

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
SIGLES ET ABREVIATIONS	3
RESUME	4
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	5
INTRODUCTION	6
1. CONTEXTE	6
1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE.....	6
1.2. PROFIL POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE.....	7
1.3. DONNEES SANITAIRES	8
1.4. SANTE ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETE	9
2. SITUATION ACTUELLE	9
2.1. ANALYSE DE LA SITUATION.....	9
2.1.1. Prestations des services de vaccination.....	9
2.1.2. Surveillance des maladies cibles du PEV.....	11
2.1.3. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique	14
2.1.4. Communication	15
2.1.5. Gestion du programme	16
2.2. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES	17
2.2.1. Forces	17
2.2.2. Faiblesses	18
2.2.3. Opportunités.....	18
2.2.4. Menaces.....	18
2.3. PROBLEMES ET PRIORITES	18
2.3.1. Principaux problèmes	18
2.3.2. Priorités 2007 – 2011	19
3. OBJECTIFS ET JALONS	19
3.1. OBJECTIFS GENERAUX	19
3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	20
4. STRATEGIES ET ACTIVITES DE 2007 A 2011	20
5. SUIVI ET EVALUATION	20

5.1.	CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	20
5.2.	INDICATEURS DE SUIVI - EVALUATION.....	20
6.	ROLES ET RESPONSABILITES.....	22
7.	Estimation des coûts et du financement du PPAC.....	22
7.1.	ANALYSE DU SECTEUR DE LA SANTE.....	22
7.1.1.	Contexte	22
7.1.2.	Programmation et exécution du Budget de l'Etat.....	22
7.1.3.	Programmation et exécution du budget des partenaires	22
7.1.4.	Financement communautaire	22
7.2.	METHODOLOGIE POUR L'ANALYSE DES COÛTS	22
7.2.1.	Intrants nécessaires à l'estimation des coûts.....	22
7.2.2.	Projection des coûts futurs du programme.....	22
7.3.	PROJECTION DES FINANCEMENTS FUTURS DU PROGRAMME.....	22
7.4.	STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE DU PROGRAMME	22
8.	PLAN ANNUEL D'OPERATIONS 2007.....	22

SIGLES ET ABREVIATIONS

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

RESUME

Le présent plan pluriannuel complet du Programme Elargi de Vaccination (PEV) s'inscrit, comme le précédent, dans le cadre global tracé par le Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005 et dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté, le plan quinquennal de la santé de 2007-2011 étant en cours de développement. Il s'inspire aussi des Objectifs du Millénaire pour le Développement et des orientations définies dans le document "La vaccination dans le monde : Vision et Stratégie 2006 à 2015" (GIVS).

La crise que traverse la Côte d'Ivoire depuis 2002 a eu un impact négatif sur l'économie ivoirienne. Les ressources publiques, avec la diminution voire la suppression de l'aide au développement, se sont amenuisées. Toutefois, en dépit de la morosité financière globale, le Gouvernement Ivoirien a maintenu ses efforts dans le domaine de la santé.

Les principaux problèmes auxquels le PEV se trouve confronté sont :

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

Face à ces problèmes, les principales priorités pour la période 2007-2011 seront :

- Améliorer l'offre des services de vaccination
- Atteindre et maintenir les critères de certification pour l'éradication de la polio
- Contrôler la rougeole et la fièvre jaune
- Eliminer le tétanos maternel et néonatal
- Introduire le vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib
- Améliorer la disponibilité et la gestion en vaccins et consommables d'injection à tous les niveaux.
- Renforcer l'équipement de chaîne de froid et les moyens de transport à tous les niveaux
- Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination
- Renforcer la communication et le plaidoyer en faveur de la vaccination.

Les objectifs du plan pour la période 2007-2011 sont de :

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

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

La mise en œuvre de ce plan va impliquer outre les services du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère de l'Economie et des Finances, la communauté et les partenaires au développement y compris les ONG. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique 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 de la Santé et de l'Hygiène Publique apporteront leur appui technique à la DC-PEV. 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 2007-2011 à un montant global de 125 189 085 dollars des Etats Unis d'Amérique (USD). Le montant pour la vaccination de routine est estimé à 99 149 451 USD, celui des activités de vaccination supplémentaires à 26 039 634 USD.

Le plan 2007-2011 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	7
Tableau II. Evolution des principaux indicateurs macro-économiques, CI, 2003 à 2005	7
Tableau III. Quelques indicateurs de santé de la Côte d'Ivoire.....	9
Tableau IV. Indicateurs du PEV de routine en Côte d'Ivoire, 2001 à 2006.....	10
Tableau V. Indicateurs des activités de vaccination supplémentaires en Côte d'Ivoire, 2001 à 2006	10
Tableau VI. Incidence des maladies cibles du PEV, CI, 2001 à 2006	11
Tableau VII. Indicateurs spécifiques de surveillance des maladies cibles du PEV, CI, 2001 à 2005.....	14
Tableau VIII. Priorités nationales, objectifs et jalons du PEV pour la période 2007-2011	21
Tableau IX. Objectifs, stratégies et activités essentielles par composante pour la période 2007-2011	22
Tableau X. Indicateurs de suivi et évaluation du PPAC du PEV 2007-2011	22
Tableau XI. Financement projeté de la vaccination de 2003 à 2006 (US\$).....	22
Tableau XII. Evolution des principaux indicateurs macro-économiques de la Cote d'Ivoire 2003-2005.	22
Tableau XIII. Coûts récurrents et projection des besoins en ressources futures pour 2007-2011	22
Tableau XIV. Coûts et projection des besoins en ressources futures pour la surveillance et le monitoring...	22
Tableau XV. Indicateurs pour l'année de base (2006)	22
Tableau XVI. Coûts et projection des besoins en ressources futures du PEV pour la période 2007-2011	22
Tableau XVII. Profil de financement du PEV pour la période 2007-2011	22
Tableau XVIII. Composition des Écarts Financiers avec financement assuré uniquement.....	22
Tableau XIX. Composition des écarts financiers avec financement assuré et probable	22
Tableau XX. Stratégies et activités de viabilité financière du PEV pour la période 2007-2011	22
Tableaux XXI. Plan d'action opérationnel 2007 du PEV	22

Liste des figures

Figure 1. Couvertures vaccinales du PEV de routine CI, 2001 à 2006.....	10
Figure 2. Evolution mensuelle de l'incidence de la rougeole de 2001 à 2006 en CI.....	11
Figure 3. Evolution annuelle de la complétude et de la promptitude de la notification de routine, CI, 2001 à 12	
Figure 4. Evolution annuelle de la performance des deux indicateurs majeurs de la surveillance des PFA en Côte d'Ivoire, de 2001 à 2004 et de 2005 à 2006	12
Figure 5. Situation des deux indicateurs majeurs par région au 31 décembre 2006.....	13
Figure 6. Répartition des coûts du programme pour l'année de base	22
Figure 7. Profil de financement pour l'année de base.....	22

INTRODUCTION

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en Côte d'Ivoire a pour mission, l'immunisation des populations les plus vulnérables en particulier les enfants et les femmes, contre les maladies évitables par la vaccination les plus graves pour ces populations. Démarré à titre pilote en 1978, il a connu une extension progressive et a couvert tout le pays en 1986. Aux six maladies initialement visées, il a été ajouté la fièvre jaune en 1983 et l'hépatite B en 2000. Le PEV a fait l'objet d'une forte accélération en 1987 avec la campagne nationale multi-antigènes menée dans le cadre de l'Année africaine de la vaccination.

Le précédent plan pluriannuel du PEV couvrait la période 2001-2005. Il s'inscrivait dans le cadre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 1996 – 2005, dans lequel la Côte d'Ivoire s'engageait à atteindre au moins 80% de couverture vaccinale chez les enfants de 0 à 11 mois, à éradiquer la poliomyélite, à éliminer le tétanos néonatal, à contrôler la rougeole et les autres maladies cibles du PEV.

