plan de maintien de l'élimination	Bordereau de transmission/ réception

N°	Stratégies	Activités	Responsables	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
4.7.		Renforcer les capacités techniques de 164 points focaux surveillance des districts sur la surveillance des TMN. (cf. : formation PFA)	DCPEV	164 points focaux surveillance des districts formés à la surveillance des TMN.	Nombre de point focaux formé à la surveillance des TMN.	Le rapport de formation.
4.8.		Produire 5000 affiches d'information et de sensibilisation par an pour la promotion des accouchements à moindre risque.	DCPEV	500 affiches d'information et de sensibilisation pour la promotion des accouchements à moindre risque reproduits.	Nombre d'affiches d'information et de sensibilisation pour la promotion des accouchements à moindre risque produits	Bordereau de livraison
Objectif spécifique 5 : D'ici 2020, renforcer la surveillance à base communautaire dans 100% des districts sanitaires						
5.1.	Organisation de la surveillance à base communautaire	Conduire un plaidoyer à l'endroit de la Direction de la Santé Communautaire pour parachever les textes sur le statut des agents de santé communautaire.	DCPEV	Plaidoyer à l'endroit de la Direction de la Santé Communautaire conduit.	Nombre de plaidoyer à la direction de la santé conduit.	Document de plaidoyer.
5.2.		Organiser un atelier d'élaboration du plan national de la surveillance à base communautaire.	DCPEV/OMS	atelier d'élaboration du plan national de la surveillance à base communautaire organisé.	Nombre d'atelier organisé	Rapport de l'atelier
5.3.		Reproduire 2.000 exemplaires des directives et des définitions de cas pour la surveillance à base communautaire par an.	DCPEV	2 000 exemplaires des directives et des définitions de cas pour la surveillance à base communautaire produits	Nombre des directives et des définitions de cas produit	Bordereau de livraison
5.4.		Diffuser les directives et les définitions des cas communautaires aux ASC des 82 districts et des 20 régions sanitaires	DCPEV	Directives et définitions des cas communautaires aux ASC diffusés.	Nombre de directives et définitions des cas communautaires diffusé.	Bordereau de livraison
5.5.		Organiser un atelier de renforcement des capacités techniques de 2.000 ASC sur la surveillance à base communautaire.	DCPEV/OMS	atelier renforcement des capacités techniques de 2.000 ASC organisé.	Nombre d'atelier de renforcement techniques organisé	Rapport de l'atelier

N°	Stratégies	Activités	Responsables	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
5.6.	Organisation de la surveillance des MAPI y compris l'invagination intestinale aigüe.	Organiser un atelier d'élaboration du plan de surveillance et du manuel de surveillance des MAPI	DCPEV/OMS	Atelier d'élaboration du plan de surveillance des MAPI et le manuel national organisé.	Nombre d'atelier d'élaboration du manuel et du plan de surveillance organisé	Rapport de l'atelier.
5.7.		Diffuser 200 exemplaires des directives et les outils sur la surveillance des MAPI en routine aux 20 Directeurs Régionaux et aux 82 Directeurs Départementaux de la Santé	DCPEV	200 exemplaires des directives et des outils de la surveillance des MAPI diffusés.	Nombre de directives et des outils de surveillance diffusé.	Bordereau de livraison
5.8.		Prendre en charge les MAPI graves y compris les investigations au niveau des districts	DCPEV	MAPI graves pris en charge	Nombre de cas de MAPI pris en charge	Rapport de notification des cas de MAPI
5.9.		Former les 82 CSE et CPEV des 82 districts et 20 CSE de régions à la surveillance des MAPI	DCPEV /OMS	82 CSE et CPEV de district et 20 CSE régionaux formés.	Nombre de CSE et de CPEV formé.	Le rapport de formation.
5.10.		Organiser 04 réunions trimestrielles par an pour la classification des cas de MAPI dans le cadre de la pharmacovigilance (imputabilité)	DCPEV /OMS	04 réunions trimestrielles organisées par an.	Nombre de réunions trimestrielles organisées.	Rapport de réunions.
5.11.		Organiser un atelier d'élaboration du plan et manuel de mise en œuvre de la surveillance des invaginations intestinales aigues(IIA).	DCPEV/OMS	atelier d'élaboration du plan et manuel de mise en œuvre de la surveillance des invaginations intestinales aigues organisé	Nombre d'atelier d'élaboration organisé.	Rapport de l'atelier
5.12.		Former 08 personnes par site dans les 04 sites de surveillance des IIA sur l'examen théorique.	DCPEV/OMS	32 points focaux formés à la surveillance des invaginations intestinales aigues.	Nombre de points focaux formés à la surveillance.	Rapport de formation.
5.13.		Former 08 personnes par site dans les 04 sites sur l'examen clinique pratique de l'abdomen, à la recherche de boudin d'invagination par le toucher rectal.	DCPEV/OMS	32 points focaux formés à la recherche de boudin d'invagination par le toucher rectal.	Nombre de personnes formées à la recherche de boudin d'invagination	Rapport de formation.
5.14.		Former 01 personne par site dans les 04 sites au diagnostic para	DCPEV/OMS	04 radiologues formés au diagnostic des IIA	Nombre de radiologue formé	Rapport de formation.

N°	Stratégies	Activités	Responsables	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		clinique des IIA, Radiographie de l'Abdomen sans Préparation (ASP), Echographie Abdominale et au Lavement Opaque				
5.15.		Former 01 personne par site dans les 04 sites à la prise en charge chirurgicale des Invaginations intestinales aiguës.	DCPEV/OMS	04 chirurgiens formés à la prise en charge des IIA	Nombre de chirurgiens formés	Rapport de formation.

Tableau XXVII-3 : Approvisionnement en vaccins et consommables, qualité et Logistique PEV

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
Objectif spécifique 1 : De 2016 à 2020 satisfaire 100% des besoins des dépôts du niveau opérationnel en vaccins et consommables						
1.1.	Approvisionnement du niveau central et périphérique en vaccins et consommables d'injection de manière adéquate et continue	Organiser un atelier pour l'estimation annuelle des besoins en vaccins et consommables PEV	DCPEV/ INHP	Atelier réalisé	Taux de réalisation	Rapport d'atelier
1.2.		Acquérir les vaccins et les consommables	DCPEV / INHP	Vaccins et consommables disponibles	Taux de disponibilité	Bordereau de livraison, rapport de réception des vaccins
1.3.		Organiser des missions trimestrielles de distribution des vaccins et consommables aux niveaux intermédiaires selon le plan de distribution	DCPEV / INHP	Missions de distribution organisées	Taux de réalisation des missions de distribution	Rapport de mission
Objectif spécifique 2 : D'ici 2020 Augmenter la capacité de stockage des dépôts central et périphériques d'au moins 90%.						
2.1.	Renforcement en infrastructures et équipements	Equiper les niveaux central, régional, district et centre de santé y compris les centres vaccinateurs privés en équipements de CDF de capacité suffisante qui prend en compte l'introduction de nouveaux vaccins.	DCPEV/DIEM	Niveaux central, régional, district et centre de santé disposent d'équipements de CDF	Nombre d'équipements de CDF installés	Rapport de réception des travaux, Attestation de bonne exécution, Bordereau de livraison
2.2.		Construire des locaux au niveau central et régional abritant les chambres froides	DIEM	Locaux construits	Nombre de locaux	Attestation de bonne exécution

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
					construits	
2.3.		Construire des magasins secs pour le stockage des consommables aux niveaux central et régional	DIEM	Magasins secs construits	Nombre de magasins secs construis	Rapport de réception des travaux, Attestation de bonne exécution
2.4.		Doter tous les équipements de chaîne de froid d'enregistreurs continus de température	DCPEV	Equipements de CDF dotés d'enregistreurs continus de température	Taux de structures dotés d'enregistreurs continus de température	Bon de livraison
2.5.		Doter tous les équipements de chaîne de froid d'indicateurs de gel	DCPEV	Equipements de CDF dotés d'indicateurs de gel	Taux de structures dotés d'indicateurs de gel	Bon de livraison
2.6.		Doter les chambres froides de groupes électrogènes et de stabilisateurs	DCPEV/DIEM	Chambres froides dotées de groupes électrogènes et de stabilisateurs	Taux de structures dotés de groupes électrogènes et de stabilisateurs	Bon de livraison
2.7.		Doter tous les niveaux d'extincteurs	DCPEV/DIEM	Etablissements dotés d'extincteurs	Taux de structures dotés d'extincteurs	Bon de livraison
2.8.	Suivi-évaluation	Faire la cartographie des chambres froides	DCPEV/INHP	Cartographie des chambres froides réalisée	Nombre de CF cartographié par niveau	Rapport de la cartographie
2.9.		Faire 04 missions de suivi par an des travaux de construction des magasins secs	DIEM	04 missions de suivi réalisées	Nombre de missions réalisées	Rapport de mission
Objectif spécifique 3 : D'ici 2020, augmenter le taux de fonctionnalité des équipements CDF de 57% à 90%						
3.1.	Renforcement des équipements des	Equiper les 08 CREMM et les 04 AMD	DIEM/DCPEV	08 CREMM et	Nombre de	Bon de livraison/

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
	AMD et des CREMM	en kits informatiques		04 AMD équipés en kits informatiques	structures ayant bénéficié d'équipements informatiques	réception
3.2.		Equiper les 08 CREMM en 08 véhicules de type 4X4 et les 04 AMD en 08 motos	DIEM/DCPEV	08 CREMM équipés en véhicules et les 4 AMD en motos	Nombre de structures dotées en matériels roulants	Attestation de bonne exécution, Bon de livraison/ réception
3.3.		Doter la Sous- direction de la maintenance de la DIEM en 02 kits informatiques pour le monitorage	DIEM/DCPEV	Sous-direction de la DIEM équipée en kits informatiques	Nombre de kits reçus	Attestation de bonne exécution, Bon de livraison/ réception
3.4.		Doter les CREMM et AMD en pièces de rechange CDF	DIEM/DCPEV	CREMM et AMD dotés en pièces de rechange	Nombre de structure ayant des pièces de rechange	Attestation de bonne exécution, Bon de livraison/ réception
3.5.	Renforcement des activités de maintenance	Réaliser l'inventaire physique des équipements CDF sur toute l'étendue du territoire	DCPEV/DIEM	Inventaire physique des équipements CDF réalisés sur toute l'étendue du territoire	Situation des équipements CDF connue	Rapport d'inventaire
3.6.		Mettre à jour les inventaires des équipements CDF sur toute l'étendue du territoire	DCPEV/DIEM	Inventaires des équipements CDF à tous les niveaux actualisés	Situation des équipements CDF connue	Rapports d'inventaire
3.7.		Organiser un atelier de restitution de l'inventaire	DIEM/DCPEV	Atelier réalisé	Taux de réalisation	Rapport d'atelier
3.8.		Elaborer un plan de maintenance curative et préventive par structure de maintenance (CREMM et AMD)	DIEM/DCPEV	Plan de maintenance curative et préventive élaboré	Existence du plan	Plan de maintenance curative et préventive
3.9.		Réaliser 04 missions trimestrielles d'interventions préventives par structure (CREMM/AMD)	DIEM/ DCPEV	04 missions d'interventions préventives	Nombre de missions d'interventions	Rapport de mission, rapport d'intervention

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
				réalisées	par structure de maintenance	
3.10.		Réaliser 05 missions de maintenance curative par structure de maintenance et par an	DIEM	05 missions d'interventions curatives réalisées	Nombre de missions d'interventions par structure de maintenance	Rapport de mission, rapport d'intervention
3.11.		Elaborer le contrat de maintenance curative	DIEM	Contrat de maintenance élaboré	Existence du contrat signé	Contrat de maintenance
3.12.		Réaliser 02 missions de supervision par la DIEM des CREMM et ADM	DIEM	02 missions de supervision réalisées	Nombre de mission de supervision des CREMM et AMD par la DIEM	Rapport de mission / rapport d'activité
3.13.		Organiser un atelier de formation des agents impliqués dans la maintenance des équipements de CDF	DCPEV/INHP/ DIEM	Atelier organisé	Nombre d'agents formés	Rapport de formation
3.14.	Suivi et évaluation des activités de maintenance	Elaborer les outils de gestion de la maintenance (équipements de CDF et matériel roulant)	DCPEV/ INHP/DIEM	Outils de gestion de la maintenance disponibles	Nombre d'outils de gestion produits	Outils de gestion de maintenance
3.15.		Valider les outils de gestion de la maintenance (équipements de CDF et matériel roulant)	DIEM/DCPEV/INHP	Outils de gestion validés	Nombre d'outils validés	Rapport d'atelier
3.16.		Diffuser les outils de gestion de la maintenance (équipements de CDF et matériel roulant)	DCPEV/DIEM	Outils de gestion diffusés	Proportion de structures ayant les outils de gestion	Bon de livraison
3.17.		Réaliser 05 missions de suivi des contrats de maintenance	DCPEV/DIEM	05 missions de suivi des contrats réalisées	Nombre de missions de suivi réalisées	Rapport de mission
Objectif spécifique 4 : de 2016 à 2020, satisfaire au moins 80% des besoins des structures en moyens de transport à tous les niveaux.						

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
4.1.	Renforcement des capacités des structures en moyens de transport	Acquérir 04 camions frigorifiques et 04 véhicules utilitaires au niveau central	DCPEV/DIEM	04 camions frigorifiques et 04 véhicules utilitaires disponibles au niveau central	Nombre de camions frigorifiques et véhicules utilitaires acquis	Rapport de réception du matériel roulant, Attestation de bonne exécution, Bordereau de livraison/réception
4.2.		Acquérir 20 camions frigorifiques pour les dépôts régionaux	DCPEV/DIEM	20 camions frigorifiques disponibles au niveau régional	Nombre de camions frigorifiques acquis	Rapport de réception du matériel roulant, Attestation de bonne exécution, Bordereau de livraison/réception
4.3.		Acquérir 70 véhicules de type 4X4 et 82 véhicules frigorifiques au niveau district	DCPEV/DIEM	70 véhicules de type 4X4 et 82 véhicules frigorifiques disponibles au niveau district	Nombre de matériel roulant acquis	Rapport de réception, Attestation de bonne exécution, Bordereau de livraison/réception
4.4.		Acquérir 1275 motos aux niveaux district et centre de santé	DCPEV/DIEM	1275 motos disponibles aux niveaux district et centre de santé	Nombre de motos acquis	Rapport de réception, Attestation de bonne exécution, Bordereau de livraison/réception
Objectif spécifique 5 : D'ici 2020, Améliorer la disponibilité et la qualité des données de vaccination et de gestion de stock des vaccins et consommables dans 100% des dépôts à tous les niveaux						
5.1.	Renforcement du système de gestion des vaccins à tous les niveaux	Réviser les outils de gestion des vaccins et consommables	DCPEV/ INHP	Atelier réalisé	Taux de réalisation	Rapport d'atelier
5.2.		Valider les outils de gestion des vaccins et consommables	DCPEV/ INHP	Atelier réalisé	Taux de réalisation	Rapport d'atelier
5.3.		Diffuser les outils de gestion des vaccins et consommables	DCPEV/ INHP	Outils de gestion des vaccins disponibles à tous les niveaux	Proportion de structures ayant reçu les outils	Bon de livraison
5.4.		Former 40 agents du niveau central, 20	DCPEV/ INHP	Atelier réalisé	Nombre	Rapport de

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		logisticiens du niveau régional, 20 CSE régionaux et 82 CPEV à l'utilisation du eDVDMT			d'agents formés	formation
5.5.		Former 40 agents du niveau central, 20 logisticiens du niveau régional et 82 CPEV à l'utilisation du système de gestion des stocks des vaccins et consommables (SMT)	DCPEV/ INHP	Atelier réalisé	Nombre d'agents formés	Rapport de formation
5.6.		Former 20 logisticiens et 06 techniciens de froid du niveau central et 20 logisticiens du niveau régional à l'utilisation des enregistreurs continus de température et indicateurs de gel	DCPEV/ INHP	Atelier réalisé	Nombre d'agents formés	Rapport de formation
5.7.		Actualiser les inventaires des équipements informatiques à tous les niveaux	DCPEV	Inventaire des équipements informatiques actualisé	Situation des équipements informatiques connue	Rapports d'inventaire
5.8.		Equiper les logisticiens du niveau central et régional en kits informatiques	DCPEV	kits informatiques disponibles	Nombre de logisticiens disposant de kits informatiques	Bon de livraison/ rapport de distribution
5.9.		Equiper les 82 CPEV en kits informatiques	DCPEV	82 CPEV équipés de kits informatiques	Nombre de CPEV disposant de kits informatiques	Bon de livraison/ réception, rapport de distribution
5.10.		Equiper les 20 CSE régionaux en kits informatiques	DCPEV	20 CSE équipés en kits informatiques	Nombre de CSE disposant de kits informatiques	Bon de livraison/ réception, rapport de distribution
5.11.		Organiser une mission de supervision formative sur l'utilisation des outils de gestion	DCPEV	Supervision formative sur l'utilisation des outils réalisée	Nombre d'agents supervisés à l'utilisation des outils de gestion	Rapport de mission de supervision

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
5.12.		Organiser l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV)	DCPEV/INHP	Evaluation de la GEV réalisée	Proportion de structures évaluées sur les critères de la GEV	Rapport de la GEV
Objectif spécifique 6 : De 2016 à 2020 améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination dans au moins 40% des districts						
6.1.	Renforcement des structures en capacité de destruction	Elaborer un plan de gestion et d'élimination des déchets vaccinaux par district	DIEM/ INHP/DHP/DCPEV	Atelier réalisé	Taux de réalisation	Rapport d'atelier
6.2.		Doter 32 districts d'un incinérateur	DIEM/ INHP/DHP/DCPEV	32 districts équipés en incinérateurs	Proportion de district disposant d'un incinérateur	Attestation de bonne exécution
6.3.	Suivi-évaluation	Former 82 points focaux de districts en gestion et élimination des déchets	DIEM/ INHP/DHP/DCPEV	82 points focaux de districts formés	Nombre de points focaux formés	Rapport de formation
6.4.		Superviser 82 ECD dans la mise en œuvre de son plan de gestion des déchets	DIEM/ INHP/DHP/DCPEV	82 ECD supervisées	Nombre d'ECD supervisées	Rapport de supervision
6.5.		Elaborer des outils de gestion des déchets vaccinaux	DIEM/ INHP/DHP/DCPEV	Outils de gestion élaborés	Totalité des outils élaborée	Rapport d'atelier d'élaboration