Le plan pluriannuel complet (PPAC) du PEV pour la période 2007-2011 est basé sur les résultats de la revue externe du PEV réalisée en 2006. C'est un plan consensuel, élaboré avec la collaboration de plusieurs structures du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, la participation des ministères en charge de l'Economie, en charge du Plan et avec l'appui technique des partenaires au développement.

Ce PPAC s'inscrit dans le cadre global tracé par le précédent PNDS en l'absence de nouveau plan décennal de la santé, et dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté. Il s'inspire aussi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et des orientations définies dans le document "La vaccination dans le monde : Vision et Stratégie 2006 à 2015" (GIVS). Il prend en compte les différents plans sectoriels pluriannuels existants, tels le plan de viabilité financière du PEV élaboré en 2003, le plan d'élimination du tétanos maternel et néonatal 2007-2011, le plan intégré de communication pour le PEV 2007-2009 et le plan stratégique de lutte contre la rougeole 2001-2005.

Le présent document de plan pluriannuel du PEV pour la période 2007-2011, passe en revue le contexte dans lequel le PEV évolue et analyse sa situation actuelle. Puis il présente les objectifs et jalons prévus pour la période, ainsi que les principales stratégies et activités identifiées selon les orientations du GIVS. Il expose brièvement le suivi - évaluation de la mise en œuvre, avant de décrire et analyser les coûts et le financement du plan. Il s'achève sur une présentation du chronogramme des activités de 2007.

1. CONTEXTE

1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE

Située en Afrique de l'Ouest entre le 10^{ème} degré de latitude Nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} 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. 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 Baoulé, les Krou, les Lobi, les Malinké, les Sénoufo. Les religions les plus pratiquées sont l'animisme, le christianisme et l'islam. En 2004, le taux d'alphabétisation (personnes âgées de 15 ans et plus sachant lire et écrire) était estimé à 48% en moyenne, 60% pour les hommes et 38% pour les femmes.

Les groupes religieux et traditionnels ont une attitude généralement favorable à la vaccination.

Les projections de l'Institut National de Statistiques (INS) estiment la population de 2006 à 19 924 269 habitants à partir du recensement général de la population de 1998. Le taux d'urbanisation est estimé à 45% en 2004. Les proportions de populations sont :

- enfants de 0 à 11 mois 02,95%
- enfants de 0 à 4 ans 17,39%
- enfants de 6 à 59 mois 15,09%
- enfants de 0 à 14 ans 45,88%
- femmes enceintes 05,00%
- femmes en âge de reproduction 23,60%

Tableau I. Quelques indicateurs démographiques en Côte d'Ivoire

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

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

Le pays compte 8 538 localités dont 123 de plus de 10 000 habitants et 2 556 155 ménages de 8 personnes en moyenne. Il est divisé en 19 régions, 68 départements, 2 districts autonomes, 56 conseils généraux, 333 sous-préfectures, 718 communes et plus de 14 000 villages et campements.

1.2. PROFIL POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

Depuis le 19 septembre 2002 la Côte d'Ivoire vit une crise sociopolitique avec pour conséquence la partition du pays en deux zones : zone gouvernementale et sous contrôle des Forces Nouvelles. La persistance de cette situation continue de perturber l'ensemble des activités sanitaires dans tout le pays, en particulier dans les parties nord et ouest du pays. Depuis 2004, suite aux efforts de sortie de crise, le pays se trouve dans une phase de réconciliation nationale malgré les difficultés dans la mise en œuvre du processus de désarmement, de démobilisation et de réinsertion. La volonté des acteurs politiques et de la communauté internationale d'aboutir à la réunification du pays constitue une opportunité pour la relance des activités de santé en général et du PEV en particulier.

L'économie ivoirienne subit les conséquences de cette crise militaro-politique depuis septembre 2002. Au lieu d'un taux de croissance moyen positif de 1,6% comme le prévoyait le cadrage macro-économique 2001-2005, on a observé plutôt une mauvaise performance de l'économie sur la période, marquée par une croissance négative moyenne de (-1,5%).¹ La conséquence en est une chute de la contribution de l'Etat aux dépenses de santé, qui est passée de 8% en ce qui concerne les dépenses courantes à 6% sur la période 2002-2005.

Tableau II. Evolution des principaux indicateurs macro-économiques, CI, 2003 à 2005

	Montant par année en milliards de FCFA			
	2002	2003	2004	2005
Recettes totales y compris Dons	1496,2	1401,4	1514,1	1582,4
Recettes domestiques	1467,8	1352	1438,2	1509,5
Dépenses totales	1566,5	1601,9	1654,3	1593
Dépenses courantes (hors intérêt dettes)				
Dépenses de Santé	68,247	70.109,0	72.966	67.805
Dépenses de santé en % des dépenses courantes (hors intérêts dettes)	6,63%	6%	6%	5,44%
Dépenses de vaccination	3,492	2,961	2,733	4,233
Dépenses de vaccination en % dépenses de santé	5,11%	4,22%	3,74%	6,24%

Source : Direction du Budget du Ministère des Finances, DAAF/Santé, Bulletin de l'UEMOA.

Depuis 1999 il existe une réforme du secteur de la gestion des dépenses publiques, connue sous le nom de Système Informatisé de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP).

Le financement du secteur de la santé est assuré principalement par l'Etat et en partie par les communautés depuis 1994. Selon le Document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) 2002, les ressources financières effectivement consacrées à la santé se situent en moyenne à 5% du budget et environ 1% du Produit intérieur brut (PIB). La contribution de l'Etat est estimée à environ 6 000 F CFA par habitant et par an, soit environ 9 \$ US. Les dépenses totales de santé s'élèveraient à plus de 200 milliards de F CFA par an, soit environ 25 \$US par habitant.

¹ Indicateurs économiques de l'UEMOA

Les ménages contribuent aussi au financement du secteur de la santé à travers le recouvrement des coûts des actes de santé, généralisé sur l'ensemble du territoire. Ainsi, au niveau des centres de santé urbains 65% des fonds recouverts sont reversés à la structure, 20% au Trésor public, et 15% au Fonds d'Action Sanitaire (FAS), alors qu'au niveau des zones rurales, 90% des fonds recouverts sont reversés à la structure, et 10% au FAS.

Par ailleurs les communautés contribuent au financement du secteur à travers les initiatives tels les Fonds régionaux d'aménagement rural (FRAR), les Fonds d'investissement et d'aménagement urbain (FIAU), par la construction de centres de santé et des appuis divers en nature (logement des agents de santé, mise à disposition d'agents de santé communautaire, approvisionnement en carburant et autres produits pétroliers, etc.

Le réseau routier est important, facilitant l'accessibilité des populations aux structures de santé. On note des facilités de communication avec des réseaux développés de téléphonie fixe et mobile, de radio et télévision. Les sources d'énergie disponibles couramment utilisées sont l'électricité et le gaz. Le réseau d'électrification est étendu aux principales agglomérations urbaines et à de nombreux villages. La fourniture de l'électricité et de l'eau courante est maintenue même dans les localités des zones centre, nord et ouest (CNO) directement affectées par la crise, malgré des coupures intermittentes.

1.3. DONNEES SANITAIRES

La Côte d'Ivoire a adhéré en 1981 à la Charte africaine de développement sanitaire avec la stratégie des Soins de santé primaires. 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 2006, les hôpitaux généraux et les centres hospitaliers régionaux, au nombre de 71. Le niveau tertiaire comprend les centres hospitaliers universitaires (CHU), au nombre de 4 et les centres et instituts spécialisés au nombre de 6.