Tableau XXVIII-4 : Génération de la demande et communication

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
Objectif spécifique 1 : d'ici 2020, mettre à la disposition du Programme des documents d'orientation stratégique pour la communication en faveur du PEV						
1.1.	Planification stratégique/ Recherche formative /Suivi Evaluation	Organiser un atelier d'élaboration du plan stratégique de communication	DCPEV	Draft du plan de la stratégie élaboré	Atelier d'élaboration organisé	Rapport d'atelier
1.2.		Organiser un atelier de validation	DCPEV	Document de la stratégie validé	Atelier de validation organisé	Rapport d'atelier
1.3.		Reproduire le document de stratégie	DCPEV	Documents disponibles en quantité suffisante	Nombre de documents reproduits	Bordereau de livraison des documents reproduits
1.4.		Disséminer le document de stratégie	DCPEV	Document transmis aux structures identifiées	Nombre de documents disséminés	Bordereau de transmission des documents
1.5.		Réaliser une évaluation des supports de communication existants	DCPEV	Tous les types de supports imprimés utilisés dans le cadre du PEV sont évalués	100% de supports imprimés utilisés dans le cadre du PEV sont évalués	Rapport de l'évaluation
1.6.		Organiser un atelier de restitution des résultats	DCPEV	Résultats de l'évaluation des supports de communication restitués	Atelier de restitution organisé	Rapport d'atelier
1.7.		Réaliser une étude CAP pour évaluer les niveaux des connaissances et d'adoption des comportements souhaités	DCPEV	Niveau de connaissance et d'adoption des comportements souhaités connu	Etude CAP réalisée	Rapport de l'étude
1.8.		Suivre l'utilisation des supports de communication	DCPEV	Visite de suivi réalisé	Nombre de visites de suivi réalisées	Rapport du suivi de l'utilisation des supports de communication
1.9.		Réaliser l'évaluation à mi-parcours de la stratégie	DCPEV	Niveau d'exécution de la stratégie connu	Evaluation à mi-parcours réalisé	Rapport de l'évaluation à mi-parcours
1.10.		Réaliser une documentation des pratiques communicationnelles pour promouvoir la vaccination de 1978 à	DCPEV	Document rédigé	Documentation des pratiques communicationnelles	Rapport de la documentation

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		2020			réalisée	
1.11.		Elaborer la cartographie des ONG, OBC, Agents de Santé Communautaires, Médias nationaux, Accoucheuses Traditionnelles, praticiens de la médecine traditionnelle, leaders traditionnels et religieux, radio communautaires.	DCPEV	Cartographie des intervenants élaborée	Base de données sur les ressources humaines en communication disponible	Rapport d'étude disponible
1.12.		Réaliser une étude analytique sur les besoins en renforcement des capacités , en supervision et suivi ,sur les modalités de mise en réseau des ONG OBC, Agents de Santé Communautaires, Médias nationaux, praticiens de la médecine traditionnelle, leaders traditionnels et religieux, radios communautaires pour la promotion du PEV de routine	DCPEV	Besoins en renforcement des capacités des ressources humaines communautaires en communication connus	Etude réalisée	Rapport d'étude disponible
1.13.		Réaliser une étude qualitative sur les obstacles à la vaccination ainsi que les facteurs persuasifs et motivationnels pour lever ces obstacles et mettre à profit les opportunités existantes et ce, en collaboration avec les communautés.	DCPEV	Obstacles à la vaccination et facteurs persuasifs identifiés	Données sur les obstacles à la vaccination et facteurs persuasifs et motivationnels disponibles	Rapport d'étude disponible
1.14.		Réaliser une étude d'audiométrie pour classer les médias par rapport à leur taux d'audience (influence sur les mères, familles et communautés)	DCPEV	Taux d'audience estimé	Etude réalisée, Cartographie d'audience disponible	Rapport d'étude disponible
1.15.		Réaliser une étude quantitative pour identifier les données de base de référence pour évaluer les indicateurs traçeurs de la stratégie de communication dans les 3 districts de démonstration en 2017 et 2018	DCPEV	Données de base et indicateurs traceurs identifiés	Situation de référence (Baseline) réalisée Données d'évaluation disponibles	Rapports d'études disponibles
1.16.		Organiser un atelier d'orientation sur l'intégration des indicateurs sur les	DCPEV	Données CAP intégrées	Nombre d'indicateurs CAP en matière de	Questionnaire EDDS/MICS

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		connaissances, attitudes pratiques (CAP) en matière de PEV dans l'enquête périodique à couverture nationale EDDS/MICS			PEV intégrés dans le questionnaire EDDS/MICS	révisé
1.17.		Réaliser une documentation des pratiques communicationnelles mises en œuvre dans les 3 districts de démonstration de 2017 à 2018	DCPEV	Pratiques communicationnelles identifiées	Documentation de base réalisée	Document de synthèse disponible
1.18.		Organiser un atelier de revue /planification annuelle des activités des comités de district de mobilisation sociale	DCPEV	Activités de mobilisation sociale des comités de districts planifiées	Nombre d'ateliers réalisés	Rapports des ateliers Document de planification/revue
1.19.		Organiser un atelier national pour la révision des outils harmonisés de suivi /supervision du volet communication du PEV pour la recherche des perdus de vue (adoption d'un canevas unique des outils au niveau national)	DCPEV	Outils harmonisés de suivi /supervision du volet communication du PEV pour la recherche des perdus de vue révisés	Nombre d'outils de suivi et supervision révisés Outils de suivi et supervision des agents de santé communautaires Outils de recherche des perdus de vue Outils de rapportage révisés et disponibles	Rapport de l'atelier Outils disponibles
1.20.		Organiser dans chaque district sanitaire une mission annuelle de suivi des briefings des élèves parrains dans les écoles par les enseignants et les membres de la sous-commission de communication et de mobilisation du PEV	DDS	Briefings des élèves parrains suivis	Nombre de missions de suivi organisé	Rapports d'activité Liste des écoles
1.21.		Organiser dans chaque district sanitaire une mission trimestrielle de suivi des activités de parrainage des élèves adoptants par les enseignants et les membres de la sous-commission de communication et de mobilisation du PEV	DDS	Activités de parrainage des élèves adoptants suivies	Nombre de missions de suivi	Rapports d'activité

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
1.22.		Organiser une mission de suivi / supervision semestrielle des Agents de Santé Communautaires par les ONG sous contractées et les Responsables des Formations Sanitaires	DCPEV	Agents de Santé Communautaires supervisés	Nombre de missions de suivi/supervision menées	Rapports de mission de suivi / supervision Cahiers de supervision des ASC
1.23.		Intégrer dans le canevas de monitorage PEV un volet communication renforcé avec analyse de l'impact des activités de communication sur les performances en termes de couvertures vaccinales	DCPEV	Volet communication renforcé intégré dans le canevas de monitorage PEV	Disponibilité de canevas de monitorage avec volet de communication renforcé	Rapport d'atelier de monitorage Rapport d'activités
1.24.		Organiser une visite semestrielle de suivi par DGS /DCPEV de la mise en œuvre des engagements pris par les autorités, les ONG, les sociétés privées et autres personnalités/institutions	DCPEV	Engagements pris suivis	Nombre de visites de suivi effectués	Rapport de suivi
1.25.		Organiser une mission semestrielle de suivi de la mise en œuvre des engagements pris par les responsables des média par la DGS /DCPEV	DCPEV	Engagements pris suivis	Nombre de missions de suivi effectués	Rapports de suivi
1.26.		Organiser un atelier annuel de suivi de la mise en œuvre des plans d'action des comités de district de mobilisation sociale	DCPEV	Plan de suivi de mise en œuvre élaboré	Nombre d'ateliers organisés	Rapports des ateliers
1.27.		Organiser une mission annuelle de suivi de l'utilisation des supports de communication	DCPEV	Utilisation des supports de communication suivie	Nombre de missions réalisées	Rapport d'activités
1.28.		Organiser dans chaque district sanitaire une mission trimestrielle de suivi des activités de sensibilisation menées par les praticiens de la médecine traditionnelle	DDS	Activités de sensibilisation menées par les praticiens de la médecine traditionnelle suivies	Nombre de praticiens de la médecine traditionnelle dont les activités sont suivis	Rapport d'activités des praticiens de la médecine traditionnelle Rapport de suivi

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
1.29.		Organiser une mission d'évaluation des supports de communication existants	DCPEV	Supports de communication existants identifiés	Mission réalisée	Rapport de l'évaluation
1.30.		Organiser un atelier de restitution des résultats de l'évaluation des supports de communication existants	DCPEV	Résultats de l'évaluation des supports restitués	Atelier organisé	Rapport de l'atelier Liste des participants
1.31.		Organiser une réunion semestrielle de suivi des activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village	DCPEV	Activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village suivies	Nombre de réunions organisées	PV de réunions Liste des participants
1.32.		Réaliser une mission d'évaluation à mi-parcours de la stratégie	DCPEV	Points forts Points faibles Opportunités, menaces identifiés	Mission d'évaluation réalisée	Rapport de l'évaluation
1.33.		Organiser 2 visites annuelles de supervision des PFC	DCPEV	PFC supervisés	Nombre de visites effectuées	Rapports de visites
1.34.		Organiser une réunion trimestrielle de suivi des performances des PFC	DCPEV	Performances des PFC suivies	Nombre de réunions organisées	Rapports des réunions Liste des participants
Objectif spécifique 2 : d'ici 2020, porter de 29% à 45% le pourcentage de mères qui amènent leurs enfants à la vaccination dès la naissance et terminent le circuit de la vaccination en respectant le calendrier vaccinal						
2.1.	CCC	Produire des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	DCPEV	émissions et microprogrammes produits	Nombre d'émissions et microprogrammes radio produits	CD d'émissions et microprogrammes produits
2.2.		Diffuser des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	DCPEV	Emissions et microprogrammes diffusés	Nombre de diffusions réalisées	Plan de diffusion
2.3.		Etendre le projet Rappel SMS dans 20 districts sanitaires	DCPEV	Extension faite	Nombre de districts sanitaires couverts par le projet	Rapport d'activités du projet
2.4.		Organiser des causeries éducatives de groupe sur les maladies cibles du PEV et sur la vaccination	ESPC	Parents d'enfants entretenus sur les maladies du PEV et la vaccination	Nombre de causeries réalisées	Rapport d'activité

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
2.5.		Organiser des séances de dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine	ESPC	Séances de dialogue communautaire réalisées	Nombre de séances organisées	Rapport d'activité
2.6.		Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village	DDS	Réunions mensuelles de suivi réalisées	Nombre de réunions de suivi réalisées	Rapport d'activité
2.7.		Etendre l'initiative 1 parrain pour 100 enfants à vacciner à 55 districts	DCPEV	Extension faite	Nombre de districts couverts par l'initiative 1PPCE	Rapport d'activité
2.8.		Produire 11 capsules télévisées sur les maladies cibles du PEV	DCPEV	Capsules télévisées produites	nombre de capsules télévisées produites	CD des capsules
2.9.		Diffuser les capsules télévisées sur les maladies cibles du PEV	DCPEV	Capsules diffusées	Nombre de diffusions réalisées	Plan de diffusion
2.10.		Assurer la promotion de la vaccination lors de la semaine africaine de vaccination	DCPEV	Promotion de la vaccination faite lors de la SAV	Nombre d'activités promotionnelles réalisées par rapport au nombre prévu	Rapport d'activité
2.11.		Organiser une campagne annuelle de sensibilisation multi média y compris les TIC sur 1 mois	DCPEV	Campagne de sensibilisation multi média réalisée	Nombre de campagnes de sensibilisation multi média réalisées	Rapport d'activité
2.12.		Produire des supports (affiches, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté	DCPEV	Supports de communication adaptés à la communauté produits	Nombre et types de supports produits	Bordereau de livraison
Objectif spécifique 3 : d'ici 20202, porter de 50% à 80% le pourcentage de mères et de gardiennes d'enfants de 0 à 11 mois y compris les populations spéciales qui connaissent le calendrier vaccinal des enfants et des femmes enceintes et les sites de vaccination						
3.1.	CCC	Former 109 préfets, 340 sous – préfets 82 DDS, 20 DRS, 100 ONGs, en approche communautaire	DCPEV	Formation réalisée	Nombre de préfets, sous-préfets, DR, DD et ONG formés en approche communautaire	Rapport de formation
3.2.		Organiser des séances de dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine	ESPC	Séances de dialogue communautaire	Nombre de séances organisées	Rapport d'activité

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
				réalisées		
3.3.		Organiser à travers la télévision nationale ; les télévisions privées , la radio nationale, les radios privées et les radios de proximité ou communautaires la production et la diffusion des émissions interactives y compris les spots sur la vaccination de routine avec témoignage des mères, pères, grand-mères modèles et des leaders communautaires	DCPEV	Emissions interactives y compris spots produits et diffusés	Nombre d'émissions réalisées Nombre spot diffusés	Emissions radio Supports audio, audiovisuels Rapports d'activités Contrat signé avec les médias Plan média Factures
3.4.		Organiser au niveau de chaque district sanitaire une rencontre à l'intention des chefs religieux une réunion d'harmonisation des messages sur le PEV à passer lors des prêches ou des communiqués de fin de culte une fois par mois	DDS	Messages sur le PEV à passer lors des prêches ou lors des communiqués de fin de culte harmonisés	Nombre de rencontres organisées Nombre de chefs religieux ayant animé des thèmes sur le PEV lors des messes, culte et prêche	Rapport de sondage
3.5.		Organiser au niveau national une rencontre à l'intention des responsables commerciaux des sociétés de téléphonie mobile une réunion d'harmonisation des messages sur le PEV à passer à travers des SMS	DCPEV	Messages sur le PEV à passer par SMS harmonisés	Nombre de rencontres organisées Nombre de messages transmis par l'opérateur Nombre d'abonnés à qui le message a été transmis Nombre de mois où les messages ont été transmis	Rapport activités de l'opérateur Rapport de sondage
3.6.		Organiser dans chaque district sanitaire à l'intention des leaders des associations et OBC une réunion d'harmonisation des messages à transmettre aux membres de la communauté lors des causeries éducatives sur la vaccination	DDS	Messages sur le PEV à transmettre aux communautés lors des causeries harmonisés	Nombre de réunions organisées Nombre de causeries éducatives réalisées Nombre de personnes touchées	Rapports d'activité des OBC

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
3.7.		Organiser dans chaque district sanitaire à l'intention des responsables locaux de la cohésion sociale (CONARIV) une réunion d'harmonisation des messages sur le PEV à transmettre aux communautés lors des séances de dialogue communautaire	DDS	Messages sur le PEV à passer lors des séances de dialogue communautaire harmonisés	Nombre de réunions organisées Nombre de séances de dialogues organisées Nombre de personnes touchées	Rapports d'activité
3.8.		Organiser dans chaque aire sanitaire une causerie éducative hebdomadaire avec les parents au niveau des centres de santé et dans la communauté	ESPC	Séance de causerie organisée	Nombre de causeries réalisées par les vaccinateurs Nombre de personnes touchées	Rapport d'activités
3.9.		Organiser dans chaque aire sanitaire et dans les services de vaccination des séances interactives d'échanges sur le PEV avec les parents en prélude aux séances de vaccination		Séances interactives tenues	Nombre séance de vaccination avec séance de causerie Nombre de parents conseillés Nombre de parents qui déclarent avoir reçu des informations sur la vaccination lors des séances	Enquête rapide Cahier d'IEC Rapport d'activité
3.10.		Organiser au niveau de chaque aire sanitaire une réunion trimestrielle de plaidoyer auprès des personnes influentes de la communauté pour un appui à la promotion du PEV (calendrier de vaccination, MAPI, rumeurs négatives	ESPC	Personnes influentes de la communauté sensibilisées pour un appui à la promotion du PEV	Nombre de rencontres tenues avec les personnes influentes	Rapport d'activité Listes de participants
3.11.		Organiser dans chaque aire sanitaire une réunion mensuelle de sensibilisation des parents sur la stratégie d'adoption des nouveaux nés par les élèves adoptants	ESPC	Parents sensibilisés sur la stratégie d'adoption des nouveaux nés par les élèves adoptants	Nombre de séance de sensibilisation Nombre de personnes touchées	Cahier de l'élève adoptant
3.12.		Organiser dans chaque aire sanitaire une réunion interactive mensuelle entre les élèves adoptants et les	ESPC	Expériences et leçons apprises échangées	Nombre de réunions interactives tenues Nombre de personnes	Cahier de l'élève adoptant

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		parents des enfants adoptés, leurs pairs et les autres membres de la communauté sur la stratégie d'adoption			touchées	
3.13.		Organiser dans chaque aire sanitaire une réunion d'échanges entre les comités des parents d'élèves, les élèves adoptants et les parents d'enfants adoptés sur la stratégie d'adoption pour la promotion de la vaccination	ESPC	Expériences et leçons apprises échangées	Nombre de séance de sensibilisation réalisée	Rapport d'activité
3.14.		Procéder dans chaque aire sanitaire au recensement des enfants à vacciner	ESPC	Enfants à vacciner recensés	Nombre d'enfants recensés par les élèves; Nombre de parents sensibilisés Nombre d'enfants adoptés correctement vaccinés	Outils de suivi de la stratégie Cahier de l'élève adoptant
3.15.		Organiser dans chaque aire sanitaire un atelier de formation des enseignants dans l'encadrement des élèves adoptants dans la mise en œuvre efficace de la stratégie d'adoption pour la promotion de la vaccination	ESPC	Enseignants formés dans l'encadrement des élèves adoptants	Nombre d'ateliers réalisés	Rapport d'activité Listes des enseignants Listes des élèves encadrés
3.16.		Organiser dans chaque aire sanitaire une réunion trimestrielle de suivi et de coordination de la stratégie d'adoption des enfants pour le respect du calendrier vaccinal par les parents des enfants adoptés	ESPC	Stratégie d'adoption des enfants pour le respect du calendrier vaccinal par les parents des enfants adoptés suivie et coordonnée	Nombre de réunions de suivi et coordination réalisées	PV de réunion Liste de présence
3.17.		Organiser dans chaque aire sanitaire une réunion annuelle d'évaluation et de restitution des résultats de la mise en oeuvre de la stratégie d'adoption des enfants aux leaders	ESPC	Résultats de la mise en œuvre de la stratégie d'adoption des enfants aux leaders	Nombre de séances de restitution réalisées	PV de réunion Liste de présence

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		communautaires et aux membres de la communauté		communautaires et aux membres de la communauté évalués et restitués		
3.18.		Organiser dans chaque aire sanitaire une réunion trimestrielle d'information foraine sur la vaccination avec la participation des parents modèles (témoignages pour partage des bonnes pratiques en matière de vaccination, et inviter les autres à suivre leur exemple)	ESPC	Partage des bonnes pratiques en matière de vaccination avec les parents modèles PEV effectué	Nombre de réunions réalisées Nombre de témoignages faits par les parents	Rapport d'activités
3.19.		Organiser au niveau de chaque aire sanitaire une visite domiciliaire hebdomadaire sur le suivi communautaire de la vaccination par les ASC	ESPC	Visite domiciliaire hebdomadaire sur le suivi communautaire de la vaccination par les ASC effectuée	Nombre de visites à domicile réalisées Nombre de personnes et ménages touchées	Rapport d'activités Cahier de visite à domicile
3.20.		Organiser au niveau de chaque aire sanitaire 2 visites domiciliaires ciblées aux ménages qui ne respectent pas le calendrier vaccinal ou qui sont résistants (recherche des perdus de vue)	ESPC	Visites domiciliaires ciblées aux ménages qui ne respectent pas le calendrier vaccinal ou qui sont résistants effectuées	Nombre de visites à domicile ciblées réalisées Nombre d'enfants retrouvés	Rapport d'activités Liste des enfants retrouvés
Objectif spécifique 4 : d'ici 2020, porter de 3% à 17% le pourcentage de mères qui connaissent au moins 5 maladies cibles du PEV						
4.1.	CCC	Organiser des séances de dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine	ESPC	Séances de dialogue communautaire réalisées	Nombre de séances organisées	Rapport d'activité disponible
4.2.		Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village	DDS	Réunions mensuelles de suivi réalisées	Nombre de réunions de suivi réalisées	Rapport d'activité disponible
Objectif spécifique 5 : d'ici 2020, réduire de 43% à 26% le pourcentage de parents qui évoque le manque de motivation comme raison de non vaccination complète de leurs enfants						

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
5.1.	CCC	Renforcer les capacités des 82 PFC en CIP	DCPEV	Renforcement de capacités réalisé	Nombre de PFC ayant leurs capacités renforcées en CIP	Rapport d'atelier disponible
5.2.		Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village	DDS	Réunions mensuelles de suivi réalisées	Nombre de réunions de suivi réalisées	Rapport d'activité disponible
5.3.	CCC	Former les prestataires des aires sanitaires en CIP	DDS	Formation réalisée	Nombre de prestataires formés en CIP	Rapport de formation disponible
Objectif spécifique 6 : d'ici 2020 ; au moins 50% des ONG/OBC (agréées par le MSHP) seront impliquées dans la promotion de la vaccination de routine						
6.1.	CCC	Former 2 membres de 108 ONG au dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine	DCPEV	Formation réalisée	Nombre de membres d'ONG formés au dialogue communautaire	Rapport de formation disponible
6.2.		Organiser un atelier d'orientation avec la DSCMP, les 20 DRS et la FENOSCI pour la validation du paquet minimum d'activités des ONG	DCPEV	Atelier réalisé	Paquet minimum d'activités des ONG validé	Rapport d'atelier disponible
6.3.		Organiser un atelier de développement de (i) messages informationnels, persuasifs et motivationnels sur le PEV destinés aux cibles suivantes (autorités traditionnelles et religieuses, OBC, praticiens de la médecine traditionnelle, journalistes, agents de santé, ASC, instituteurs et animateurs des ONG, prestataires de services avec pré test	DCPEV	Messages informationnels, persuasifs et motivationnels sur le PEV développés et pré testés	Liste des messages élaborés	Rapport de l'atelier
6.4.		Organiser un atelier de validation des supports de communication élaborés	DCPEV	Supports de communication validés	Supports de communication validés disponibles	Rapport de l'atelier
6.5.		Assurer la production des supports éducatifs destinés aux ONG, Associations, ASC, formations	DCPEV	Supports éducatifs destinés aux ONG, Associations, ASC,	Supports disponibles	Rapports d'activité de distribution des

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		sanitaires publiques et privées, enseignants, praticiens de la médecine traditionnelle, OBC, etc.		formations sanitaires publiques et privées, enseignants, praticiens de la médecine traditionnelle, OBC produits		matériels et supports de communication, bordereau de livraison
6.6.		Assurer la diffusion des supports éducatifs destinés aux ONG, Associations, ASC, formations sanitaires publiques et privées, enseignants, praticiens de la médecine traditionnelle, OBC, etc.	DCPEV	Supports éducatifs destinés aux ONG, Associations, ASC, formations sanitaires publiques et privées, enseignants, praticiens de la médecine traditionnelle, OBC diffusés	Supports distribués	Rapports d'activité de distribution des matériels et supports de communication, bordereau de livraison
6.7.		Organiser un atelier d'élaboration de la stratégie des élèves adoptants dans le milieu scolaire et des outils de suivi de sa mise en œuvre	DCPEV	Stratégie des élèves adoptants dans le milieu scolaire et outils de suivi élaborés	Document de la stratégie des élèves adoptants disponible outils pédagogiques disponibles	Rapport d'atelier
6.8.		Organiser un atelier de développement d'outils pour la recherche des perdus de vue par les ASC, les responsables des ESPC	DCPEV	Outils pour la recherche des perdus de vue développés	Outils de recherche des perdus de vue disponibles	Rapport de l'atelier
6.9.		Organiser un atelier de planification conjointe des activités des ONG au niveau central et district pour l'appui à la promotion du PEV	DCPEV	Activités des ONG au niveau central et district pour l'appui à la promotion du PEV planifiées conjointement	Nombre d'ateliers de planification réalisés	Rapports des ateliers (technique et financier) Rapport annuel d'activités Plans d'actions disponibles Press-books
6.10.		Organiser dans chaque district sanitaire une mission semestrielle de suivi des activités de sensibilisation	DCPEV	Activités de sensibilisation par les ONG au niveau	Nombre de missions réalisées Nombre d'ASC et des	Rapport d'activités des ONG

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		par les ONG au niveau communautaire et dans les écoles		communautaire et dans les écoles suivies	élèves parrains suivis	Rapport d'activités des ASC et des élèves parrains
Objectif spécifique 7 : d'ici 2020, au moins 5 réseaux associatifs, 5 réseaux professionnels et 5 réseaux administratifs auront été impliqués dans la promotion de la vaccination de routine au niveau des districts sanitaires						
7.1.	Mobilisation sociale	Organiser des séances de dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine	ESPC	Séances de dialogue communautaire réalisées	Nombre de séances organisées	Rapport d'activité disponible
7.2.		Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités de vaccination impliquant le corps préfectoral, les chefs de quartier et les chefs de village	DDS	Réunions mensuelles de suivi réalisées	Nombre de réunions de suivi réalisées	Rapport d'activité disponible
7.3.		Former 2 membres des réseaux associatifs, professionnels et administratifs en approche communautaire	DCPEV	Formation réalisée	Nombre de membres formés	Rapport de formation disponible
7.4.		Organiser le lancement officiel de l'introduction des nouveaux vaccins, des AVS et de la SAV	DCPEV	Lancements organisés	Nombre de lancements organisés	Rapport d'activité disponible
7.5.		Organiser au niveau national et dans chaque région sanitaire une cérémonie de reconnaissance des leaders d'opinion, personnes influentes, sportifs, artistes qui agissent de façon particulière et spécifique en faveur de la vaccination des enfants (Champions de la vaccination)	DCPEV	Leaders d'opinion, personnes influentes, sportifs, artistes) agissant de façon particulière et spécifique en faveur de la vaccination des enfants reconnus	Nombre de leaders d'opinion agissant comme champions de la vaccination Nombre de séances de sensibilisations réalisées	Rapport d'activité
Objectif spécifique 8 : D'ici 2020, les autorités ministérielles sanitaires auront pris les textes réglementaires pour rendre les points focaux de communication opérationnels						
8.1.	Plaidoyer	Organiser une réunion d'orientation avec les 20 DRS, 18 DCPS, 82 DDDS sur l'importance de rendre opérationnels les PFC	DCPEV	Réunion d'orientation organisée	Nombre de DR, DCPS et DD ayant participé à la réunion	Rapport de réunion disponible

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
8.2.		Organiser 1 réunion de plaidoyer de haut niveau à l'endroit de la MSHP	DCPEV	Réunion de plaidoyer organisée	MSHP sensibilisé sur l'opérationnalisation des PFC	Rapport de réunion disponible
8.3.		Organiser des rencontres de suivi de la mise en œuvre des décisions prises	DCPEV	Rencontres de suivi de la mise en œuvre des décisions organisées	Nombres de rencontres organisées	Rapports de réunion disponibles
8.4.		Organiser des réunions de plaidoyer auprès des structures privées afin qu'ils offrent gratuitement les services de vaccination	DCPEV	Réunion de plaidoyer organisée	Nombres de rencontres organisées	Rapports de réunion disponibles
Objectif spécifique 9 : d'ici 2020, les autorités ministérielles auront mis en place un cadre de coordination de la communication en faveur des programmes de santé						
9.1.	Plaidoyer	Organiser une réunion d'orientation avec le SCRP, la DGS et les 18 DCPS, sur l'importance de la mise en place d'un cadre de coordination de la communication en faveur des programmes de santé	DCPEV	Réunion d'orientation organisée	Nombre de participants par structure informés	Rapport de réunion disponible
9.2.		Organiser 1 réunion de plaidoyer de haut niveau à l'endroit de la MSHP	DCPEV	Réunion de plaidoyer organisée	MSHP sensibilisé sur la mise en place d'un cadre de coordination de la communication en faveur des programmes de santé	Rapport de réunion disponible
9.3.		Organiser des rencontres de suivi de la mise en œuvre des décisions prises	DCPEV	Rencontres de suivi de la mise en œuvre des décisions organisées	Nombres de rencontres organisées	Rapports de réunion disponibles
Objectif spécifique 10 : d'ici 2020, Les autorités ministérielles auront mis en place un mécanisme pour le financement durable de la communication pour la vaccination						
10.1.	Plaidoyer	Organiser une réunion d'orientation avec la DGS, la DCPEV, et les 20 DRS, le MEF sur l'importance de la mise en place d'un mécanisme pour le financement durable de la communication pour la vaccination	DCPEV	Orientation des parties prenantes sur la mise d'un mécanisme de financement durable faite	Réunion d'orientation organisée	Rapport de réunion disponible

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
10.2.		Organiser des rencontres de suivi de la mise en œuvre des décisions prises	DCPEV	Rencontres de suivi de la mise en œuvre des décisions prises organisées	Nombre de rencontres organisées	Rapports des rencontres disponibles
10.3.		Réviser les supports multimédia sur la gratuité de la vaccination (Affiches, spot radio et télé)	DCPEV	Supports multimédia sur la gratuité révisés	Types de supports révisés	CR de la séance de travail sur la révision disponible
10.4.		Organiser au niveau national 2 réunions de plaidoyer à l'endroit des Directions centrales du Ministère de la Santé pour soutenir la mise en œuvre du plan stratégique de communication en faveur du PEV	DCPEV	Mise en œuvre du plan stratégique de communication en faveur du PEV soutenue à travers des réunions de plaidoyer	Nombre de réunions tenues	Procès-verbal de réunion
10.5.		Mettre en place une plate forme de collaboration spécifique avec chaque programme de santé impliqué dans la survie de l'enfant en vue de la prise en compte des activités de communication du PEV	DCPEV	Activités de communication du PEV prises en compte dans le cadre des plates formes de collaboration	Nombre de Plateforme installée	PV de la cérémonie d'installation Liste des participants
10.6.		Organiser dans chaque district sanitaire une réunion de plaidoyer auprès des autorités administratives et des collectivités décentralisées pour le financement des plans de communication de district	DDS	Financement des plans de communication obtenu	Nombre de réunions tenues	Procès-verbaux de réunions tenues Listes des ministères participant aux réunions
10.7.		Organiser au niveau national une réunion trimestrielle de plaidoyer avec les hautes autorités des Ministères transversaux pour intégrer le volet communication PEV dans leurs plans sectoriels	DCPEV	Activités de communication du PEV intégrées dans les plans sectoriels des ministères partenaires	Nombre de réunions tenues	Procès-verbaux de réunions tenues Listes des ministères participant aux réunions
10.8.		Organiser dans chaque district sanitaire une visite semestrielle de	DDS	Ressources au niveau régional et	Nombre de visites de plaidoyer effectuées	Compte rendu de visites

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		plaidoyer aux autorités locales et élus locaux pour la mobilisation des ressources au niveau régional et préfectoral.		préfectoral mobilisées en faveur du PEV		déclarations publiques d'engagement
10.9.		Organiser dans chaque district sanitaire 2 visites semestrielles de plaidoyer aux organisations de la société civile (ONG) pour la mobilisation des ressources au niveau national et régional.	DDS	Ressources au niveau régional et préfectoral mobilisées en faveur du PEV	Nombre de visites de plaidoyer effectuées Nombre de conventions signées	Compte rendu de visites document de convention
10.10.		Organiser au niveau de chaque région sanitaire une visite semestrielle de plaidoyer aux chefs des sociétés privées (entreprises de téléphonie mobile, banques, chambre de commerce, sociétés pétrolières, …) pour la mobilisation des ressources au niveau régional et district.	DRS	Ressources au niveau régional et préfectoral mobilisées en faveur du PEV	Nombre de visites de plaidoyer effectuées Valeur des ressources mobilisées	Compte rendu de visites Documents comptables
10.11.		Organiser dans chaque district 2 réunions de plaidoyer avec les sous-préfets pour rendre opérationnel le comité de mobilisation sociale pour la communication autour du PEV	DDS	Comité sous préfectoral de mobilisation sociale pour la promotion du PEV opérationnel	Nombre de réunions de plaidoyer organisées	Rapports d'activités
10.12.		Organiser au niveau national une réunion de plaidoyer auprès des partenaires financiers pour revoir à la hausse leurs appuis financiers pour la communication en faveur du PEV de routine	DCPEV	Appuis financiers pour la communication en faveur du PEV de routine augmentés	Nombre de rencontres tenues Nombre de PTF mobilisés	Rapports des rencontres Liste de présence
10.13.		Organiser une rencontre semestrielle de plaidoyer auprès de la commission santé du Parlement pour la prise d'une loi rendant obligatoire la vaccination des enfants avant leur inscription dans les écoles	DCPEV	Loi rendant obligatoire la vaccination des enfants avant leur inscription scolaire prise	Nombre de rencontres tenues	Loi votée et promulguée Rapports des rencontres avec les députés
Objectif spécifique 11 : d'ici 2020, tous les points focaux de communication utiliseront des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine						

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
11.1.	Renforcement des capacités	Organiser des missions d'appui à l'élaboration des plans de communication dans les districts sanitaires	DCPEV	Missions d'appui réalisées	Nombre de districts sanitaires ayant été appuyé pour l'élaboration du plan de communication	Rapports de missions disponibles
11.2.		Organiser un atelier d'élaboration des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine	DCPEV	Atelier d'élaboration des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine organisé	Types d'outils de gestion de la communication élaborés	Rapport d'atelier disponible
11.3.		Produire des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine	DCPEV	Outils de gestion de la communication produits	Nombre et types d'outils produits	Bordereau de livraison
11.4.		Organiser un atelier d'orientation des PFC sur l'utilisation des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine	DCPEV	Atelier d'orientation des PFC sur l'utilisation des outils de gestion de communication organisé	Nombre de PFC ayant participé à l'atelier	Rapport d'atelier disponible
11.5.		Organiser des visites de supervision des points focaux de communication	DCPEV	Visites de supervision réalisées	Nombre de visites de supervision réalisées	Rapports de supervision
11.6.		Organiser des réunions trimestrielles de suivi des performances des PFC	DCPEV	Réunions de suivi des performances des PFC organisées	Nombre de réunion de suivi des performances des PFC réalisées	CR de réunion disponibles
11.7.		Organiser des ateliers de formation des SAS en communication de crise	DCPEV	Ateliers de formation des SAS en communication de crise organisés	Nombre d'ateliers organisés	Rapports d'ateliers disponibles
11.8.		Organiser des ateliers de formation des PFC en communication de crise	DCPEV	Ateliers de formation des PFC en communication de crise organisés	Nombre d'ateliers organisés	Rapports d'ateliers disponibles
11.9.		Réaliser une consultation internationale pour le développement d'un manuel de formation des formateurs en communication interpersonnelle pour les prestataires de service	DCPEV	Manuel de formation des formateurs développé	Manuel de formation disponible	Rapport de consultation

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
11.10.		Organiser un atelier de formation des formateurs en communication interpersonnelle pour les prestataires de service	DCPEV	Atelier réalisé Formateurs renforcés en CIP	Nombre d'ateliers organisés	Rapport d'atelier Liste des participants
11.11.		Organiser dans chaque district un atelier de formation des gestionnaires du PEV en communication pour le développement	DDS	Atelier réalisé Gestionnaires du PEV formés en CIP	Nombre d'ateliers organisés	Rapports techniques et financiers de l'atelier de formation Liste des participants
11.12.		Organiser dans chaque région sanitaire un atelier de formation des formateurs pour le renforcement des capacités des ONG en : (i) communication interpersonnelle et dialogue communautaire (ii) en contenus de messages PEV / utilisation des supports éducatifs;	DRS	Atelier réalisé Membres des ONG renforcés en CIP	Nombre d'ateliers organisés	Rapport d'atelier de formation Liste des participants
11.13.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de formation des membres des ONG au dialogue communautaire pour la promotion de la vaccination de routine	DDS	Atelier réalisé Membres des ONG renforcés en dialogue communautaire	Nombre d'ateliers organisés	Rapports de formation Liste des participants
11.14.		Organiser un atelier national de formation des membres des réseaux associatifs, professionnels et administratifs partenaires en approche communautaire	DCPEV	Atelier réalisé Membres des réseaux associatifs, professionnels et administratifs formés en approche communautaire	Nombres d'ateliers organisés	Rapports de formation Liste des participants
11.15.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de formation des agents de santé communautaires et animateurs des ONG, CDV, CDQ en : (i) communication interpersonnelle/approche communautaire,	DCPEV	Atelier réalisé ASC, membres des CDV et CDQ formés en approche communautaire et en CIP	Nombre d'agents de santé communautaire et animateurs des ONG formés en : (i) communication interpersonnelle, (ii) contenus de	Rapports (technique et financier) d'atelier de formation Liste des participants