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

Le pays compte 1 367 structures sanitaires, inégalement réparties entre les régions. Ainsi les régions des Lagunes 1 et 2, pour près de 20% de la population cible du PEV, réunissent environ 40% des centres de santé urbains, 65% des maternités urbaines et comptent. Ces centres sont dirigés généralement par un infirmier en milieu rural et par un médecin en milieu urbain. Quelques-uns des centres hospitaliers sont dotés d'incinérateurs médicaux. La réflexion sur le plan de gestion des déchets médicaux est en cours. Lors des vaccinations de masse avec des antigènes injectables, les unités industrielles disposant de four à haute température implantées sur tout le territoire, sont mises à contribution pour la destruction des déchets vaccinaux.

Les niveaux de déconcentration administrative et technique sont représentés par 19 directions régionales de la santé (DRS) et 79 directions de districts sanitaires (DDS). Une partie des DRS et DDS bénéficient de l'appui de partenaires en équipements, en médicaments, en fonctionnement, notamment l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Comité international de la Croix rouge (CICR), la Coopération technique belge. 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 (DSC), elle-même rattachée à la Direction Générale de la Santé.

Le tableau suivant présente quelques indicateurs de santé de base dans le pays, extraits du rapport de l'enquête de 2005 sur les indicateurs du SIDA. Il faut noter que le ratio du Personnel de Santé aux Populations, va subir une modification sensible à la hausse avec la récente affectation en fin 2006 de 1 200 médecins.

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

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

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

1.4. SANTE ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

Selon son DSRP de 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 2007, 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 avait misé sur la croissance économique et l'allègement de la dette extérieure.

2. SITUATION ACTUELLE

2.1. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1.1. Prestations des services de vaccination

a) Offre et demande des services de vaccination

Les populations cibles du PEV sont les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes. Le PEV utilise les vaccins suivants : le BCG, le vaccin tétravalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'hépatite B (DTC-Hép B), le vaccin Polio oral (VPO), le vaccin antirougeoleux (VAR), le vaccin anti-amaril (VAA), le vaccin antitétanique (VAT). 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.

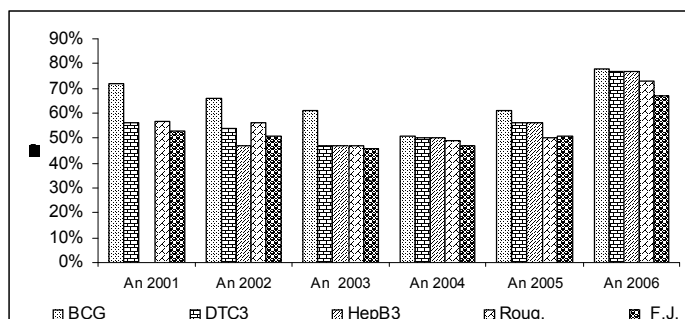
Les populations cibles du PEV sont estimées pour 2006 à 587 766 enfants de 0 à 11 mois parmi les 3 464 830 enfants de 0 à 59 mois, 996 213 femmes enceintes parmi les 4 702 127 femmes en âge de reproduction. Le nombre des enfants de 6 à 59 mois est estimé à 3 006 572 et celui des enfants de 0 à 14 ans est de 9 141 255.

Les services de vaccination sont offerts par 1 420 établissements sanitaires de premier contact, publics et privés. Les vaccinations se font selon les stratégies fixes, avancées et mobiles dans tous les districts, en dépit des interruptions observées en stratégie fixe (dans 26% des centres) et avancée (dans 45% des centres). Par ailleurs, aux séances de vaccination, tous les antigènes du PEV sont offerts dans 72% des postes fixes et 43% des postes avancés.

Les directives sur les occasions manquées de vaccination, pour l'atteinte des populations spéciales (hors de portée et des zones d'accès difficile) et la recherche des perdus de vue sont insuffisamment appliquées sur le terrain. La correction de ces insuffisances a récemment démarré en 2006 avec l'opérationnalisation de l'approche "Atteindre Chaque District" (ACD) dans 61% des districts.

b) Performances du PEV de routine

Figure 1. Couvertures vaccinales du PEV de routine CI, 2001 à 2006



Sur la période de 2001 à 2005 les couvertures vaccinales nationales par antigène sont généralement inférieures à 80%. Elles ont une tendance à la stagnation ou à la baisse, confirmée par les enquêtes des revues externes menées en 2001 et 2006. Entre ces deux années la baisse de couverture observée est d'environ 8 points en moyenne par antigène. Les taux d'abandon sont élevés, autour de 22% entre la première et la troisième dose de DTC-HépB. Une remontée des couvertures est amorcée en 2006 pour tous les antigènes chez les enfants de 0 à 11 mois, avec une couverture DTC-HépB3 de 77%.

Les performances des districts, malgré leur faiblesse dans la période, montrent aussi une amorce d'amélioration. En 2006 37% des districts contre 9% en 2005 ont atteint 80% de couverture vaccinale pour le DTC-HépB 3.

Les performances des districts, malgré leur faiblesse dans la période, montrent aussi une amorce d'amélioration. En 2006 37% des districts contre 9% en 2005 ont atteint 80% de couverture vaccinale pour le DTC-HépB 3.

Tableau IV. Indicateurs du PEV de routine en Côte d'Ivoire, 2001 à 2006

Type	Indicateur	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Couvertures vaccinales de routine	BCG	72%	66%	61%	51%	61%	78%
	DTC3	56%	54%	47%	50%	56%	77%
	HepB 3	ND	47%	47%	50%	56%	77%
	VAR	57%	56%	47%	49%	50%	73%
	VAA	53%	51%	46%	47%	51%	67%
	VAT2+	60%	41%	45%	40%	34%	26%
Taux d'abandon	DTC1/DTC3	21%	28%	23%	21%	22%	19%
	DTC1/ VAR	22%	22%	23%	22%	29%	4%
Performances des districts	% DS avec une CV en DTC3 \geq 80%	13%	3%	17%	6%	9%	46%
	% DS avec une CV en Rougeole \geq 80%	15%	9%	17%	3%	5%	35%
	% DS avec une CV en VAT2+ \geq 80%	0%	4%	1%	1%	1%	0%
	% DS avec un taux d'abandon DTC1/DTC3 <10%	7%	3%	2%	14%	11%	22%

c) Activités de vaccination supplémentaires

Tableau V. Indicateurs des activités de vaccination supplémentaires en Côte d'Ivoire, 2001 à 2006

Type d'AVS	Indicateurs	2001	2002	2003	2004	2005	2006
JNV Polio	CV administrative	111%	71%*		100%	105%	99%
	% des districts avec CV \geq 95%	92%	77%		85%	88%	78%
	% des enfants manqués					3%	3%
	% de localités insuffisamment couvertes					3%	2%
Campagne Rougeole	CV administrative 9 mois à 14 ans					88%	
	% des districts avec CV \geq 95%					47%	
	CV après enquête 9 mois à 14 ans					95%	
Vitamine A	CV administrative 6 à 59 mois	89%			57%	98%	92%

* JNV Polio de 2002 organisées dans 48 districts sur les 62 de l'époque à cause de la crise.

Les couvertures vaccinales administratives obtenues lors des JNV polio sont toujours supérieures à 95% de 2001 à 2006 ; les indicateurs estimés à travers le monitoring de 2005 et 2006 montrent une amélioration de la qualité des JNV.

Pour la campagne nationale de vaccination contre la rougeole en 2005, la couverture nationale après enquête est satisfaisante, de 95%, avec 84% des régions ayant atteint au moins 95% de couverture.

2.1.2. Surveillance des maladies cibles du PEV

a) Incidence des maladies cibles du PEV

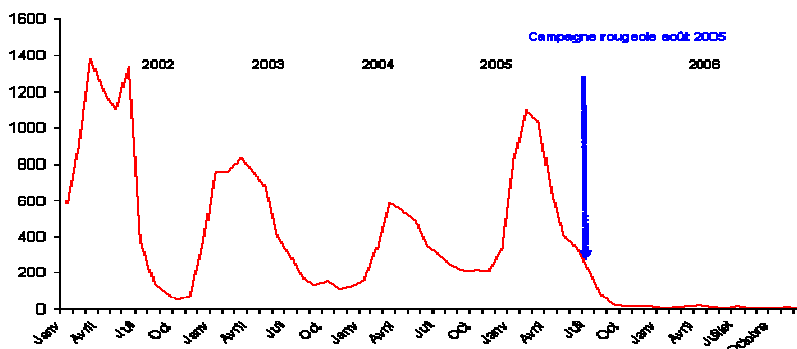
Avec le début de la crise on note une réémergence de certaines maladies avec 17 cas de poliovirus sauvages en 2004, 10 cas de fièvre jaune depuis 2002 et 32 cas de tétanos néonatal en 2006.

Tableau VI. Incidence des maladies cibles du PEV, CI, 2001 à 2006

Maladies	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rougeole cas suspects	5 842	7 633	5 113	3 993	4 731	226
Polio cas confirmés	0	0	1	17	0	0
Fièvre jaune cas confirmés	30	5	1	0	2	2
Tétanos néonatal cas suspects	19	20	12	8	31	32

Figure 2. Evolution mensuelle de l'incidence de la rougeole de 2001 à 2006 en CI

On observe une forte réduction des cas de rougeole suite à la campagne nationale de vaccination contre la rougeole en août 2005. La période de haute transmission de cette maladie va de janvier à juillet et celle de basse transmission d'août à novembre.



b) Surveillance de la maladie

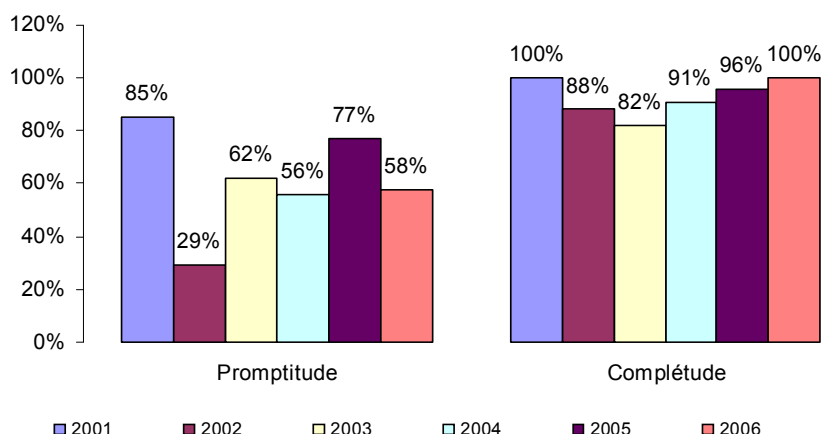
Le système de surveillance en routine compte 79 sites de notification, qui couvrent 1 266 sites de surveillance active parmi lesquels 799 sites prioritaires identifiés dans les structures privées et publiques. Les visites de surveillance active sont effectuées par l'infirmier chargé de la surveillance épidémiologique (CSE) et l'infirmier chargé du PEV (CPEV) au niveau district. Des appuis ponctuels sont apportés par le niveau central (DCPEV), dans les districts identifiés comme peu performants. Les définitions standard de cas de maladie ont été formulées et diffusées dans tous les sites de surveillance.

Un Système d'alerte précoce (SAP) pour les maladies à potentiel épidémique a été mis en place à l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) et concerne la rougeole, la fièvre jaune, le choléra, la méningite. La rétro-information est faite par courrier électronique, à travers le bulletin épidémiologique mensuel « Le Vigile ».

Les rapports de morbidité produits par les sites de notification sont collectés et compilés au district par le CSE, puis transmis à la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), avec un feuillet directement transmis à la DC-PEV pour l'analyse à temps des données relatives au PEV. La rétro-information par la DC-PEV se fait au cours des réunions régionales bimestrielles de suivi.

Les moyens utilisés par les centres de vaccination pour la transmission des rapports PEV sont le personnel de santé (85%), le transport en commun (40%), et le messenger (10%).

Figure 3. Evolution annuelle de la complétude et de la promptitude de la notification de routine, CI, 2001 à 2006



Les indicateurs de la notification des rapports mensuels des districts à la DC-PEV connaissent une évolution en dents de scie sur la période 2001 à 2006. En 2006 le seuil minimum de la complétude (90%) est atteint et dépassé.

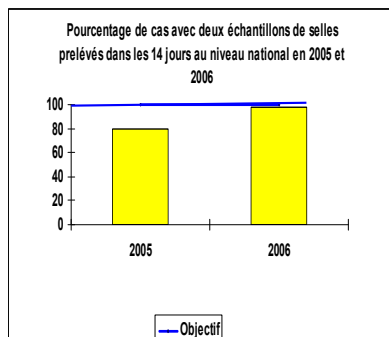
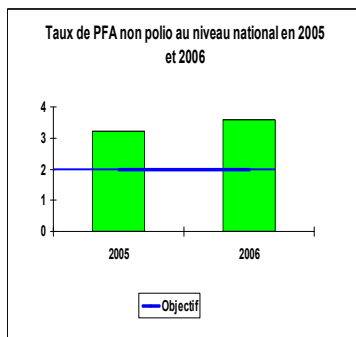
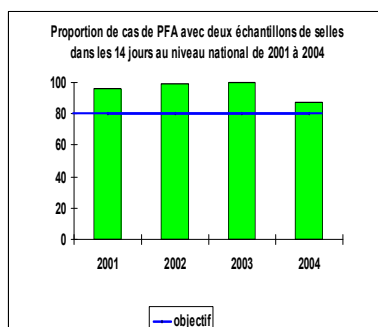
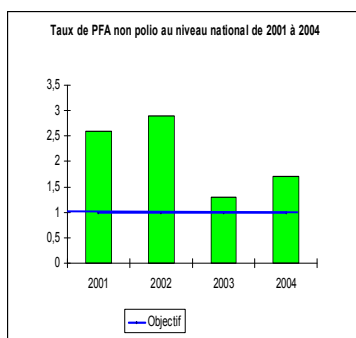
Le diagnostic biologique de la poliomyélite, la fièvre jaune et la rougeole est effectué au laboratoire national de référence à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI). Les échantillons prélevés dans les sites de notification sont reçus d'abord à la DC-PEV avant d'être acheminés à l'IPCI.