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		(ii) en contenus de messages PEV / utilisation des supports, (iii) outils de recherche des perdus de vue et (iv) outils de rapportage des activités de communication en faveur du PEV (v) recherche active des perdus de vue			messages PEV / utilisation des supports, (iii) outils de recherche des perdus de vue et (iv) outils de rapportage des activités de communication en faveur du PEV (v) recherche active des perdus de vue	
11.16.		Organiser dans chaque région sanitaire un atelier d'orientation des leaders des OBC en contenus de messages pour le PEV de routine	DRS	Atelier réalisé Leaders des OBC orientés en contenus des messages PEV	Nombre d'agents de santé impliqués dans la vaccination formés	Rapports techniques et financiers de l'atelier de formation Liste des participants
11.17.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de district d'orientation des leaders des OBC formateurs de leurs pairs en contenus de messages pour le PEV de routine	DDS	Atelier réalisé Leaders formateurs orientés en élaboration de messages PEV	Nombre de leaders des OBC formateurs formés	Rapport d'atelier de formation Liste des participants
11.18.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de formation des préfets, sous –préfets en approche communautaire	DDS	Atelier réalisé Préfets et sous-préfets formés en approche communautaire	Nombre d'ateliers organisés	Rapport d'atelier de formation Liste des participants
11.19.		Organiser dans chaque région sanitaire un atelier d'orientation des, praticiens de la médecine traditionnelle, autorités religieuses et Traditionnelles, responsables associatifs en contenu de messages pour le PEV de routine, y compris les rumeurs	DRS	Atelier réalisé Praticiens de la médecine traditionnelle, Leaders religieux et traditionnels orientés en matière de messages sur le PEV	Nombre d'ateliers organisés	Rapport d'atelier de formation Liste des participants

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
11.20.		Organiser au niveau national un atelier de renforcement des capacités des média sur l'importance de la vaccination, les maladies cibles du PEV, les MAPI et les rumeurs négatives sur la vaccination et le vaccin	DCPEV	Atelier réalisé Capacités des média renforcées sur les maladies cibles, les MAPI et les rumeurs sur la vaccination	Nombre d'ateliers organises	Rapports d'activités Liste des participants
11.21.		Organiser un atelier national d'orientation des journalistes membres des Associations des journalistes de la Santé sur le PEV de routine	DCPEV	Atelier réalisé	Atelier d'orientation organisé	Rapport technique et financier de l'atelier de formation Liste des participants
11.22.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de formation des leaders des réseaux associatifs en approche communautaire pour le PEV de routine	DDS	Atelier réalisé Leaders associatifs formés en approche communautaire	Nombre d'ateliers organisés	Rapport de formation Liste des facilitateurs Liste des personnes formées
11.23.		Organiser un atelier national de formation des ONG en utilisation des outils de suivi/supervision des Agents de Santé Communautaire	DCPEV	Atelier réalisé Formateurs des ONG renforcés en utilisation des outils de suivi/supervision des ASC	Atelier organisé Nombre d'agents d'ONG et des points focaux formés	Rapports technique et financier de l'atelier de formation Liste des facilitateurs Liste des personnes formées
11.24.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de formation des agents de santé en utilisation des outils de supervision et suivi des Agents de Santé Communautaire.	DDS	Atelier réalisé Agents de santé formés en utilisation des outils de suivi/supervision des ASC	Nombre d'ateliers organisés	Rapports technique et financier de l'atelier de formation Liste des facilitateurs

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
						Liste des personnes formées
11.25.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de formation des directeurs régionaux et inspecteurs des enseignements primaire et secondaire sur la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	DDS	Atelier réalisé Directeurs régionaux et inspecteurs des enseignements primaire et secondaire formés sur la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	Nombre d'ateliers organisés Nombre de directeurs et inspecteurs formés	Rapports technique et financier de l'atelier de formation Liste des participants
11.26.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de formation des directeurs d'école et des travailleurs sociaux sur le PEV sur la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	DDS	Atelier réalisé Directeurs d'école et des travailleurs sociaux formés sur la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	Nombre d'ateliers réalisés Nombre de directeurs d'écoles et de travailleurs sociaux formés	Rapports technique et financier de l'atelier de formation Liste des facilitateurs Liste des personnes formées
11.27.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de formation des instituteurs pour la mise en œuvre de la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	DDS	Atelier réalisé Instituteurs formés à la mise en œuvre de la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	Nombre d'ateliers organisés Nombre d'instituteurs formés	Rapports technique et financier de l'atelier de formation Liste des facilitateurs Liste des personnes formées
11.28.		Organiser dans chaque district sanitaire un briefing des élèves parrains pour la mise en œuvre de la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	DDS	Atelier réalisé Elèves parrains briefés pour la mise en œuvre de la stratégie d'adoption	Nombre de briefings organisés Nombre d'élèves parrains formés	Rapports technique et financier de l'atelier de formation

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
				de nouveaux nés par les élèves		Liste des facilitateurs Liste des personnes formées
11.29.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de briefing des membres des comités des parents d'élèves pour la mise en œuvre de la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	DDS	Atelier réalisé Membres des comités des parents d'élèves briefés pour la mise en œuvre de la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	Nombre de briefings réalisés Nombre de membres des comités des parents d'élèves briefés	Rapports technique et financier de l'atelier de formation Liste des participants
11.30.		Organiser dans chaque district sanitaire un atelier de renforcement des capacités des membres des COGES en promotion du PEV de routine	DDS	Atelier réalisé Membres des COGES formés en promotion du PEV de routine	Nombre d'ateliers organisés Nombre de membre des COGES formés	Rapports d'activités Liste des facilitateurs Liste des personnes formées
11.31.		Organiser un atelier national de renforcement des capacités des membres du service de communication du PEV en approche C4D	DCPEV	Atelier réalisé Membres du service de communication du PEV en approche C4D	Nombre de membres formés Disponibilité du document de formation	Rapports de formation Liste des participants
11.32.		Renforcer la mobilité des points focaux de communication pour la mise en œuvre et le suivi des activités (motos) par la dotation de 82 motos tout terrain	DCPEV	Mobilité des points focaux de communication renforcée	Nombres de motos achetés	Liste des bénéficiaires Reçus d'achats Nombre et rapports d'activités annuelles réalisées
11.33.		Renforcer le financement du service communication du PEV pour la mise en œuvre des AVS et surtout pour le PEV de routine	DCPEV	Financement du service communication du PEV de routine	Montant octroyé	Budget du PEV Nombre et rapports d'activités

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
				renforcé		annuelles réalisées
11.34.		Organiser au niveau de chacun des 3 districts sanitaires de démonstration 2 réunions de plaidoyer (appel de fonds) pour le financement de la stratégie de communication	DDS	Réunions de plaidoyer tenues Financement de la stratégie de communication pour les 3 districts de démonstration obtenu	Nombre de réunions organisées	Documents de plans d'action disponibles Liste des participants
Objectif spécifique 12 : d'ici 2020, au moins 20% des structures para publiques et privées partenaires octroieront des ressources additionnelles pour la promotion du PEV						
12.1.	Partenariat	Organiser un atelier d'orientation avec le SCRP. la DCPEV, 20 DRS sur la mise en place de partenariats de collaboration avec le secteur para public et le secteur privé	DCPEV	le SCRP. la DCPEV, 20 DRS orientés sur la mise en place de partenariats de collaboration avec le secteur para public et le secteur privé	Atelier d'orientation sur la mise en place de partenariats de collaboration avec le secteur para public et le secteur privé organisé A	Rapport d'atelier disponible
12.2.		Mettre en place un mécanisme de suivi de la mise du partenariat avec le secteur para public et le secteur privé	DCPEV	Mécanisme de suivi de la mise du partenariat mis en place	Mécanisme de suivi de la mise en place du partenariat avec les secteurs para public et privé fonctionnel	Document de partenariat disponible
12.3.		Organiser un atelier d'orientation pour l'élargissement du sous-comité national de mobilisation sociale PEV à l'ensemble des partenaires impliqués dans la promotion du PEV (Ministères, ONG, secteur privé, média, représentants des communicateurs traditionnels).	DCPEV	Atelier réalisé Sous-comité national de mobilisation sociale PEV élargi à l'ensemble des partenaires impliqués dans la promotion du PEV	Comité national communication PEV élargi aux partenaires indiqués Nombre de réunions tenues sur nombre de réunions prévues valeur de ressources mobilisées.	PV des réunions périodiques du comité national communication PEV Correspondances des institutions nommant les points focaux institutionnels pour le PEV
12.4.		Organiser au niveau national une	DCPEV	Réunion tenue	Nombre de Comités	PV des réunions

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		réunion d'orientation des DRS et des DD sur la redynamisation des Comités de Mobilisation sociale des districts avec renforcement des activités de communication sur le PEV		DRS et des DD orientés sur la redynamisation des Comités de Mobilisation sociale des districts	fonctionnels Nombre de réunions tenues sur nombre de réunions planifiées	
12.5.		Mettre en place un comité de coordination des activités de communication des programmes au niveau de la DGS	DCPEV	Comité de coordination des activités de communication des programmes au niveau de la DGS mis en place	Groupe technique constitué	Correspondances du MSHP aux différents programmes concernés PV de réunions
12.6.		Installer dans chaque district sanitaire une plateforme de coordination intersectorielle	DDS	Plateforme de coordination intersectorielle installée	Nombre de plateformes installées	PV de la cérémonie d'installation
12.7.		Procéder au niveau national à la signature des conventions de partenariat avec les instituts de recherche	DCPEV	Conventions de partenariat avec les instituts de recherche signées	Nombre de Convention signée	Convention signée, PV de la cérémonie de signature Liste des instituts de recherche
12.8.		Procéder à la signature des contrats avec les média nationaux et de districts pour un paquet d'activités de promotion du PEV (émissions, diffusion de spots, émissions publiques, émissions interactives, etc.)	DCPEV	Contrats avec les média nationaux et de districts pour un paquet d'activités de promotion du PEV signés	Nombre de contrats signés Quantité de programmes diffusés/articles publiés	Rapports de diffusion grilles de programmation radio plan de publication
12.9.		Procéder à la signature de contrats avec les agences de communication pour le développement de spots, documentaires, sketches, pièces de théâtre, … y compris pré test	DCPEV	Contrats avec les agences de communication signés	Matériels éducatifs disponibles	Contrats/ bordereau de livraison

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
12.10.		Procéder au niveau national à la signature des contrats de prestation avec les ONG pour la formation et le suivi des Agents des Santé communautaires et des animateurs des ONG	DCPEV	Contrats de prestation avec les ONG signés	Nombre de contrats signés	Documents de contrats disponibles
12.11.		Organiser 2 rencontres au niveau national avec le Ministère de l'Education pour le partage de la stratégie d'adoption par les élèves et des actions attendues des acteurs de l'éducation (inspecteurs, directeurs, enseignants et le CPE des écoles)	DCPEV	Rencontres organisées Partage de la stratégie d'adoption par les élèves et des actions attendues des acteurs de l'éducation effectuée	Nombre de rencontres tenues	Rapport des rencontres Liste des participants
12.12.		Organiser au niveau de chaque district sanitaire une rencontre semestrielle avec les acteurs de l'éducation (inspecteurs, directeurs, enseignants et le COGES des écoles) sur le PEV	DDS	Rencontre organisée	Nombre de rencontres tenues Nombre d'acteurs de l'éducation mobilisés	Rapports des rencontres Liste de présence
12.13.		Organiser au niveau national une réunion annuelle de mobilisation de l'association des journalistes pour un engagement à renforcer la communication pour le PEV dans leur plan d'action	DCPEV	Réunion tenue Association des media engagés au renforcement de la communication pour le PEV	Nombre de réunions tenues Nombre de médias mobilisés	Rapport de l'atelier Liste des participants Contrat de partenariat
12.14.		Organiser un atelier de planification conjointe de planification des activités des ONG au niveau central et district pour l'appui à la promotion du PEV	DCPEV	Atelier organisé Planification conjointe réalisée	Nombre d'ateliers de revue et de planification organisés	Rapports des ateliers Rapport annuel d'activités
12.15.		Organiser chaque année au niveau national une cérémonie de reconnaissance de l'appui des média les plus performants par catégorie dans la promotion des comportements favorables au PEV et la couverture des évènements y	DCPEV	Cérémonie organisée Appui des média les plus performants par catégorie dans la promotion des comportements	Nombre de cérémonies organisées Nombre de medias primés	Attestations de remise de prix Liste des medias primés

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
		relatifs (reconnaissance par les pairs)		favorables au PEV reconnu		
12.16.		Organiser au niveau national une réunion annuelle d'orientation des responsables des média publics et privés en vue de renforcer la participation des média au lancement officiel de l'introduction des nouveaux vaccins, des AVS et de la SAV	DCPEV	Réunion organisée Participation des média au lancement officiel de l'introduction des nouveaux vaccins, des AVS et de la SAV renforcée	Nombre de réunions tenues Nombre de medias mobilisés qui diffuse le lancement Temps d'antenne consacré au lancement	Rapport du lancement
12.17.		Organiser dans chaque district sanitaire une réunion semestrielle de mobilisation des communautés par les leaders d'opinions à travers les média, les concerts, des réunions, des déclarations……	DDS	Réunion organisée Communautés mobilisées par les leaders d'opinions	Nombre de réunions tenues Nombre d'actions de mobilisation réalisées par les leaders engagés pour le PEV	Couverture médiatique des activités réalisées par les leaders d'opinion Rapports d'activités
12.18.		Organiser dans chaque district sanitaire une réunion semestrielle de mobilisation des praticiens de la médecine traditionnelle pour un appui à la promotion du PEV	DDS	Réunion organisée Praticiens de la médecine traditionnelle mobilisés pour un appui à la promotion du PEV	Nombre de réunions de mobilisation réalisées Nombre d'enfants /femmes référés	Rapport d'activités Liste des participants
Objectif spécifique 13 : D'ici 2020, améliorer l'accès équitable aux services de vaccination quel que soit le lieu de résidence						
13.1.	Renforcement des connaissances et des capacités des agents de santé et des organisations de la société civile pour une offre équitable de la vaccination	Organiser des ateliers de réflexion dans les districts avec les leaders communautaires sur les stratégies innovantes pour la vaccination équitable des populations	DCPEV/DDDS	Stratégies innovantes pour la vaccination	Nombre d'atelier organisés	Rapport d'atelier
13.2.		Appuyer à travers les ONG les districts sanitaires pour le suivi du statut vaccinal de chaque enfant en s'appuyant sur le registre de vaccination, les bases de données électroniques, les cahiers communautaires	DCPEV	Perdus de vu retrouvés, statut vaccinal mis à jour	Nombre de district appuyés	Rapports de mission Fiche de réception des documents

Tableau XXIX-5 : Gestion du programme

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
Objectif spécifique 1 : D'ici 2020, Améliorer la mobilisation des ressources financières						
1.1.	Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières adéquates	Faire adopter par le Ministre du Budget le budget programme relatif à l'acquisition des vaccins et consommables	DC PEV	Budget programme relatif à l'acquisition des vaccins et consommables adopté	Existence d'un budget programme adopté	Notification budgétaire relatif au budget programme
1.2.		Organiser une séance de présentation du PPAC	DC PEV	Séances de présentation aux partenaires du PPAC organisées	Nombre de séances de présentations	Compte rendus de réunions
1.3.		Elaborer une stratégie de mobilisation de ressources additionnelles (secteur privé, société civile, ONG)	DCPEV/ SAF	Stratégie élaborée	Disponibilité du document de stratégie de mobilisation	Document de stratégie de mobilisation des ressources additionnelles
1.4.		Adhérer à l'initiative de l'indépendance vaccinale	DC PEV	Adhésion à l'initiative d'indépendance vaccinale réalisée	Existence de l'accord cadre portant sur l'Initiative d'indépendance vaccinale	Accord cadre
1.5.	Amélioration du suivi financier	Produire trimestriellement un état financier récapitulatif des dépenses	DCPEV/ SAF	Etat financier trimestriel récapitulatif des dépenses produit	Nombre d'états financiers récapitulatifs produits par an	Etats financiers produits par trimestre
Objectif spécifique 2 : D'ici 2020, Améliorer la coordination et le cadre institutionnel sur la vaccination						
2.1.	Renforcement des capacités	Former les acteurs impliqués dans la gestion des vaccins à tous les niveaux	Voir groupe logistique			
2.2.		Former les administratifs (Service financier) sur la procédure d'acquisition des vaccins	DCPEV/ DAF	Les administratifs formés sur la procédure d'acquisition	Nombre d'administratifs formés	Rapport de formation

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
2.3.		Former le personnel administratif à l'utilisation de l'outil informatique (Word, Excel, Power-point, Access)	DCPEV	Personnel administratif à l'utilisation de l'outil informatique	Nombre d'agents formés	Rapport de formation
2.4.		Faire affecter un ingénieur-statisticien et un agent de saisie dans l'équipe de suivi évaluation	DCPEV/ DRH	Existence d'un ingénieur-statisticien et d'un agent de saisie dans l'équipe de suivi évaluation	Personnel à profil statistique affecté	Décision d'affectation
2.5.	Renforcement du cadre institutionnel sur la vaccination en Côte d'Ivoire	Réviser le document de politique nationale de vaccination	DCPEV	Document de politique élaboré	Existence de document de politique sur la vaccination	Document de politique
2.6.		Diffuser le document de politique nationale de vaccination	DCPEV	Document de politique diffusé	Nombre de districts et régions disposant du document de politique	Accusé de réception
2.7.		Elaborer le projet de loi sur la vaccination	DCPEV/ service juridique MSHP	Le projet de loi sur la vaccination est élaboré	Existence du document de projet de loi sur la vaccination	Document de projet de loi sur la vaccination
2.8.		Faire adopter le projet de loi sur la vaccination par l'assemblée nationale	Cabinet MSHP	Le projet de loi sur la vaccination est adopté	Existence de la loi sur la vaccination	Journal officiel relatif à la loi sur la vaccination
2.9.	Renforcement du suivi et de l'évaluation des plans stratégiques et opérationnels	Organiser trimestriellement les réunions du GTR et du CCIA	DCPEV	Réunions du GTR et du CCIA tenues trimestriellement	Nombre de réunions trimestrielles tenues	Rapport de réunions
2.10.		Organiser la revue annuelle des plans d'action opérationnelle suivie de l'élaboration des PAO à venir	DCPEV/ Suivi & Evaluation	La revue annuelle des PAO sont organisées	Nombre de revues organisées	- Rapport de revues annuelles - PAO à venir

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
				chaque année		
2.11.		Organiser la revue à mi-parcours du PPAC 2016-2020	DCPEV/ Service Projet Planification	Revue à mi-parcours du PPAC 2016-2020 organisée	Existence d'une Revue à mi-parcours du PPAC 2016-2020	Rapport de revue à mi-parcours PPAC révisé
2.12.		Organiser la revue externe du PEV	DCPEV/ Service Suivi et Etudes	Revue externe du PEV organisée	Existence du document de la revue externe	Rapport de la revue Document de revue externe
2.13.		Créer une plateforme de coordination des activités de vaccination avec les structures privées	DCPEV	Plateforme de coordination des activités de vaccination avec les structures privées créée	Nombre de réunions tenues	Rapports de réunions
2.14.		Organiser des rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques	DCPEV	Rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques organisées	Nombre de rencontres semestrielles d'échanges organisées	Rapport d'activités
2.15.		Appuyer la supervision par des pairs au niveau régional	DCPEV	Supervision par des pairs au niveau régional organisée	Nombre de supervisions par des pairs organisées	Rapports de supervision
2.16.		Organiser un atelier d'élaboration du PPAC 2021-2025	DCPEV/ Service Projet Planification	Atelier d'élaboration du PPAC 2021-2025 organisé	Existence du PPAC 2021-2025	Document de PPAC
Objectif spécifique 3 : D'ici 2020 Améliorer la qualité des données de vaccination à tous les niveaux						
3.1.	Mise en place de mécanisme de validation des données	Organiser les réunions de validation des données de vaccination de routine et de surveillance selon la périodicité suivante: mensuelle (aire de santé et central); bimestrielle (district) et trimestrielle (région)	DCPEV /DRS/DDS	Réunions de validation des données de vaccination de routine et de surveillance	Nombre de réunions de validation des données de vaccination de routine et de	Rapport de réunions

N°	Stratégies	Activités	Responsable	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
				organisées	surveillance	
3.2.		Organiser des réunions mensuelles et trimestrielles de monitorage des activités de vaccination	DCPEV	Réunions mensuelles et trimestrielles de monitorage des activités de vaccination organisées	Nombre de réunions trimestrielles tenues	Rapport de réunions
3.3.	Renforcement des capacités des gestionnaires de données	Organiser des sessions de formation des équipes cadres de districts et de régions au DQS à raison de 3 par district et 2 par région	DRS/DDS	Sessions de formation des équipes cadres de districts et de régions au DQS à raison de 3 par district et 2 par région organisées	Nombre de sessions de formation organisées	Rapport de formation
3.4.		Organiser des supervisions formatives intégrant la qualité des données par niveau et selon la périodicité en vigueur	DCPEV /DRS/DDS	Supervisions formatives intégrant la qualité des données par niveau organisées	Nombre de supervisions formatives organisées	Rapport de supervision
3.5.		Former les 82 CSE de district à l'utilisation de l'e-DVD-MT	DCPEV	82 CSE de district sont formés à l'utilisation de l'e-DVD-MT	Nombre de CSE formés	Rapport de formation
3.6.		Assurer la disponibilité des outils de gestion à tous les niveaux	DCPEV	100% des districts disposent des outils de gestion	Proportion de district avec zéro rupture en outils de gestion	• Accusé de réception • Bordereaux de transmission

Tableau XXX : Plan d'action opérationnel 2016 du PEV

Tableau XXXI-1 : Prestations des services de vaccination

Année 2016	Prestations des services de vaccination																		
No	ACTIVITE	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
Objectif 1 : D'ici fin 2016, atteindre une couverture vaccinale d'au moins 90% pour le penta 3, le VPO 3, le VAA, le VAR, le VAT2+, le PCV13-3 et le VPI et 45% pour le Rota 3 au niveau national et au moins 90% dans chaque région et district pour le BCG, le Penta 3, le VPO 3, le PCV13-3 et le VPI, 70% pour le VAT2+, 80% pour le VAR/VAA et 25% pour le Rota 3																			
Stratégie 1.1 : Renforcement des services de vaccination dans les zones non desservies																			
1.	Réviser les micros plans 2016 des districts par les DRSHP	7	9	0							x		x				Micro plans 2016 des DDS révisés dans 100% des districts	386 421 500	DCPEV /DRS/ DDS
2.	Elaborer les micros plans de 2017	11	12	0											x	x	Micro plans 2017 des DDS élaborés dans 100% des districts	PM	DCPEV /DRS/ DDS
3.	Organiser les stratégies avancées et mobiles dans tous les districts	1	12	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Stratégies avancées organisées dans 100% des districts selon les normes	557 490 240,00	DCPEV /DRS/ DDS
4.	Former 10 nouveaux responsables des centres vaccinateurs par district (MLM/Epi)	10	11	0										x	x		10 nouveaux responsables des centres vaccinateurs par district sont formés en MLM/Epi	43 340 000,00	DCPEV /DRS/ DDS
5.	Former 102 médecins action sanitaires des régions et des districts sanitaires (MLM/Epi)	10	11	0										x	x		Tous les médecins d'action sanitaires des régions et des districts sanitaires sont formés en MLM/Epi	49 086 200	DCPEV /DRS/ DDS
6.	Former les acteurs du PEV au LMG (Cf	8	8	0								x					Tous les acteurs de	90 064 550	

Année 2016	Prestations des services de vaccination																		
No	ACTIVITE	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
	gestion du programme)																la DCPEV sont formés au LMG		
7.	Renforcer la capacité des membres du CNEIV à la prise en compte des aspects socio-anthropologiques de la vaccination	8	8	0								x					Les capacités de 100% des membres du CNEIV sont renforcées à la prise en compte des aspects socio-anthropologiques de la vaccination	9 944 533	DCPEV
8.	Elaborer une note de recommandation sur l'introduction du MenAfrivac	8	8	0								x					Une note de recommandation sur l'introduction du MenAfrivac est élaborée	3 080 000	DCPEV
9.	Organiser 02 supervisions formatives des acteurs du niveau régional	6	8	0						x		x					02 supervisions formatives des acteurs du niveau régional sont organisées	148 672 000	DCPEV /DRS
10.	Appuyer la supervision formative des niveaux régional et district	2	11	0		x			x			x			x		Un appui est apporté à la supervision formative à 100% des districts et régions	540 600 960	DCPEV
11.	Organiser le monitorage semestriel des activités de vaccination	7	9	0							x		x				Un monitorage semestriel des activités de vaccination est organisé	544 183 580	DCPEV /DRS/ DDS
Objectif 2 : D'ici fin 2016, réduire le taux d'abandon penta 1/3 à moins de 10% au niveau national et atteindre une proportion d'au moins 60% des districts qui ont un taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 < 10%																			
Stratégie 2.1 : Renforcement des mécanismes d'enregistrement des naissances																			
12.	Faire le suivi des activités	6	12	0						x			x			x	Un suivi des	PM	DCPEV

Année 2016	Prestations des services de vaccination																		
No	ACTIVITE	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
	d'enregistrement des naissances pendant les supervisions et monitorage																activités d'enregistrement des naissances pendant les supervisions et monitorage est fait		/DRS/ DDS
Stratégie 2.2 : Renforcement de l'intégration de la vaccination avec d'autres interventions préventives																			
13.	Organiser des séances de vaccination au cours des journées de l'enfance																Des séances de vaccination sont organisées au cours des journées de l'enfance	PM	DCPEV /DRS/ DDS
14.	Organiser la Semaine Africaine de Vaccination	4	4	0				x									Une Semaine Africaine de Vaccination est organisée	166 771 500	DCPEV /DRS/ DDS
Objectif 3 : D'ici fin 2016, réduire la morbidité et la mortalité dues à la rubéole, la méningite A, le HPV et à l'hépatite B																			
Stratégie 3.1 : Introduire les nouveaux vaccins (RR, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)																			
15.	Elaborer le plan d'introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance	8	10	0								x		x			Le plan d'introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance est élaboré	37 013 800	DCPEV
16.	Elaborer le plan d'introduction du vaccin HPV	8	10	0								x		x			Le plan d'introduction du vaccin HPV est élaboré	PM	DCPEV
17.	Elaborer les plans d'introduction des vaccins RR	8	10	0								x		x			Le plan d'introduction du vaccin RR est élaboré	PM	DCPEV
18.	Elaborer le plan d'introduction du vaccin MenAfrivac	8	10	0								x		x			Le plan d'introduction du vaccin MenAfrivac	PM	DCPEV

Année 2016	Prestations des services de vaccination																	
No	ACTIVITE	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
																	est élaboré		
19.	Faire la soumission pour l'introduction du RR	11	12	0											x	x	La soumission pour l'introduction du RR est faite	PM	DCPEV
20.	Faire la soumission pour l'introduction du MenAfrivac	11	12	0											x	x	La soumission pour l'introduction du MenAfrivac est faite	PM	DCPEV
21.	Faire la soumission pour l'introduction des nouveaux vaccins (HPV, Hépatite B à la naissance)	10	10	0										x			La soumission pour l'introduction des vaccins HPV et Hépatite B à la naissance est faite	PM	DCPEV
22.	Organiser le deuxième passage de la première phase du projet de démonstration HPV	5	5	0					x								Le deuxième passage de la première phase du projet de démonstration HPV est organisé	31 500 000	DCPEV
23.	Organiser le premier passage de la deuxième phase du projet de démonstration HPV	10	12	0										x	x	x	Le premier passage de la deuxième phase du projet de démonstration HPV est organisé	31 500 000	DCPEV
24.	Introduire le vaccin contre le Rotavirus dans tous les districts	9	10	0										x	x		Le vaccin contre le Rotavirus est introduit dans tous les districts	PM	DCPEV
25.	Mettre en œuvre le retrait du VPOt	4	5	0				x	x								Le retrait du VPOt est mis en œuvre	259 114 259	DCPEV
26.	Organiser l'évaluation post introduction du PCV13 et du VPI	6	7	0						x	x						Les rapports d'évaluation sont disponibles	34 279 375	DCPEV/ SE
Objectif 4 : D'ici décembre 2016, obtenir au moins 90% des régions et districts qui ont une couverture vaccinale supérieure à 90% pour le penta 3 ; obtenir un écart en couverture penta 3 entre les quintiles socio démographiques les plus élevés et les plus basses de moins de 5%																			
Stratégie 4.1 : Renforcement des activités de vaccination de routine dans les zones prioritaires pour éliminer les inéquités																			

Année 2016	Prestations des services de vaccination																	
No	ACTIVITE	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
27.	Identifier les groupes mal desservis et marginalisés (cf. gestion du programme)	10	10	0										x			Les groupes mal desservis et marginalisés sont identifiés	17 415 165	DCPEV
28.	Organiser des ateliers de réflexion dans les districts avec les leaders communautaires sur les stratégies innovantes pour la vaccination équitable des populations	10	12	0										x	x	x	Des ateliers de réflexion sont organisés dans 100% des districts avec les leaders communautaires sur les stratégies innovantes pour la vaccination équitable des populations	66 420 000	DCPEV
29.	Mettre en place des groupes de pression pour la vaccination dans les zones défavorisées (cf. gestion du programme)	10	12	0										x	x	x	Des groupes de pression pour la vaccination sont mis en place dans 100% des zones défavorisées	PM	DCPEV

Tableau XXXII-2 : Surveillance et contrôle de la maladie

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	**Activité**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires (FCFA)**	**Responsables**
Objectif 1 : Maintenir le statut de pays libre de poliomyélite d'ici 2020																			
Stratégie 1.1 : Renforcement des capacités techniques des acteurs																			
1.	Mettre à niveau les acteurs du niveau central à la surveillance épidémiologique	7	7	0							x						Les acteurs du niveau central sont mis à niveau	10 067 500	DCPEV/ SE
2.	Former 82 CSE, 82 CPEV, 20 CSE régionaux de la santé à la surveillance de la paralysie flasque aigue et des autres maladies cibles du PEV.	7	7	0							x						82 CSE ,82 CPEV, 20 CSE régionaux mettent en œuvre la surveillance des maladies cible du PEV.	40 183 500	DCPEV-IPCI-OMS
3.	Mettre à niveau 1943 points focaux des sites prioritaires	9	10	0									x	x			1943 points focaux sont formés	156 288 000	DCPEV-IPCI-OMS
4.	Conduire 02 missions d'appui aux districts sanitaires à faible performance	7	10	0							x			x			Les régions et les DDS de faibles performances sont supervisés.	30 928 000	DCPEV

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires (FCFA)	Responsables
5.	Réviser les directives et outils de gestion de surveillance dans les 20 directions régionales, 82 districts sanitaires et 1943 sites prioritaires	7		0							x						Les directives et outils de gestion de surveillance dans les 20 directions régionales, 82 districts sanitaires et 1943 sites prioritaires sont révisés	10 153 000	DCPEV/ SE
6.	Elaborer le plan de la surveillance environnementale des poliovirus	6	6	0						x							Le plan de la surveillance environnemental e des poliovirus est élaboré	10 504 225	DCPEV/ IPCI
7.	Elaborer les outils de la surveillance environnementale des poliovirus	6	6	0						x							Les outils de la surveillance environnemental e des poliovirus sont élaborés	12 864 400	DCPEV/ IPCI
8.	Former les responsables de 20 sites à la surveillance environnementale des poliovirus	7	7	0							x						Les responsables de 20 sites sont formés à la surveillance environnemental e des poliovirus	8 213 200	DCPEV/ IPCI
9.	Acquérir les kits de prélèvement des selles	7	7	0							x						Des kits de prélèvement des selles sont disponibles	6 800 000	DCPEV/ IPCI

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	**Activité**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires (FCFA)**	**Responsables**
10.	Organiser les missions de supervision des responsables des sites de la surveillance environnementale des poliovirus	7	12	0							x					x	Les responsables des sites de la surveillance environnementale des poliovirus sont supervisés	25 857 200	DCPEV/ IPCI
11.	Prendre en charge les prélèvements acheminés des sites vers l'IPCI	7	12	0							x					x	100% des prélèvements acheminés des sites vers l'IPCI sont pris en charge	29 550 000	DCPEV/ IPCI
Stratégie 1.2 : Renforcement de la surveillance																			
12.	Produire 4500 fiches de gestion, 408 exemplaires de directives actualisées des prélèvements par an et 10.000 affiches de surveillance.	7	7	0							x						4500 fiches de gestion et 408 directives et 10.000 affiches sont produites	2 490 000	DCPEV
13.	Mobiliser 1500 kits de prélèvement par an	1	12	0	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	1500 kits sont disponibles	29 550 000	DCPEV
14.	Prendre en charge les frais d'acheminement des échantillons attendus par an (transport, frais hôtel, taxi et frais d'expédition).	1	12	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Frais d'acheminement de 1500 échantillons sont prise en charge.	9 200 000	DCPEV-IPCI-OMS
15.	Fournir chaque 2 mois un forfait de 50 000 en carburant pour la surveillance active aux points focaux surveillance des 82 districts sanitaires.	6	12	0						x		x		x		x	Chaque DDS met en œuvre la surveillance active.	24 600 000	DCPEV-IPCI-OMS
16.	Actualiser la liste des sites prioritaires de surveillance active au niveau des 82	6	6	0						x							La liste des sites prioritaire est	PM	DCPEV

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	**Activité**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires (FCFA)**	**Responsables**
	districts sanitaires																actualisée		
17.	Diffuser 3.000 exemplaires des directives sur la surveillance active des maladies cible du PEV dans les 20 directions régionales, 82 districts sanitaires et 1943 sites prioritaires	6	6	0						x							Les outils de gestion et directives diffusés dans les 20 régions, les 82 DDS et les 1943 sites prioritaires	300 000	DCPEV
Stratégie 1.3 : Organisation des AVS polio préventive /réactive																			
18.	Diffuser le plan national actualisé de riposte à toutes nouvelles infections de poliomyélite pour 82 districts, 20 régions sanitaires et le niveau central.	6	6	0						x							Diffusion du plan de riposte	1 000 000	DCPEV
19.	Organiser 3 passages par an de journées nationales de vaccination contre la poliomyélite	4	10	0	x			x						x			3 passages par an des JNV polio sont organisés	1 440 000 360	DCPEV-IPCI-OMS
Stratégie 1.4 : Renforcement du suivi des performances de la surveillance des PFA																			
20.	Organiser 02 missions de supervision des comités nationaux polio par an au niveau des districts à faible performance.	8	11	0								x			x		02 missions de supervision des comités nationaux polio sont organisées par an au niveau des districts à faible performance	6 740 000	DCPEV
21.	Organiser 4 réunions annuelles de suivi des CNC/CNEP /SCC par le secrétariat.	3	12	0			x			x			x			x	4 réunions annuelles de suivi des CNC/CNEP /SCC sont organisées par le secrétariat	4 116 000	DCPEV-IPCI-OMS

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	**Activité**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires (FCFA)**	**Responsables**
22.	Organiser 2 réunions de suivi avec les CSE, CPEV et les points focaux communication.	6	11	0						x					x		2 réunions de suivi avec les CSE, CPEV et les points focaux communication sont organisées	123 894 000	DCPEV-IPCI-OMS
23.	Organiser 2 réunions de suivi avec les DRS et les DDS.	6	11	0						x					x		2 réunions de suivi avec les DRS et les DDS sont organisées	57 604 000	DCPEV-IPCI-OMS
Objectif 2 : D'ici 2020 contrôler la fièvre jaune dans tous les districts																			
Stratégie 2.1 : Renforcement de la surveillance active																			
24.	Organiser 02 missions d'appui à la recherche active des cas suspects de fièvre jaune dans les districts à faible performance.	7	10	0						x				x			02 missions d'appui à la recherche active des cas suspects de fièvre jaune sont organisées dans les districts à faible performance	36 078 750	DCPEV
Stratégie 2.2 : Organisation d'AVS dans les districts en épidémie de fièvre jaune																			
25.	Organiser 01 mission d'investigation dans chacun des 45 districts à risque	5	12	0					x	x	x	x	x	x	x	x	01 mission d'investigation dans chacun des 45 districts à risque est organisée	36 078 750	DCPEV
26.	Organiser des campagnes réactives contre la fièvre jaune dans les 45 districts à faible	5	12	0					x	x	x	x	x	x	x	x	Des campagnes	263 414 700	DCPEV