Pour la préparation et la riposte aux épidémies, un comité national de gestion des épidémies est créé au sein du Ministère en charge de la santé depuis 2001.

c) Performances de la surveillance des maladies évitables par vaccination

Performances de la surveillance des PFA

Figure 4. Evolution annuelle de la performance des deux indicateurs majeurs de la surveillance des PFA en Côte d'Ivoire, de 2001 à 2004 et de 2005 à 2006

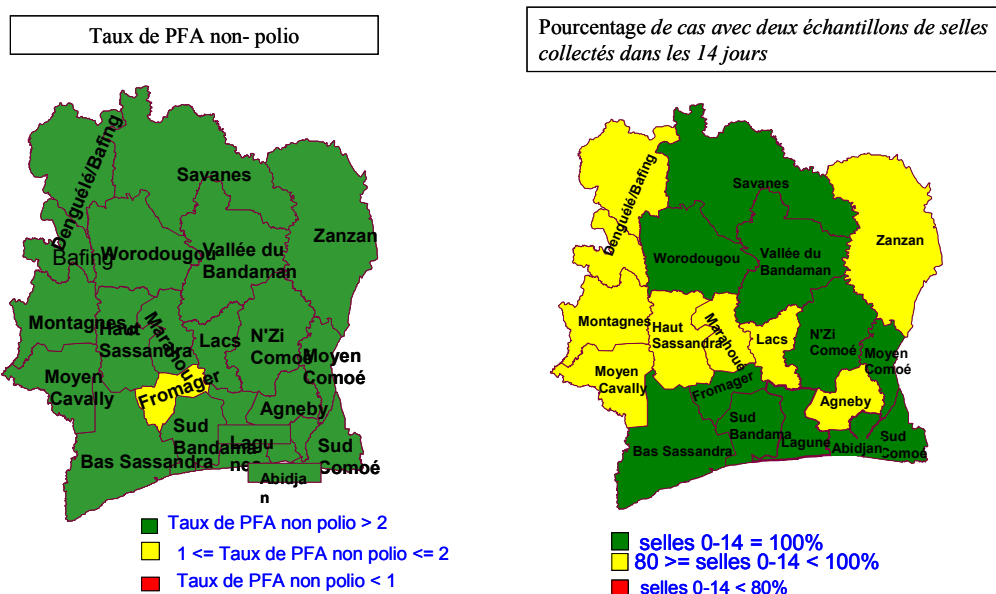


Avant 2005, la performance attendue pour le taux de PFA non polio était de 1 cas pour 100 000 et le pourcentage de cas avec deux échantillons de selles prélevés dans les 14 jours, était de 80%. A partir de 2005, pour rendre la surveillance plus sensible, le niveau de performance a été fixé dans la

Région africaine de l'OMS, à 2 cas pour 100 000 pour le taux de PFA non polio et à 100% pour le pourcentage de cas avec deux échantillons de selles prélevés dans les 14 jours. Au niveau national, la surveillance des PFA est assez performante sur la période 2001-2006. Les taux de PFA non polio ont atteint et dépassé la cible prévue.

Cependant, cette performance cache des disparités régionales. Par exemple, pour l'année 2006, une région (Fromager) n'a pas atteint la cible de 2 cas de PFA non Polio pour 100 000 et neuf régions n'ont pas atteint la cible de 100% de cas de PFA avec deux échantillons de selles prélevés dans les 14 jours

Figure 5. Situation des deux indicateurs majeurs par région au 31 décembre 2006



Performances de la surveillance des autres maladies

Jusqu'en 2005, la déclaration des cas suspects de rougeole était mensuelle. La détection des épidémies était basée sur le Système d'alerte précoce et le prélèvement de sérum effectué sur les 5 premiers cas en présence d'une suspicion d'épidémie. Depuis la campagne nationale de vaccination contre la rougeole en août 2005, la surveillance basée sur le cas est effective dans tous les districts. En 2006, 62% des cas suspects ont fait l'objet de prélèvements de sang pour les tests de laboratoire en vue de la confirmation des suspicions d'épidémie, contre 5% en 2005.

La surveillance de la fièvre jaune et du tétanos maternel et néonatal (TMN) ont des performances en hausse. En 2006 la proportion des districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole par an est de cible de 82% contre 49% en 2005, la proportion des cas suspects de TMN faisant systématiquement l'objet d'une investigation en vue de la confirmation et de la riposte vaccinale est passée de 33% à 50% pour la même période.

Il existe un site sentinelle au CHU de Yopougon pour la surveillance de la méningite à *Haemophilus influenzae b* (Hib), depuis 2002. Pour 2006, 571 cas suspects sont notifiés, 99% des patients ont bénéficié d'une ponction lombaire (cible 80%), le pourcentage d'échantillons de liquide céphalo-rachidien (LCR) purulent pour lesquels une croissance bactérienne est observée est de 85% (seuil 20%). Le pourcentage d'isolats réalisés à partir du LCR, confirmant l'*Haemophilus influenzae*, est de 26% (seuil minimum 20%).

Tableau VII. Indicateurs spécifiques de surveillance des maladies cibles du PEV, CI, 2001 à 2005

Maladie	Indicateurs spécifiques de la surveillance	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rougeole	Nombre de cas suspects	5842	7633	5113	3993	4731	226
	% de districts ayant notifié au moins un cas suspect	NA	NA	NA	NA	82%	73%
	% de cas ayant fait l'objet d'un prélèvement	NA	NA	NA	NA	5%	62%
	% de prélèvement à IgM positif rougeole	NA	NA	NA	NA	56%	8%
	Nombre de décès dus à la rougeole enfants < 5 ans	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Fièvre jaune	Nombre de cas suspects notifiés	280	167	188	116	126	368
	% de districts ayant notifié au moins un cas suspect	72%	71%	49%	34%	49%	82%
	Nombre de cas ayant bénéficié de prélèvement	199	167	188	116	126	368
	Nombre de cas à IgM positif	30	5	1	0	2	2
	% de flambées épidémiques investiguées dans les 48h	0	0	0	-	0	100%
TMN	Nombre de cas TMN suspects notifiés	19	20	12	8	31	32
	% de cas de TMN notifié ayant fait l'objet d'une enquête	NA	NA	NA	100%	33%	50%
	% de cas suspects de TMN confirmés après enquête	NA	NA	NA	8%	10%	ND
	% de cas confirmés de TMN ayant fait l'objet d'une riposte	NA	NA	NA	ND	2%	ND
Hib	Nombre de cas suspects de méningite à Hib notifiés	NA	135	597	583	620	571
	% de patients ayant bénéficié d'une PL	NA	99%	95%	94%	97%	99%
	% de LCR purulents pour lesquels on a une croissance bactérienne	NA	87%	65%	67%	49%	85%
	% d'isolats réalisés à partir du LCR qui sont à Hib	NA	23%	14%	12%	17%	26%
MAPI	% de CS ayant notifié des cas de MAPI	NA	NA	NA	NA	ND	6%
	% des CS ayant élaboré des rapports sur les MAPI	NA	NA	NA	NA	ND	60%
	% des CS disposant de fiches de notification de MAPI	NA	NA	NA	NA	ND	11%

2.1.3. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

a) Approvisionnement et qualité des vaccins et consommables d'injection

L'estimation des besoins annuels utilise la méthode de la population cible avec les taux de perte standards, au niveau national et districts, les profils de taux de perte par antigène ne sont pas documentés.

Le processus d'approvisionnement du pays en vaccins et consommables pour le PEV est différent selon la source du financement. L'estimation des besoins est établie par la DC-PEV et l'INHP. L'acquisition des vaccins et consommables sur les fonds de l'Etat fait intervenir plusieurs structures. Les besoins à commander sont transmis à la PSP par l'INHP. La commande définitive est envoyée aux fournisseurs seulement après la mise en place du budget de l'Etat, généralement au premier trimestre de l'année. Ces fournisseurs sont sélectionnés par un appel d'offres, organisé par la PSP en collaboration avec la direction des marchés publics (DMP) et la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), autorité nationale de réglementation des vaccins. L'INHP et la DC-PEV participent à la commission d'analyse technique des offres de fournisseurs des vaccins. Ils s'assurent que les vaccins retenus figurent sur la liste à jour des vaccins pré-qualifiés par l'OMS et qu'ils soient munis de pastille de contrôle du vaccin (PCV). Pour les vaccins dont l'achat est financé par les partenaires comme GAVI, l'UNICEF ou l'OMS, l'INHP transmet les besoins au bureau UNICEF, qui utilise le circuit d'approvisionnement du Système des Nations Unies.

Dans tous les cas la réception des vaccins et consommables du PEV se fait à l'INHP, en présence d'un agent de la DC-PEV, quelle que soit la source de financement. Un rapport de réception des vaccins est établi.