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	**Activité**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires (FCFA)**	**Responsables**
	immunité.																réactives contre la fièvre jaune dans les 45 districts à faible immunité sont organisées		
Objectif 3 : Atteindre et maintenir les critères d'élimination de la rougeole et de contrôle du syndrome rubéoleux congénital d'ici 2020																			
Stratégie 3.1 : Organiser la surveillance de la rougeole en mode d'élimination.																			
27.	Former 164 CPEV et CSE des districts et 20 CSE de régions sur la surveillance en mode élimination.	7	7	0							x						164 CPEV et CSE des districts et 20 CSE de régions sont formés sur la surveillance en mode élimination	40 969 000	DCPEV
28.	Apporter un appui financier à l'activité de surveillance dans 82 districts et 20 régions sanitaires.	6	12	0						x		x		x		x	Les 82 districts et 20 régions sanitaires bénéficient d'un appui financier pour l'activité de surveillance	24 600 000	DCPEV
29.	Organiser 2 missions du niveau central pour appui à la recherche active des cas.	7	10	0							x			x			2 missions du niveau central sont organisées pour appui à la recherche active des cas	2 387 500	DCPEV
Stratégie 3.2 : Organisation de la surveillance sentinelle du syndrome rubéoleux congénital																			
30.	Conduire 02 missions prospectives d'identification des sites sentinelles de surveillance	8	9	0								x	x				02 missions prospectives d'identification	2 387 500	DCPEV

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires (FCFA)	Responsables
																	des sites sentinelles de surveillance sont conduites		
31.	Organiser un atelier d'élaboration du plan et des directives de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital	10	10	0										X			Un atelier d'élaboration du plan et des directives de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital est organisé	8 800 000	DCPEV-OMS-UNICEF
32.	Reproduire 20 exemplaires du plan de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital pour les 10 sites sentinelles et pour le niveau central.	10	10	0										x			20 exemplaires du plan de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital pour les 10 sites sentinelles et pour le niveau central sont reproduits	100 000	DCPEV
33.	Diffuser les directives et le plan de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital aux 10 sites sentinelles et au niveau central.	10	10	0								x					Les directives et le plan de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux	PM	DCPEV

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires (FCFA)	Responsables
																	congénital sont diffusés aux 10 sites sentinelles et au niveau central		
34.	Former les 10 points focaux identifiés des 10 sites sentinelles de surveillance.	11	11	0											x		Les 10 points focaux identifiés des 10 sites sentinelles de surveillance sont formés	1 533 600	DCPEV-OMS-UNICEF
35.	Mobiliser 600 kits (600 tubes, 600 tests) pour la surveillance du syndrome rubéoleux congénital par an	1	12	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	600 kits pour la surveillance du syndrome rubéoleux congénital sont mobilisés	6 060 000	DCPEV
36.	Prendre en charge les frais de communication des 10 agents des sites sentinelles	11	12	0											x	x	Les 10 agents des sites sentinelles bénéficient d'une prise en charge des frais de communication	60 0000	DCPEV-OMS
37.	Organiser 01 mission de supervision des 10 acteurs des 10 sites sentinelles.	12	12	0												x	01 mission de supervision des 10 acteurs des 10 sites sentinelles est organisée	PM	DCPEV
38.	Organiser 1 réunion de coordination au niveau central avec les 10 acteurs des 10 sites sentinelles.	12	12	0												x	Une réunion de coordination au niveau central	964 000	DCPEV

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	**Activité**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires (FCFA)**	**Responsables**
																	avec les 10 acteurs des 10 sites sentinelles est organisée		
Objectif 4 : D'ici 2020, contrôler la Méningite A dans tous les districts sanitaires à risque																			
Stratégie 4.1 : Renforcement de la surveillance de la méningite A au cas par cas																			
39.	Mobiliser 700 kits (700 tubes, 700 tests) pour la surveillance de la méningite A au niveau des 82 districts sanitaires.	1	12	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	700 kits pour la surveillance de la méningite A au niveau des 82 districts sanitaires sont mobilisés	10 570 000	DCPEV
40.	Former 500 acteurs de 25 districts à la surveillance au cas par cas de la méningite A.	5	6	0					x	x							500 acteurs de 25 districts sont formés à la surveillance au cas par cas de la méningite A	95 000 000	DCPEV-OMS-UNICEF-INHP
Objectif 5 : D'ici 2020, Maintenir les critères de l'élimination du TMN																			
Stratégie 5.1 : Renforcement du suivi des performances de la surveillance du TMN																			
41.	Renforcer les capacités techniques de 164 points focaux surveillance des districts sur la surveillance des TMN.	7	7	0							x						Les capacités techniques de 164 points focaux surveillance des districts sont renforcées sur la surveillance des TMN	PM	DCPEV
Objectif 6 : D'ici 2020, Renforcer la surveillance à base communautaire dans 100% des districts sanitaires																			
Stratégie 6.1 : Organisation de la surveillance à base communautaire																			
42.	Organiser un atelier d'élaboration du plan national de la surveillance à base	8	8	0								X					Un atelier d'élaboration	7 770 000	DCPEV-OMS

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires (FCFA)	Responsables
	communautaire.																du plan national de la surveillance à base communautaire est organisé		
43.	Reproduire 2.000 exemplaires des directives et des définitions de cas pour la surveillance à base communautaire par an.	8	8	0								x					2.000 exemplaires des directives et des définitions de cas pour la surveillance à base communautaire sont reproduits	5 000 000	DCPEV
44.	Diffuser les directives et les définitions des cas communautaires aux ASC des 82 districts et des 20 régions sanitaires	8	8	0								x					Les directives et les définitions des cas communautaires sont diffusées aux ASC des 82 districts et des 20 régions sanitaires	PM	DCPEV
45.	Organiser un atelier de renforcement des capacités techniques de 2.000 ASC sur la surveillance à base communautaire.	9	9	0									x				Un atelier de renforcement des capacités techniques de 2.000 ASC sur la surveillance à base communautaire est organisé	143 173 000	DCPEV-OMS

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	**Activité**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires (FCFA)**	**Responsables**
Objectif 7 : D'ici 2020, 100% des districts sanitaires mettent en œuvre les activités de surveillance des MAPI en routine																			
Stratégie 7.1 Organisation de la surveillance des MAPI y compris l'invagination intestinale aigüe.																			
46.	Organiser un atelier de révision du plan de surveillance des MAPI	9	9	0									x				Un atelier de révision du plan de surveillance des MAPI est organisé	13 410 000	DCPEV-OMS
47.	Diffuser 200 exemplaires de directives et les outils révisés sur la surveillance des MAPI en routine aux 20 Directeurs Régionaux et aux 82 Directeurs Départementaux de la Santé.	9	9	0									x				200 exemplaires de directives et outils révisés sur la surveillance des MAPI en routine sont diffusés aux 20 DRS et aux 82 DDS	1 000 000	DCPEV
48.	Former les 164 CSE et CPEV des 82 districts et 20 CSE de régions à la surveillance des MAPI	10	10	0										x			Les 164 CSE et CPEV des 82 districts et 20 CSE de régions sont formés à la surveillance des MAPI	40 969 000	DCPEV-OMS
49.	Apporter un appui financier aux districts pour la prise en charge des MAPI graves.	1	12	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Un appui financier est apporté aux districts pour la prise en charge des MAPI graves	24 600 000	DCPEV-OMS
50.	Organiser 04 réunions trimestrielles par an pour la classification des cas de MAPI dans le cadre de la pharmacovigilance (imputabilité)	1	12	0	x				x				x			x	04 réunions trimestrielles sont organisées pour la classification des	2 659 200	DCPEV-OMS

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires (FCFA)	Responsables
																	cas de MAPI dans le cadre de la pharmacovigilance		
51.	Organiser un atelier d'élaboration du plan et des directives de mise en œuvre de la surveillance des invaginations intestinales aigues(IAA).	8	8	0								x					Un atelier d'élaboration du plan et des directives de mise en œuvre de la surveillance des invaginations intestinales aigues est organisé	7 770 000	DCPEV-OMS
52.	Former 8 cliniciens par site dans les 04 sites de surveillance des IIA sur l'examen théorique.	9	9	0									x				8 cliniciens par site dans les 04 sites de surveillance des IIA sont formés sur l'examen théorique	4 600 800	DCPEV-OMS
53.	Former 8 cliniciens par site dans les 04 sites sur l'examen clinique pratique de l'abdomen, à la recherche de boudin d'invagination par le toucher rectal.	9	9	0									x				8 cliniciens par site dans les 04 sites sont formés sur l'examen clinique pratique de l'abdomen et la recherche de boudin d'invagination par le toucher	4 600 800	DCPEV-OMS

Année 2016	Surveillance et contrôle de la maladie																		
Contrôle accéléré de la maladie	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires (FCFA)	Responsables
																	rectal		
54.	Former 1 radiologue par site dans les 04 sites au diagnostic paraclinique des IIA, Radiographie de l'Abdomen sans Préparation (ASP), Echographie Abdominale et au Lavement Opaque	9	9	0						x			x				1 radiologue par site dans les 04 sites sont formés au diagnostic paraclinique des IIA, à la radiographie de l'Abdomen sans Préparation (ASP), à l'échographie abdominale et au Lavement Opaque	1 404 800	DCPEV-OMS
55.	Former 1 chirurgien par site dans les 04 sites à la prise en charge chirurgicale des Invaginations intestinales aiguës.	9	9	0						x			x				Un chirurgien par site dans les 04 sites est formé à la prise en charge chirurgicale des Invaginations intestinales aiguës	1 404 800	DCPEV-OMS

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

Année 2016	Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV																		
N°	**ACTIVITE**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires**	**Responsables**
Objectif 1 : D'ici fin 2016 atteindre une proportion de 100% des structures sans rupture de stock en vaccins et consommables d'injection au niveau central, régional, district et centre de santé																			
Stratégie 1.1: Approvisionnement du niveau central et périphérique en vaccins et consommables d'injection de manière adéquate et continue																			
1.	Organiser un atelier pour l'estimation annuelle des besoins en vaccins et consommables PEV	9	9	0									x				Besoins estimés en vaccins et consommables	6 685 000	DCPEV/ INHP/ PNLT
2.	Acquérir les vaccins et les consommables	1	12	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Absence de rupture des vaccins	15 397 887 375	DCPEV/ INHP
3.	Organiser des missions trimestrielles de distribution des vaccins et consommables aux niveaux intermédiaires selon le plan de distribution	1	12	25%	x			x			x			x			Distribution des intrants au niveau inférieur	33 522 990	DCPEV
Objectif 2 : D'ici fin 2016, Améliorer la disponibilité et la qualité des données de vaccination et de gestion de stock des vaccins et consommables dans 100% des dépôts à tous les niveaux																			
Stratégie 2.1 : Renforcement du système de gestion des vaccins à tous les niveaux																			
4.	Organiser des missions de supervisions formatives	10	11	0										x	x		Des missions de supervisions formatives organisées	25 059 500	DCPEV
5.	Former les logisticiens centraux et régionaux à la cartographie et gestion des CF	6	7	0						x	x						Les logisticiens centraux et régionaux sont formés à la cartographie et à la gestion des CF	14 930 975	DCPEV
Objectif 3 : D'ici fin 2016, accroître la capacité de stockage en vaccins et consommables des structures sanitaires du niveau central à 100%, du niveau régional à 35%, du niveau district à 85% et du niveau centre de santé à 25%																			
Stratégie 3.1 : Renforcement en infrastructures et équipements																			
6.	Equiper le niveau central, régional, district et centres de santé en équipements CDF de capacité suffisante	1	12	0			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Le niveau central, régional, district	3 381 313 415	DCPEV

Année 2016	Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV																	
N°	ACTIVITE	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
	qui prend en compte l'introduction de nouveaux vaccins.																et centres de santé sont équipés de CDF de capacité suffisante qui prend en compte l'introduction de nouveaux vaccins.		
7.	Construire des magasins secs pour le stockage des consommables au niveau central et régional	10	12	0										x	x	x	Des magasins secs pour le stockage des consommables au niveau central et régional sont construits	209 000 000	DCPEV
Objectif 4 : Former 100% du personnel de toutes les structures de maintenance (DIEM, CREMM et AMD)																			
Stratégie 4.1 : Suivi et évaluation des activités de maintenance																			
8.	Elaborer, valider et diffuser les outils de gestion de la maintenance (équipements CDF et matériel roulant)	7	7	0						x							Les outils de gestion de la maintenance sont élaborés, validés et diffusés	6 743 300	DCPEV
Stratégie 4.2 : Renforcement des activités de maintenance																			
9.	Organiser un atelier de formation des agents impliqués dans la maintenance des équipements CDF	10	10	0										x			Un atelier de formation des agents impliqués dans la maintenance des équipements CDF est organisé	12 960 300	DCPEV
Objectif 5 : D'ici fin 2016, renforcer les établissements intervenant dans le PEV à tous les niveaux en matériel roulant pour le transport des intrants et des acteurs dans les																			

Année 2016	Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV																		
N°	**ACTIVITE**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires**	**Responsables**
proportions suivantes : • Niveau central : 35% pour le transport des intrants, • Niveau régional : 15% pour le transport des intrants, 100% pour le transport des acteurs, • Niveau district : 20% pour le transport des acteurs, • Niveau centre de santé : 40% pour le transport des acteurs.																			
Stratégie 5.1 : Renforcement des capacités des structures en moyens de transport																			
10.	Doter le niveau central, régional, district et centres de santé en équipements roulants conformes	1	12	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Les niveaux central, régional, district et centre de santé sont équipés en matériels roulants conformes	3 606 000 000	DCPEV
Objectif 6 : Renforcer les capacités des Logisticiens, CPEV et CSE en gestion des vaccins et données de vaccination à hauteur de : • Formation : 20 logisticiens centraux, 10 régionaux, 20 CSE régionaux et 82 CPEV districts • Equipement : 10 kits informatique pour les logisticiens des dépôts régionaux et 20 kits pour les CPEV districts et 20 CSE régionaux																			
Stratégie 6.1 : Renforcement des structures en outils informatiques																			
11.	Actualiser les inventaires des équipements informatiques	1	12	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Les inventaires des équipements informatiques sont actualisés	0	DCPEV
12.	Equiper les structures intervenant dans le PEV en kits informatiques selon les besoins exprimés	9	12	0									x	x	x	x	Les structures intervenant dans le PEV sont équipées en kits informatiques selon les besoins exprimés	16 800 000	DCPEV

Tableau XXXIV-4 : Génération de la demande et communication

Année 2016	Génération de la demande et communication																		
Composante du système de vaccination	**Activité**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires**	**Responsables**
1.	Organiser un atelier d'élaboration du plan stratégique de communication	3	3	0			x										Plan stratégique disponible	18 550 000	DCPEV
2.	Organiser un atelier de validation	5	6	0					x	x							Document validé	4 500 000	DCPEV
3.	Reproduire le document de stratégie	7	8	0							x	x					Document reproduit	1 000 000	DCPEV
4.	Disséminer le document de stratégie	9	12	0									x	x	x	x	Document disséminé	0	DCPEV
5.	Produire des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	6	8	0						x		x					Des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV sont produites	40 000 000	DCPEV
6.	Diffuser des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV	9	12	0									x	x	x	x	Des émissions et micro programmes radio sur les maladies cibles du PEV sont diffusées	13 500 000	DCPEV
7.	Etendre l'initiative 1 parrain pour 100 enfants à vacciner à 26 districts	8	9	0								x	x				l'initiative 1 parrain pour 100 enfants à vacciner est étendue à 26	57 983200	DCPEV

Année 2016	Génération de la demande et communication																		
Composante du système de vaccination	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
																	districts		
8.	Produire 11 capsules télévisées sur les maladies cibles du PEV	6	8	0						x	x	x					11 capsules télévisées sur les maladies cibles du PEV sont produites	4 000 000	DCPEV
9.	Diffuser les capsules télévisées sur les maladies cibles du PEV	9	12	0									x	x	x	x	Les capsules télévisées sur les maladies cibles du PEV sont diffusées	81 000 000	DCPEV
10.	Assurer la promotion de la vaccination lors de la semaine africaine de vaccination	4	4	0				x									La promotion de la vaccination lors de la semaine africaine de vaccination est assurée	37 940 000	DCPEV
11.	Organiser une campagne annuelle de sensibilisation multi média y compris les TIC sur 1 mois	7	8	0							x	x					Une campagne annuelle de sensibilisation multi média y compris les TIC est organisée sur 1 mois	13 190 000	DCPEV
12.	Produire des supports (affiches, boîte à images …) de communication adaptés à la communauté	8	10	0								x	x	x			Des supports de communication adaptés à la communauté sont organisés	69 000 000	DCPEV

Année 2016	Génération de la demande et communication																		
Composante du système de vaccination	**Activité**	**Mois de début**	**Mois de fin**	**% Réalisé**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Produit escompté**	**Ressources nécessaires**	**Responsables**
13.	Renforcer les capacités des 82 PFC en CIP	9	10	0									x	x			Les capacités des 82 PFC sont renforcées en CIP	16 583 500	
14.	Organiser les lancements officiels de l'introduction des nouveaux vaccins et des AVS	3	11	0			x	x	x	x	x	x	x	x	x		Les lancements officiels de l'introduction des nouveaux vaccins et des AVS sont organisés	14 750 000	DCPEV
15.	Organiser des missions d'appui à l'élaboration des plans de communication dans les districts sanitaires	7	9	0							x	x	x				Des missions d'appui à l'élaboration des plans de communication dans les districts sanitaires sont organisées	10 000 000	DCPEV
16.	Organiser un atelier d'élaboration des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine	9	10	0									x	x			Un atelier d'élaboration des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine est organisé	10 858 000	DCPEV
17.	Produire des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine	10	12	0										x	x	x	Des outils de gestion de la communication pour le PEV de routine sont	10 000 000	DCPEV

Année 2016	Génération de la demande et communication																		
Composante du système de vaccination	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
																	produits		
18.	Organiser des visites de supervision des points focaux de communication	6	12	0						x	x	x	x	x	x	x	Des visites de supervision des points focaux de communication sont organisées	143 372 000	DCPEV
19.	Organiser une réunion annuelle de suivi des performances des PFC	6	12	0						x	x	x	x	x	x	x	Des réunions trimestrielles de suivi des performances des PFC sont organisées	21 940 500	DCPEV
20.	Organiser des ateliers de formation des SAS en communication de crise	7	8	0							x	x					Des ateliers de formation des SAS en communication de crise sont organisés	21 940 500	DCPEV
21.	Organiser des ateliers de formation des PFC en communication des risques	7	8	0							x	x					Des ateliers de formation des PFC en communication des risques sont organisés	21 940 500	DCPEV
22.	Assurer un appui aux ONG pour la promotion du PEV de routine	6	10	0						x	x	x	x	x			Un appui aux ONG pour la promotion du PEV de routine est apporté	121 840 000	DCPEV
23.	Organiser le forum des ONG pour la recherche des ressources additionnelles pour la promotion du PEV de routine	7	9	0							x	x	x				Le forum des ONG pour la recherche des	2 400 000	DCPEV

Année 2016	Génération de la demande et communication																		
Composante du système de vaccination	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
																	ressources additionnelles pour la promotion du PEV de routine est organisé		

Tableau XXXV-5 : Gestion du programme

Année 2016	Gestion du programme																		
No	ACTIVITE	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
1.	Faire adopter en conseil des ministres le budget programme relatif à l'acquisition des vaccins	4	9	0				x	x	x	x	x	x				Le budget est adopté	0	DCPEV/ Cabinet
2.	Organiser une séance de présentation du PPAC	7	9	0							x	x	x				La mobilisation des ressources est effectuée	8 912 500	DCPEV
3.	Elaborer une stratégie de mobilisation de ressources additionnelles (secteur privé, ONG)	7	9	0							x	x	x				Le document est disponible	4 220 000	DCPEV/ Com
4.	Produire trimestriellement un état financier récapitulatif des dépenses	1	12	0	x			x				x				x	Etat financier récapitulatif régulièrement disponible	PM	DCPEV
5.	Adhérer à l'initiative de l'indépendance vaccinale	1	7	0	x						x						Le mémorandum est signé	PM	DCPEV
6.	Former les acteurs impliqués dans la gestion des vaccins à tous les niveaux Cf logistique	4	9	0				x	x	x	x	x					L'ensemble des acteurs sont formés	PM	DCPEV
7.	Former les administratifs (Service financier) sur la procédure d'acquisition des vaccins	7	9	0							x	x	x				Les administratifs sont formés	795 000	DCPEV
8.	Faire affecter un personnel à profil statistique dans l'équipe de suivi évaluation	9	12	0									x	x	x	x	Un personnel à profil statistique est affecté	0	DCPEV
9.	Elaborer/Réviser les directives en gestion des vaccins	8	12	0								x				x	Le document sur les directives en gestion des vaccins est disponible	PM	DCPEV
10.	Elaborer un manuel de procédure sur la gestion des vaccins	8	12	0								x				x	Le manuel de procédure sur la gestion des vaccins est disponible	PM	DCPEV
11.	Reproduire et diffuser les directives en	10	12	0										x	x	x	Les directives	8 162 500	DCPEV

Année 2016	Gestion du programme																		
No	ACTIVITE	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
	gestion des vaccins																disponibles au niveau District		
12.	Réviser le document de politique nationale de vaccination	10	12	0										x	x	x	Le document de politique nationale disponible	12 232 875	DCPEV
13.	Organiser trimestriellement les réunions du GTR et du CCIA	1	12	0	x			x				x				x	Les comptes rendus des réunions disponibles	2 040 000	DCPEV
14.	Organiser la revue annuelle des plans d'action opérationnelle suivie de l'élaboration des PAO à venir	11	12	0											x	x	Les rapports de la revue annuelle et PAO sont disponibles	17 276 875	DCPEV
15.	Organiser les réunions de validation des données de vaccination de routine et de surveillance au niveau central	1	12	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Les rapports des réunions de validations et des revues sont disponibles	3 690 000	DCPEV/SE
16.	Apporter un appui à l'organisation des réunions de validation des données de vaccination de routine et de surveillance aux niveaux régional (trimestriel) et district (mensuel)	6	12	0						x						x	Un appui à l'organisation des réunions de validation des données de vaccination de routine et de surveillance aux niveaux régional (trimestriel) et district (mensuel) est apporté	199 711 000	DCPEV
17.	Organiser des rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques	5	11	0					x						x		Les comptes rendus des rencontres sont disponibles	22 778 766	DCPEV
18.	Organiser des sessions de formation des équipes cadres de districts et de régions	6	6	0						x							Les rapports de formation sont	97 405 375	DCPEV/SE

Année 2016	Gestion du programme																		
No	ACTIVITE	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Produit escompté	Ressources nécessaires	Responsables
	aux DQS à raison de 3 par district et 2 par région																disponibles		
19.	Appuyer la supervision par les pairs au niveau régional	6	12	0						x	x	x	x	x	x	x	Les rapports de supervision sont disponibles	11 294 200	DCPEV
20.	Assurer la disponibilité des outils de gestion à tous les niveaux	1	12	0	x			x				x				x	Les outils de gestions sont disponibles à tous les niveaux	31 437 500	DCPEV
21.	Conduire un DQS annuel au niveau régional (évaluation par les pairs)	10	11	0										x	x		Les rapports d'évaluation sont disponibles	52 072 000	DCPEV/SE
22.	Organiser une journée de récompense des meilleurs agents	12	12	0												x	Agents récompensés	33 500 000	DCPEV
23.	Organiser une réunion d'orientation des structures décentralisées sur les bonnes pratiques de justification dépenses	7	7	0										x			Rapport de réunion	16 938 000	DCPEV
24.	Former les acteurs du niveau central en gestion des données	7	7	0							x						Les acteurs du niveau central sont formés en gestion des données	6 261 250	DCPEV/SE

7. ROLES ET RESPONSABILITES

Le plan 2016-2020 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 DCPEV. 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 DCPEV. Le CCIA assurera la coordination des partenaires et le suivi de la mise en œuvre du plan.

8. ANALYSE DES COUTS ET DU FINANCEMENT

8.1. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée est essentiellement basée sur les documents suivants :

- Guide pour l'élaboration des Plans Pluriannuels Complets (PPAC) ;
- L'outil d'analyse des Coûts et du Financement pour la planification Pluriannuelle (Tool Version 3.9.2 ML Février 2016).

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 2015 a été retenue comme année de référence pour calculer les coûts passés du PEV. Le taux de change annuel moyen utilisé pour l'année 2015 est de 585 FCFA pour 1$US. 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 2015 (1 638 FCFA) et du Taux de croissance du PIB de 2011 à 2015 est de 6%. A partir de l'année 2016, le taux du PIB qui a été appliqué est de 6%. Ce taux a été appliqué de façon linéaire sur les autres années du PPAC.

8.1.1. 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 23% au niveau des régions sanitaires, 30% au niveau districts 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 44% en 2015.
- 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.

- L'outil « EPI-Log-Forecasting-Tool » a été utilisé pour les informations concernant le coût 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 du froid, la maintenance et la gestion des stocks. Sur ce point ce sont les données physiques fournies par le programme de vaccination qui ont été utilisés sur la base du plan de renouvellement du matériel roulant et de la chaîne de froid couvrant la période 2015-2019.
- En ce qui concerne le calcul du coût en capital (amortissement), la durée de vie[6] des équipements de chaîne du froid est estimée à 5 ans.
- Les coûts des bâtiments du niveau central et les frais généraux ont été pris en compte.

8.1.2. 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 financements, 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 à

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

travers le recouvrement des coûts. 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 part, 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 2015,
ii. La seconde partie décrit le niveau des besoins en ressources futures sur la période 2016 - 2020
iii. La troisième partie est une analyse de la viabilité du programme

8.2. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DE L'ANNÉE DE BASE (2015)

8.2.1. COÛTS DU PEV EN 2015

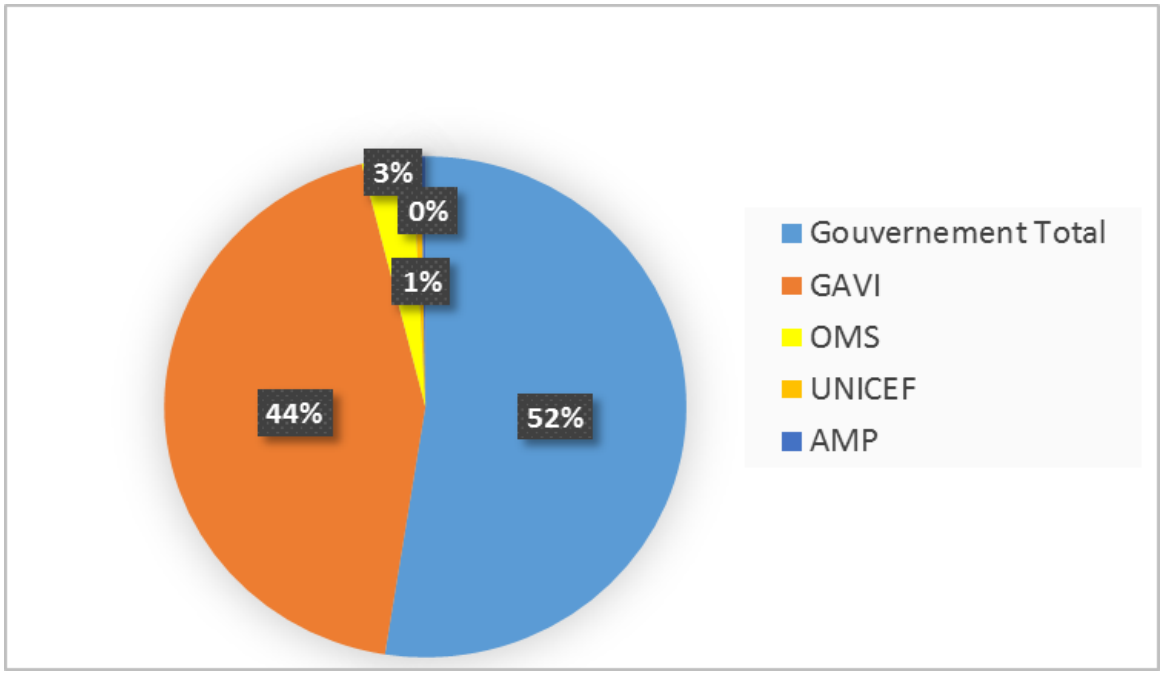
Au cours de l'année 2015, les dépenses totales de vaccination se sont élevées à xxx dont xxxx pour la routine soit xx% des dépenses et yyyy pour les campagnes soit yy%.
Le coût de revient d'un enfant complètement vacciné au DTC-HepB-Hib 3 était de xxxxx Ce coût prend en compte les coûts des vaccins, du matériel d'injection et les autres coûts opérationnels.

Tableau XXXVI : Indicateurs économiques et financiers du PEV en 2015

Indicateur pour l'Année de Référence	2015
Dépenses Total en Vaccination	28 488 616 $
Campagnes de vaccination	6 695 750 $
Vaccination de routine	21 792 866 $
par habitant	0.96$
par enfant DTC3	36$
% vaccins et matériels d'injection	68%
% financement du gouvernement	32%
% dépenses totales de santé	0%
% dépenses totales de santé du gouvernement.	0%
% PIB	34%
Total des coûts partagés	
% des coûts partagés dans le total	0%
TOTAL	**28 488 616 $**

8.2.2. FINANCEMENTS DU PEV DE ROUTINE EN 2015

Le profil du financement de la vaccination au cours de l'année de référence comme l'indique le graphique N°2 est dominé par l'Etat. Son financement représente 52% du total. Cependant ce financement est pour l'essentiel un coût partagé en personnel (52%). Le financement de GAVI quant à lui représente 44% du total et est composé pour l'essentiel des coûts récurrents de la vaccination de routine à hauteur de 73%. Les contributions de l'OMS et de l'UNICEF ont représenté respectivement 3% et 1% et de l'OMS au cours de l'année ont représenté chacun 30% de l'ensemble des financements.
.



Graphique 8 : Profil du Financement des coûts spécifiques du PEV de routine en 2015

8.3. COÛTS ET FINANCEMENTS DU PEV 2016-2020

8.3.1. MÉTHODOLOGIE

8.3.1.1. MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

Les données de l'année de base 2015 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.

8.3.1.2. 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 fichier Excel.

8.3.1.3. 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 2016 étant l'année au cours de laquelle, ce PPAC est élaboré, les financements de l'année 2015 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. C'est le cas du Plan

Annuel de Travail (PAT) de l'UNICEF pour l'année 2016 et le Bienium de l'OMS pour les années 2016-2017.

8.3.1.4. BESOINS EN RESSOURCES DE 2016 À 2020

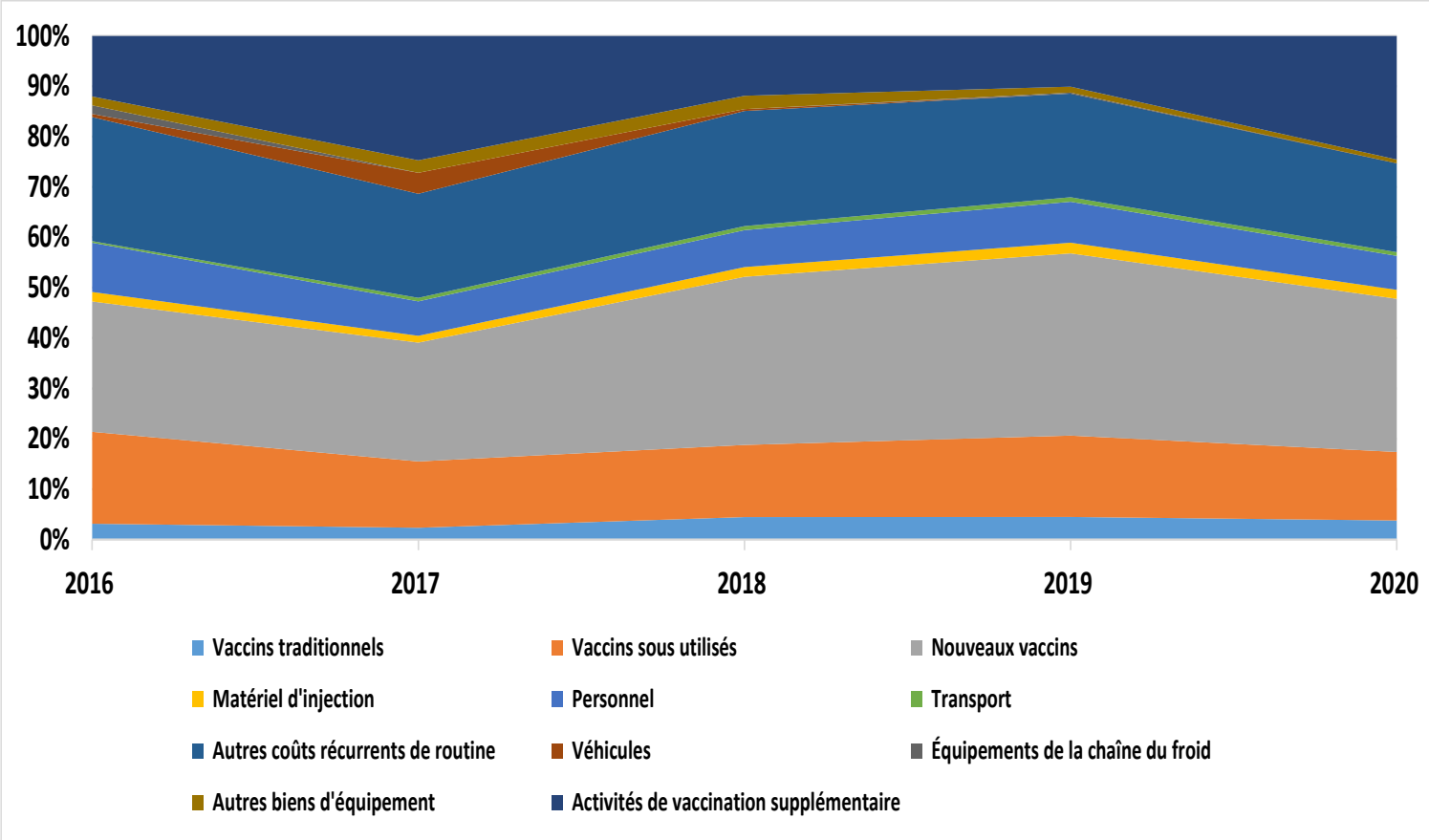
Le tableau N° XXXVII et la figure N°2 présentent les besoins en ressources financières sur la durée du PPAC.
En vue d'atteindre les objectifs fixés durant la période 2016-2020, le besoin global en ressources financières est estimé à $ US 335 893 585 sur la période. Ce coût se répartit par année de la manière suivante :

Tableau XXXVII : Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2016 à 2020

	Dépenses		Projections des coûts futurs			
	US$	US$	US$	US$	US$	US$
Composantes du Plan pluriannuel	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2016 - 2020
Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement)	21 312 562	27 498 916	31 820 814	30 980 276	31 831 827	143 444 395
Prestation des services	2 368 034	2 505 848	2 590 721	2 642 535	2 695 386	12 802 524
Plaidoyer et communication	1 461 516	1 629 772	1 650 130	858 588	875 760	6 475 766
Monitoring et contrôle des maladies	3 771 905	3 591 222	3 829 947	3 772 902	3 892 691	18 858 666
Gestion du programme	5 959 733	8 045 668	8 325 613	6 992 340	7 424 557	36 747 911
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	4 733 830	14 187 333	6 494 125	5 060 955	15 196 829	45 673 072
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)	13 370 413	13 796 513	13 943 226	15 796 647	14 984 451	71 891 250
Total global	52 977 993	71 255 273	68 654 576	66 104 243	76 901 500	335 893 585

Sur la période 2016 à 2020, les coûts totaux annuels du PEV passeront de $ 52 977 993 à $ 76 901 500 soit un taux d'accroissement de 69%. Cette situation est justifiée par l'introduction de nouveaux vaccins notamment le vaccin contre le rotavirus, la méningite A, le HPV, l'hépatite B à la naissance et la rougeole-rubéole, 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 l'approvisionnement en vaccins et logistiques pour la vaccination systématique occupe le gros poste de dépense avec 43% 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 (21%).