Des ruptures de stocks de vaccins et consommables d'injection sont observées ces dernières années. Au niveau central elles ont concerné en 2005 le VAT pour 11 mois, en 2006 le BCG pour 5 mois, le VAA pour 8 mois et le VAT pour 8 mois. Au niveau opérationnel, elles ont affecté en 2006, 84% des districts sanitaires et 85% des centres de santé.

Il existe un plan de distribution des vaccins et consommables d'injection, prévoyant un ravitaillement trimestriel des antennes régionales de l'INHP par le niveau central. il n'est pas suivi pour toutes les antennes.

Les taux de pertes des vaccins sont calculés mensuellement par 80% des districts et 60% des centres de santé, et cela ne permet pas leur documentation au niveau national. La politique des flacons entamés est mise en œuvre au niveau opérationnel, les agents sont nombreux à savoir qu'ils peuvent utiliser les flacons entamés de VPO (81%), de DTC-HepB (95%), de VAT (94%).

Dans le domaine de la qualité des injections vaccinales, les seringues usagées sont récupérées dans des boîtes de sécurité, généralement bien montées (96% des CS), remplies correctement aux trois quarts et fermées correctement (89% des CS), détruites correctement par incinération (45% des CS). La surveillance des MAPI est semi-active au niveau national et district à travers une notification immédiate, hebdomadaire et mensuelle de tous les cas déclarés.

b) Chaîne du froid

Au niveau central l'INHP dispose de deux chambres froides négatives de 20 m³ et une chambre froide positive de 40 m³ réservées exclusivement pour la conservation des vaccins du PEV. Les capacités de stockage à tous les niveaux sont actuellement suffisantes pour le PEV de routine, mais non en cas de campagne.

Il y a une bonne flexibilité de la chaîne du froid. En effet la PSP et l'aéroport, au niveau central, possèdent des chambres froides qui peuvent être sollicitées pour un stockage en cas d'urgence. La majorité (71%) des districts possède une solution alternative en cas de rupture de la chaîne du froid ; les directives sur la conduite à tenir en cas de rupture de la chaîne du froid existent dans 35% des districts. Cependant des nombreuses pannes des équipements de froid sont constatées en 2006.

La fiabilité de la chaîne de froid est aussi satisfaisante, les relevés biquotidiens montrant des températures de stockage des vaccins en chambres froides positives demeurées entre +2°C et +8°C et celles des chambres froides négatives en dessous de -15°C. Les enregistrements continus de températures ne sont pas réalisés au niveau central et régional, les thermomètres existent dans 90% des districts et 80% des centres de santé. La maintenance préventive des équipements est réalisée pour 16% des centres de santé, la réparation d'appareils tombés en panne dans 10% des districts.

c) Transport

Au niveau central les véhicules de la DC-PEV et les 4 camions frigorifiques de l'INHP sont vieillissants (7 ans d'âge pour ces camions) et peu fonctionnels. Au niveau opérationnel les pannes ont immobilisé pour plus de 24 heures, 60% des véhicules des districts et 50% des motos des centres de santé. Les inventaires ne sont pas systématiquement actualisés.

2.1.4. Communication

La politique nationale d'information, éducation et communication (IEC) pour la santé date de 1997 et mérite une actualisation. Cependant il n'existe pas encore une véritable structure de coordination nationale des activités de communication des programmes de santé. Le service Communication de la DC-PEV est peu étoffé en personnels, il n'y a pas de points focaux communication au niveau districts. Selon les directives du Paquet minimum d'activités (PMA), les relais communautaires sont utilisés au niveau des centres de santé, même si leur utilisation n'est pas systématique. Les medias y compris ceux de l'Etat, interviennent occasionnellement et coûtent très cher, le PEV n'a pas de partenariat formel avec eux.

En matière de connaissances, attitudes et pratiques des parents sur la vaccination, la proportion des parents informés avant les campagnes, est proche de 80%. Ces acquis des JNV polio en matière de communication sont en cours de capitalisation en faveur de la vaccination de routine. Les parents citant au moins 3 maladies cibles du PEV sont en proportion de 34%, ceux qui connaissent le nombre de contacts pour compléter la vaccination d'un enfant sont plus nombreux (66%) et le nombre de doses de VAT par femme en âge de reproduction (60%).

Les raisons de non vaccination des enfants, les plus fréquemment évoquées, sont l'ignorance de la nécessité de vacciner (20%), la négligence des parents (18%) et l'ignorance de la nécessité de revenir (11%). Parmi les obstacles liés aux services de vaccination, le coût élevé (8%) et la non disponibilité des vaccins (7%) sont les raisons les plus souvent citées.

2.1.5. Gestion du programme

a) Coordination

L'engagement du gouvernement en faveur du PEV est marqué par la transformation de la Direction exécutive du PEV en Direction de coordination à travers le décret n° 2000-542 du 2 août 2000. Depuis mars 2006 la coordination d'ensemble de tous les programmes sanitaires, y compris le PEV, est assurée par la Direction de la Santé Communautaire (DSC).

La DC-PEV est en charge de la coordination des opérations techniques du programme, elle en assure la planification stratégique, la planification annuelle et les programmations trimestrielles ainsi que le suivi de l'exécution du plan stratégique. La planification opérationnelle et la micro-planification sont du ressort des régions, districts et centres de santé sous la responsabilité du directeur, aidé par l'infirmier chargé du PEV (CPEV) et l'infirmier chargé de la surveillance épidémiologique (CSE) dans le district.

Parmi les instances de coordination du PEV il faut citer le Groupe thématique vaccination ou Comité de coordination inter-agences (CCIA), mis en place depuis 2001. Le directeur coordonnateur reçoit l'appui d'un Comité technique restreint composé des personnes ressources de l'INHP, de la Pharmacie de la santé publique (PSP), de la Direction de la pharmacie et du médicament (DPM), des points focaux PEV à l'OMS, l'UNICEF et des autres partenaires au développement.

b) Ressources humaines

Au niveau central, les effectifs du personnel sont insuffisants, surtout dans les domaines de la logistique et de la communication. Ils sont limités dans la plupart des directions régionales et dans certains districts sanitaires.

La proportion des personnes impliquées dans la gestion quotidienne du PEV et formées à cette gestion est de 75% pour les centres de santé, 100% pour les districts.

La supervision du personnel est réalisée avec cependant quelques insuffisances en termes de taux d'exécution du calendrier (non exécuté par 65% des districts), de rétro information, de la diffusion du guide.

c) Financement

Le financement de la santé d'une manière générale et de la vaccination en particulier en Côte d'Ivoire est assuré par trois sources dont l'Etat, les partenaires et les communautés.

L'Etat assure entre 25% et 90% des coûts en vaccins selon les périodes dans le cadre d'appui octroyé par certains partenaires. Il assure aussi environ 60% du budget de fonctionnement (salaires, charges locatives, abonnements, carburant, etc.). Une ligne budgétaire est consacrée depuis 1992 à l'achat des vaccins et consommables du PEV sur les ressources propres de l'Etat.² Des ajustements récents ont porté son montant à 1, 4 milliards de FCFA sur le budget de l'INHP.

Au total, on peut estimer à environ 30%, la participation du Ministère chargé de la santé, au financement des coûts récurrents totaux du PEV³. Quant aux coûts d'investissement, ils sont financés pour la plus grande partie par la contribution des partenaires au développement, selon la modalité dominante du don. La

² Source : plan de viabilité financière du PEV CI novembre 2002

³ Source : plan de viabilité financière du PEV CI novembre 2002

structure financière du PEV ivoirien témoigne donc d'un niveau de pérennisation faible et par conséquent, d'une grande vulnérabilité.

La situation de crise en Côte d'Ivoire depuis 2002, a entraîné le départ de nombreux partenaires avec comme conséquence la suspension de leur aide : la Coopération Technique Allemande (KFW), l'Union Européenne, la Banque Mondiale. Les appuis extérieurs actuels proviennent essentiellement de l'OMS, de l'UNICEF, de GAVI et de certaines ONG comme Rotary, la Croix Rouge internationale et Helen Keller International (HKI).

Pour rappel, les prestations de vaccination sont gratuites selon la politique sectorielle en vigueur.

L'exécution du budget de l'Etat est en général satisfaisante, mais les fonds GAVI ont un faible taux d'absorption en raison des procédures de paiement mises en place par souci de rigueur dans la gestion.

Les dépenses de vaccination se sont maintenues à un niveau correspondant à 4,5% en moyenne des dépenses de santé malgré la baisse de la contribution de l'Etat aux dépenses de santé du fait de la crise.

d) Cadre de planification et de monitoring

Les plans d'action annuels du PEV sont élaborés par la DC-PEV en collaboration avec les autres services techniques du MSHP et les partenaires au développement et sont validés par le CCIA.

La majorité (85%) des districts planifie des activités du PEV, dans un plan d'action annuel du district, intégré ou non intégré. Il faut cependant signaler que certains éléments de base pour une planification ne sont pas pris en compte notamment les objectifs de couverture vaccinale, qui ne sont pas fixés dans 32% des centres vaccinateurs.

Concernant le monitoring, des réunions bimestrielles et de suivi des activités du PEV sont organisées entre le niveau central et le niveau déconcentré. Certains districts sanitaires organisent des rencontres périodiques souvent mensuelles au cours desquelles le suivi des activités de vaccination se fait, mais il n'existe pas de cadre formel. La proportion des centres vaccinateurs qui font un suivi de la couverture vaccinale par antigène est de 87% pour le calcul, de 55% pour le suivi par graphique de la couverture vaccinale cumulée.

Par rapport à l'archivage et au rapportage, il faut signaler que les insuffisances relevées les années passées ont fait l'objet de mesures correctrices à partir de 2006. Parmi ces insuffisances figurent le manque de système d'archivage des rapports, de certains outils de gestion au niveau opérationnel, le mauvais remplissage des supports de gestion, la non utilisation des fiches de pointage, la non conservation des copies des rapports mensuels adressés au DDS, l'inexistence d'un mécanisme de traitement des rapports tardifs ou manquants à la DDS.

2.2. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES

2.2.1. Forces

Les principales forces du PEV sont les suivantes :

- la volonté politique clairement affirmée en faveur du PEV,
- la disponibilité d'une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et des consommables d'injection,
- la fonctionnalité du CCIA,
- l'existence de services capables d'offrir la vaccination en routine dans tous les districts,
- l'existence d'un système de notification hebdomadaire intégrant les maladies cibles PEV,
- l'existence d'un site sentinelle performant pour la surveillance de la méningite à Hib,
- la politique d'harmonisation des équipements de la chaîne du froid,
- les capacités suffisantes de stockage des vaccins au niveau central et régional pour la routine,
- la bonne flexibilité de la chaîne de froid au niveau central (possibilité de la chaîne de froid alternative).

Il convient aussi de citer l'option prise par les autorités du MSHP en décembre 2006 en vue de renforcer l'action des services extérieurs du ministère (DRS et DS), pour une amélioration des conditions sanitaires des populations et une amélioration des indicateurs de santé.

2.2.2. Faiblesses

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

- des indicateurs de performance de la surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune et du tétanos néonatal peu satisfaisants,
- les fréquentes ruptures de stocks de vaccins à tous les niveaux,
- l'absence de plan d'acquisition, de maintenance et de renouvellement de tout le matériel et équipement du PEV,
- l'insuffisance de personnel dans les volets communication et logistique du niveau central et globale au niveau régional,
- l'insuffisance des supervisions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- la lourdeur dans les procédures de décaissement des fonds GAVI,
- l'insuffisance de suivi gestionnaire des plans d'action opérationnels à tous les niveaux.

2.2.3. Opportunités

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

- l'existence d'un environnement médiatique développé avec de nombreuses radios de proximité,
- l'existence des conseils généraux, municipalités et autres partenaires locaux,
- l'existence du projet Sécurité des injections de Côte d'Ivoire (MMIS), de JSI,
- l'existence des bureaux de l'OMS et de l'UNICEF dans la zone CNO, pouvant servir de relais dans la gestion décentralisée dans tous les domaines.

2.2.4. Menaces

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

- la persistance de la crise sociopolitique pour la mise en œuvre des vaccinations,
- le problème de trésorerie, source de retard dans le paiement des factures aux fournisseurs de vaccins.

2.3. PROBLEMES ET PRIORITES

2.3.1. Principaux problèmes

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

a) Problèmes au niveau des prestations de services

- L'offre des services de vaccination est insuffisante pour toutes les stratégies.
- L'utilisation des services est faible.
- Les taux d'abandon des vaccinations sont élevés.

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

- La détection des maladies cibles du PEV est insuffisante sauf pour les PFA.
- La notification des cas de maladies cibles du PEV et des cas de MAPI est insuffisante.
- La promptitude des rapports au niveau supérieur est faible.
- L'investigation des cas de maladies cibles du PEV et des cas de MAPI n'est pas systématique.
- La réponse aux cas et épidémies n'est pas toujours adaptée et est souvent retardée.

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

- Les ruptures en vaccins et consommables d'injection sont fréquentes à tous les niveaux.
- Les taux de perte de vaccins ne sont pas connus et documentés.
- Les équipements de la chaîne de froid sont insuffisants ont des pannes fréquentes.
- La qualité des vaccins n'est pas systématiquement contrôlée à la réception au niveau central.
- Les déchets issus des activités des vaccinations ne sont pas correctement détruits.
- Les moyens de transport sont insuffisants et vieillissants à tous les niveaux.

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

- La promotion de la vaccination en routine n'est pas suffisamment faite.
- Le réseau communautaire en faveur de la vaccination et la surveillance des maladies n'est pas bien développé.
- La communication pour la vaccination des populations hors de portée n'est pas toujours faite.
- Le plaidoyer pour le partenariat en faveur de la vaccination est insuffisamment mené, y compris avec les médias.

e) Problèmes au niveau de la gestion de programme

- Les documents de politique, les textes réglementaires et les directives techniques ne sont pas tous actualisés.
- Les outils de gestion du programme ne sont pas mis à jour.
- La coordination interne et externe est insuffisante à tous les niveaux.
- Les capacités du personnel chargé de la gestion du PEV sont insuffisantes en matière de planification opérationnelle, de suivi et évaluation à tous les niveaux.
- Les effectifs du personnel chargé de la gestion du PEV sont insuffisants aux niveaux régional et district.
- Les taux d'absorption des fonds alloués au programme, en particulier par GAVI, sont faibles.

2.3.2. Priorités 2007 – 2011

Les priorités du PEV pour la période 2007-2011, pour résoudre ces problèmes en tenant compte des orientations du GIVS seront :

- Améliorer l'offre des services de vaccination
- Atteindre et maintenir les critères de certification pour l'éradication de la polio
- Contrôler la rougeole et la fièvre jaune
- Eliminer le tétanos maternel et néonatal
- Introduire le vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib
- Réduire les taux d'abandon des vaccinations
- Améliorer la surveillance des cas de maladies cibles du PEV et des cas de MAPI et la riposte aux épidémies déclarées
- Améliorer la disponibilité et la gestion en vaccins et consommables d'injection à tous les niveaux.
- Renforcer l'équipement de chaîne de froid et les moyens de transport à tous niveaux
- Renforcer les capacités de l'ANR pour le contrôle de la qualité des vaccins
- Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination
- Renforcer la communication et le plaidoyer en faveur de la vaccination
- Renforcer les capacités institutionnelles de la DC-PEV pour la gestion des vaccins de routine
- Renforcer les effectifs du personnel chargé de la gestion du PEV à tous les niveaux
- Améliorer les procédures de gestion des fonds GAVI

3. OBJECTIFS ET JALONS

3.1. OBJECTIFS GENERAUX

Dans le but de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles du PEV, les objectifs du Programme pour la période 2007-2011 sont :

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

3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs spécifiques pour chaque composante opérationnelle d'ici à 2011 ainsi que les jalons, sont décrits au Tableau VIII.