Graphique 9 : Projection des besoins en ressources de 2016 à 2020

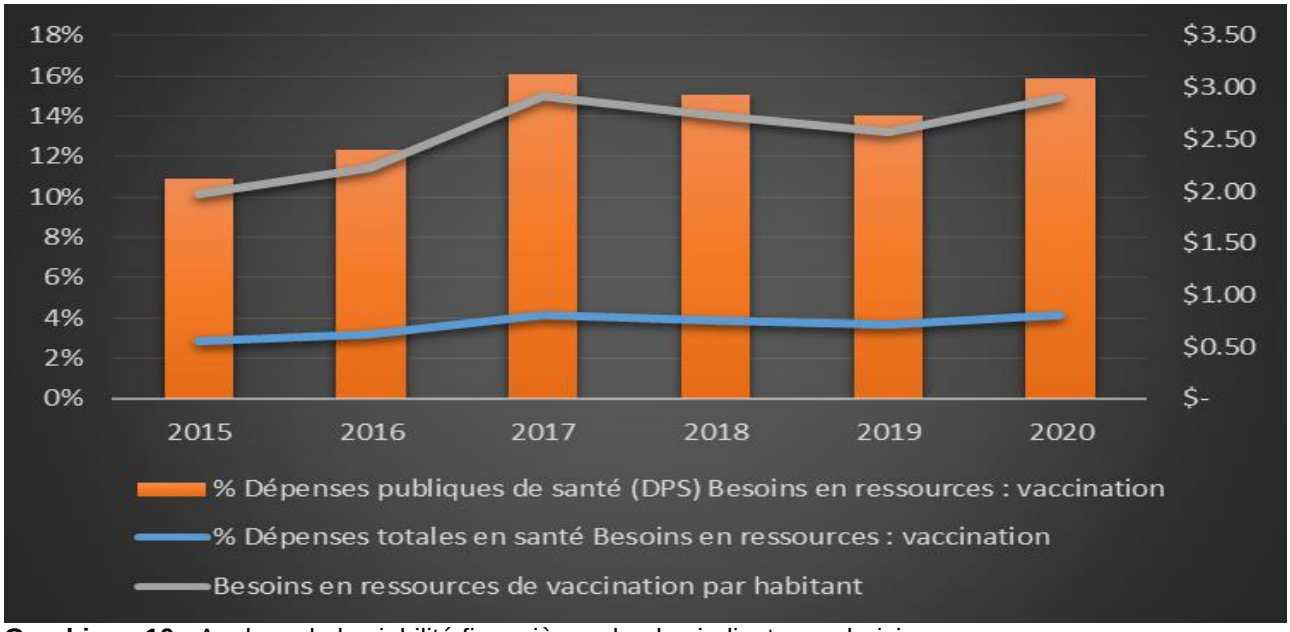
- En 2017 pour la viabilité du PEV, les dépenses totales du PEV devraient occuper 3,4% des dépenses totales de santé. Cette proportion va passer à 3,2% en 2018, 2,8% en 2019 et augmentée à 3,4% en 2020. Lorsqu'on tient compte du pourcentage des dépenses totales de santé du gouvernement, on s'aperçoit qu'en 2017 le PEV occupera une proportion de plus de 13% des dépenses totales de santé du gouvernement, en 2018, 12%, en 2019, 11% pour atteindre 13% en 2020. 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 XXXVIII : Indicateurs macroéconomique de viabilité financière

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Référence	-	-	-	-	-	-
PIB par habitant (US$)	1,638	1,735	1,838	1,946	2,062	2,184
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant (US$)	40,838	39,958	40,114	40,270	40,427	40,585
Population	22 671 331	23 865 566	24 486 071	25 122 709	25 775 899	26 446 072
PIB (US$)	37 127 427 020	41 399 769 248	44 993 898 793	48 900 053 439	53 145 321 709	57 759 143 824
Dépenses totales de santé (DTS US$)	1 582 645 179	1 655 595 231	1 705 263 088	1 756 420 980	1 809 113 610	1 863 387 018
Dépenses publiques de santé (DPS US$)	411 487 747	430 454 760	443 368 403	456 669 455	470 369 539	484 480 625
Besoins en ressources : vaccination						
Systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels) (US$)	44 824 478	52 977 993	71 255 273	68 654 576	66 104 243	76 901 500
Systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels) (US$)	38 128 728	48 244 163	57 067 940	62 160 451	61 043 288	61 704 671
Par enfant vacciné avec la DTC (US$)	63	64	72	75	71	70
% dépenses totales en santé **Besoins en ressources : vaccination**						
Systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	2.83%	3.25%	4.24%	3.97%	3.71%	4.19%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	2.41%	2.96%	3.40%	3.59%	3.43%	3.36%
Écart de financement						
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	-	-	-	-	-	-
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	-	-	-	-	-	-
% Dépenses publiques de santé (DPS) **Besoins en ressources : vaccination**						
Systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	10.89%	12.50%	16.32%	15.27%	14.27%	16.12%
Systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	9.27%	11.38%	13.07%	13.82%	13.18%	12.94%
Écart de financement						
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)		0.93%	1.52%	0.55%	0.82%	2.94%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
% PIB						
Besoins en ressources : vaccination						
Systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	0.12%	0.13%	0.16%	0.14%	0.12%	0.13%
Systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	0.10%	0.12%	0.13%	0.13%	0.11%	0.11%
Par habitant						
Besoins en ressources : vaccination						
Systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels) (US$)	1.98	2.22	2.91	2.73	2.56	2.91
Systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels) (US$)	1.68	2.02	2.33	2.47	2.37	2.33

Pour répondre aux besoins de la vaccination, il suffira pour le gouvernement de mettre à la disposition du PEV environ 0,13% du PIB en 2016, 0,16% du PIB en 2017, 0.14% du PIB en 2018, 0.12% en 2019 et 0,13% en 2020 pour garantir entièrement l'indépendance vaccinale.

D'autre part, de 2016 à 2020, une contribution de moyenne annuelle de $2.7 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 $2.02 en 2017 pour atteindre $2.47 en 2018 puis redescendre à $2.33 en 2020.



Graphique 10 : Analyse de la viabilité financière selon les indicateurs choisis

Dans la perspective de l'introduction de nouveaux vaccins, la Côte d'Ivoire devra globalement co-financer au total US $15 910 831 pour les nouveaux vaccins qu'elle a introduit et qu'elle compte introduire.

Tableau XXXIX : Récapitulatif du Cofinancement en $US de la CÔTE D'IVOIRE de 2016 à 2020

	2016	2017	2018	2019	2020	2016-2020
DTC+HepB+Hib (2016)	510 920	228 717	272 075	324 464	386 897	**1 723 073**
Pneumoccoque (2016)	484 030	659 459	784 472	935 525	1 115 539	**3 979 024**
Rotavirus (2016)	87 669	1 254 558	1 485 928	1 965 964	2 414 748	**7 208 868**
VPI (2016)	170 307	234 352	278 778	332 458	396 429	**1 412 324**
HPV (2018)	-	-	231 419	258 554	365 136	**855 108**
Men_A (2018)	-	-	98 671	114 102	131 660	**344 433**
Hep B (2018)	-	-	15 034	17 929	18 959	**51 922**
Rougeole-Rubéole (2018)	-	-	92 979	110 882	132 218	**336 078**
TOTAL	**1 252 926**	**2 377 086**	**3 259 355**	**4 059 877**	**4 961 586**	**15 910 831**

8.4. ANALYSE DU FINANCEMENT DE 2016 À 2020

8.4.1. 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 2016-2020 est de $ 335 893 585. Le montant des financements assurés pour la même période est estimé à $ 233 113 605 et couvre 69% des besoins en ressources.

Le montant des financements probables pour la même période est de $ 30 888 729 et couvre 31% des besoins.

L'analyse de la structure des sources de financements pour la période 2016-2020 montre :
En ce qui concerne les financements assurés les contributions suivantes :
Etat : 40.69%
UNICEF : 09.02%
OMS : 13.98%
GAVI : 36.24%
AMP : 00.05%
HKI : 00.02%

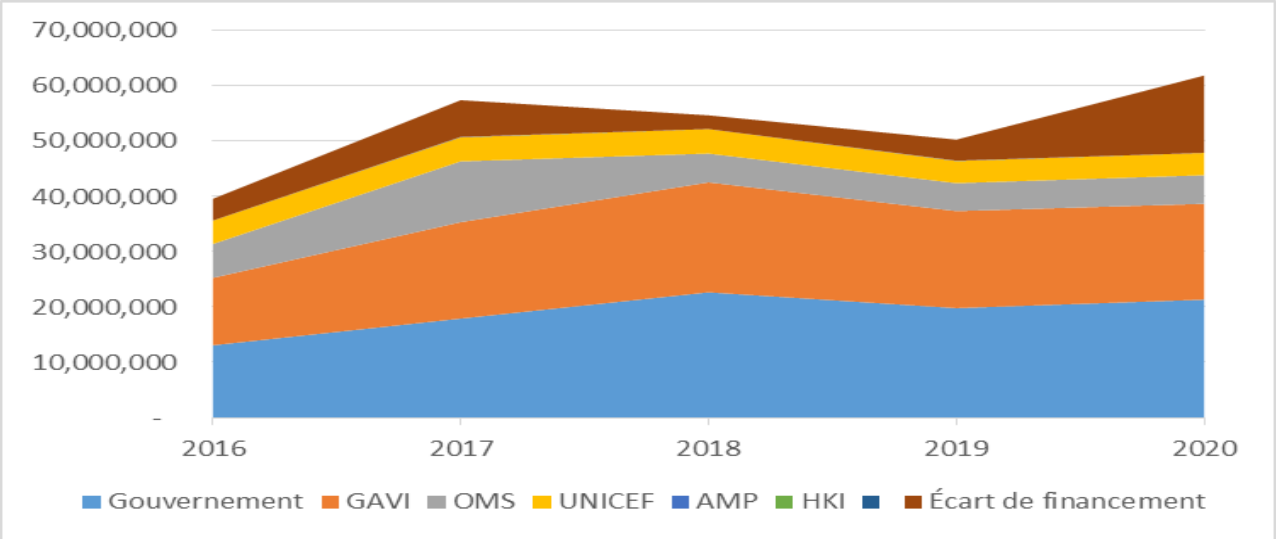
Tableau XL : Financements sûrs et probables pour la période 2016-2020 (dollars US)

	2016	2017	2018	2019	2020	2016 - 2020
Total financement sécurisé	35 660 417	50 805 975	52 230 825	46 503 383	47 913 006	233 113 605
Gouvernement	11 837 525	15 546 028	19 420 602	15 759 343	16 386 587	78 950 085
Part de cofinancement du gouvernement pour les vaccins soutenus par Gavi	1 252 926	2 377 086	3 259 355	4 059 877	4 961 586	15 910 831
GAVI	12 202 643	17 450 310	19 909 528	17 563 272	17 358 384	84 484 137
OMS	6 124 471	11 021 494	5 215 080	5 057 146	5 169 157	32 587 348
UNICEF	4 238 093	4 339 654	4 420 886	4 005 063	4 034 439	21 038 135
AMP	-	66 096	-	55 885	-	121 981
HKI	4 760	5 307	5 374	2 796	2 852	21 089
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	3 947 163	6 652 784	2 480 525	3 804 214	14 004 044	30 888 729
% des besoins totaux	10%	12%	5%	8%	23%	12%
Total Financement probable	3 947 163	6 652 784	2 480 525	3 804 214	14 004 044	30 888 729
Gouvernement	3 903 530	4 942 705	2 414 224	3 804 214	5 737 035	20 801 708
Part de cofinancement du gouvernement pour les vaccins soutenus par Gavi	-	-	-	-	-	-
GAVI	-	-	-	-	-	-
OMS	-	855 040	-	-	7 302 612	8 157 652
UNICEF	-	855 040	-	-	907 375	1 762 414
AMP	43 633	-	66 300	-	57 022	166 955
ROTARY	-	-	-	-	-	-
HKI	-	-	-	-	-	-

- **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

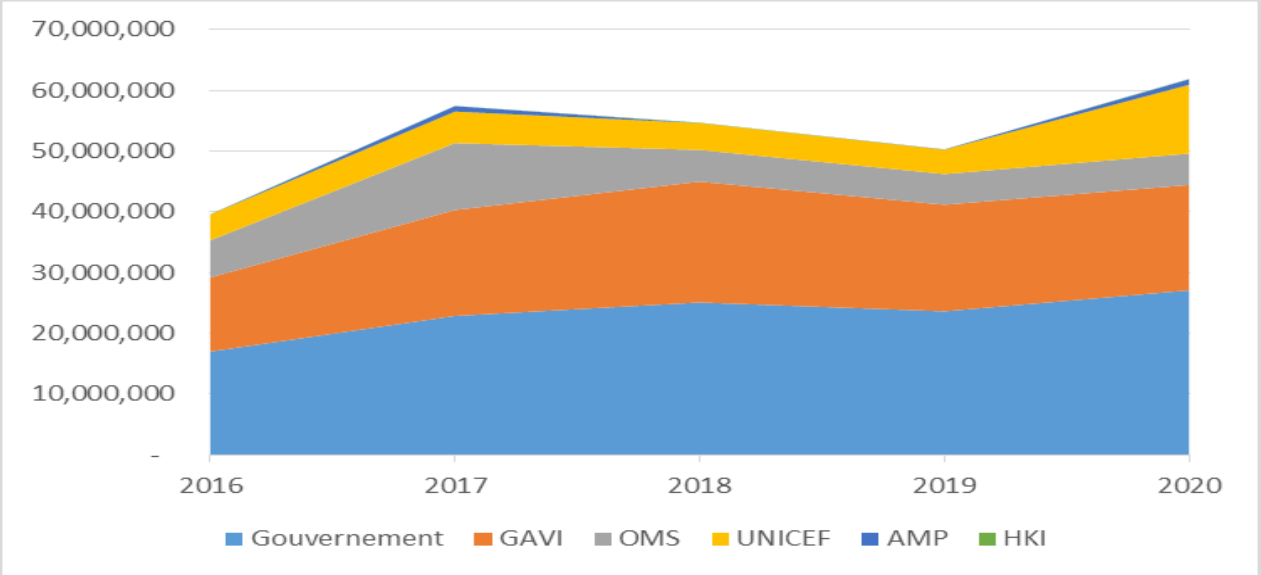
Les écarts entre les besoins en ressources et le financement sécurisé ne sont pas vraiment élevés (voir tableau 3), mais ils doivent être pris avec des précautions. Lorsqu'on considère les financements sécurisés et probables les écarts sont pratiquement comblés.
La contribution du Gouvernement proviendra du Budget Général 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 l'Etat est la plus élevée du fait des coûts en personnel et en bâtiments.



Graphique 11 : Projection des Financements assurés et gaps de la vaccination de 2016 à 2020

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

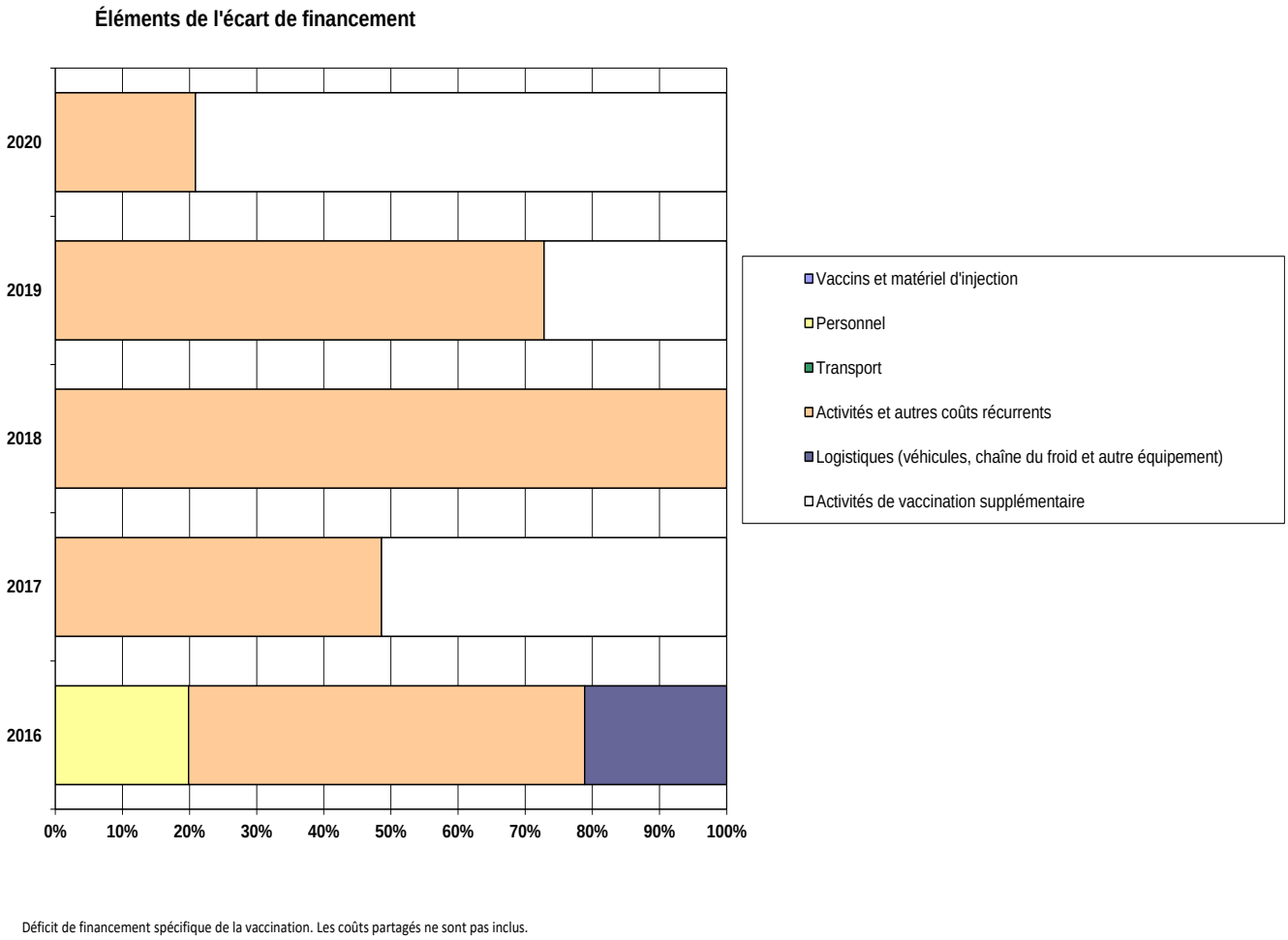
En examinant le financement assuré et probable comme l'indique le graphique 12, on se rend compte que le Gouvernement de la Côte d'Ivoire a fait des efforts vers l'indépendance vaccinale, mais cet effort doit être encore plus poussé avec l'introduction des nouveaux vaccins.



Graphique 12 : Projection financements Sécurisé, Probable et les Gaps de la vaccination de 2016 à 2020

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 (pour toutes les années)
- Le personnel (pour l'année 2016)
- La logistique (construction d'incinérateurs pour l'année 2016)



Graphique 13 : Composition des écarts financiers du PPAC 2016-2020

8.4.2. STRATÉGIES DE VIABILITÉ FINANCIÈRE DU PEV, 2016-2020

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

8.4.2.1. 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
- Exploiter les financements innovants tels les taxes sur les routes à péage

- **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.

8.4.2.2. 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.