4. STRATEGIES ET ACTIVITES DE 2007 A 2011

Les principales stratégies et activités pour réaliser les objectifs sont résumées au **Tableau IX** (page 28).

5. SUIVI ET EVALUATION

5.1. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

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

- une analyse semestrielle des plans annuels à tous les niveaux,
- une revue à mi-parcours du PPAC,
- une revue à la fin du PPAC,
- une enquête nationale de couverture vaccinale.

5.2. INDICATEURS DE SUIVI - EVALUATION

Les indicateurs du suivi et de l'évaluation du PPAC 2007-2011 sont indiqués au **Tableau X** (page 35).

Tableau VIII. Priorités nationales, objectifs et jalons du PEV pour la période 2007-2011

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2010	Ordre de priorité
Au niveau des prestations de services					
1.	L'offre des services de vaccination est insuffisante pour toutes les stratégies.	Atteindre d'ici 2011 une CV d'au moins 90% au niveau national pour tous les antigènes	<p>Couverture vaccinale nationale :</p> <p>2007 : CV BCG : 85% CV DTC-HepB3 : 80% CV VAR/VAA : 78% CV VAT2+ : 60%</p> <p>2008 : CV BCG : 90% CV DTC-HepB-Hib3 : 85% CV VAR/VAA : 83% CV VAT2+ : 70%</p> <p>2009 : CV BCG : 92% CV DTC-HepB-Hib3 : 87% CV VAR/VAA : 85% CV VAT2+ : 78%</p> <p>2010 : CV BCG : 95% CV DTC-HepB-Hib3 : 90% CV VAR/VAA : 87% CV VAT2+ : 85%</p> <p>2011 : CV BCG : 95% CV DTC-HepB-Hib3 : 90% CV VAR/VAA : 90% CV VAT2+ : 90%</p>	Au plus tard en 2010 tous les pays ont une couverture vaccinale de routine de 90% au niveau national pour tous les antigènes	1 ^{er}

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2010	Ordre de priorité
		Atteindre d'ici 2011 une CV d'au moins 80% dans chaque district pour tous les antigènes	Proportion de districts ayant atteint au moins 80% pour les antigènes 2007 DTC-HepB3 : 50% VAR/VAA : 50% VAT2+ : 10% 2008 : DTC-HepB-Hib3 : 65% VAR/VAA : 65% VAT2+ : 60% 2009 : DTC-HepB-Hib3 : 80% VAR/VAA : 80% VAT2+ : 85% 2010 : DTC-HepB-Hib3 : 90% VAR/VAA : 90% VAT2+ : 90% 2011 : DTC-HepB-Hib3 : 100% VAR/VAA : 100% VAT2+ : 100%	Au plus tard en 2010 tous les pays ont une couverture vaccinale de routine d'au moins 80% dans tous les districts pour tous les antigènes	
		Introduire le vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib dans tous les districts d'ici janvier 2008	2007 : achèvement des étapes préparatoires à l'introduction du vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib Janvier 2008 : introduction du vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib dans tous les districts		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2010	Ordre de priorité
2.	Les taux d'abandon des vaccinations sont élevés	Réduire le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 à moins de 10% d'ici 2011	Proportion des districts ayant un taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 < 10% 2007 : 40% 2008 : 60% 2009 : 80% 2010 : 90% 2011 : 100%		3 ^{ème}
Au niveau de la surveillance des maladies cibles du PEV et riposte					
3.	La notification des cas de maladies cibles du PEV et des cas de MAPI est insuffisante	Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici 2011	Chaque année de 2007 à 2011 : - % de régions avec taux de PFA non polio d'au moins 2 pour 100 000 : 100% - % de régions avec proportion d'échantillons de selles prélevées dans les 14 jours à 100% : 100% - Nombre de cas de PFA liés à un PVS : 0	Atteindre les critères de certification d'éradication de la polio	5 ^{ème}
		Réduire la mortalité liée à la rougeole de 90% par rapport au taux de 2005	Proportion de DS ayant notifié au mois 1 cas suspect de rougeole avec prélèvement de sang 2007 : 80% 2008 : 85% 2009 : 90% 2010 : 95% 2011 : 100%	Réduire la mortalité liée à la rougeole de 90% par rapport à 2000	
		D'ici 2011, contrôler la fièvre jaune dans tous les districts	Proportion de district ayant notifié au moins 1 cas suspect de fièvre jaune avec prélèvement de sang 2007 : 85% 2008 : 90% 2009 : 95% 2010 : 100% 2011 : 100%		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2010	Ordre de priorité
		D'ici 2011 éliminer le TMN	Proportion de district ayant notifié moins d'un cas de TMN pour 1000 naissances vivantes 2007 : 10% 2008 : 10% 2009 : 40% 2010 : 70% 2011 : 100%	Réduire l'incidence du TMN à moins de 1/ 1000 naissances vivantes	
		Amener d'ici 2011 tous les districts à investiguer chaque cas notifié de MAPI sévère	Proportion de district ayant investigué tous les cas notifiés de MAPI sévère 2007 : 50% 2008 : 60% 2009 : 75% 2010 : 100% 2011 : 100%		
Au niveau des composantes Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV					
4.	Les ruptures en vaccins et consommables d'injection sont fréquentes à tous les niveaux.	De 2007 à 2011, fournir à tous les districts de manière continue les vaccins et consommables d'injections du PEV	Proportion de districts sans rupture de stock 2007 : 100% 2008 : 100% 2009 : 100% 2010 : 100% 2011 : 100%		2ème
5.	Les taux de perte de vaccins ne sont pas connus et documentés	Réduire le taux de perte par antigène à niveau acceptable d'ici 2011 : - BCG : 40% - DTC-HepB-Hib : 5% - VPO : 10% - VAR : 15% - VAA : 15% - VAT : 10%	% des districts rapportant des taux de perte 2007 : 70% 2008 : 90% 2009 : 100% 2010 : 100% 2011 : 100%		4ème
			% des districts ayant réduit les taux de perte par antigène à un niveau acceptable 2007 : 50% 2008 : 80% 2009 : 90% 2010 : 100% 2011 : 100%		

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2010	Ordre de priorité
6.	Tous les centres de santé offrant des services de vaccination ne disposent pas d'équipement de la chaîne de froid fonctionnel.	D'ici 2011, amener 100% des centres de santé offrant des services de vaccination à avoir un équipement de chaîne de froid fonctionnel	% des centres de santé offrant des services de vaccination avec CDF fonctionnelle 2007 : 80% 2008 : 90% 2009 : 100% 2010 : 100% 2011 : 100%		8 ^{ème}
7.	Les vaccins acquis sur les fonds de l'Etat ne font pas l'objet d'un contrôle de lots à chaque réception au niveau central	D'ici 2011 améliorer le fonctionnement de l'ANR pour assurer le contrôle de la qualité des vaccins	2007 : Révision des textes et procédures du contrôle de la qualité des vaccins Formation du personnel de l'ANR 2008 : Formation 2009 : Suivi 2010 : Suivi 2011 : Suivi		15 ^{ème}
8.	Les déchets issus des activités des vaccinations ne sont pas correctement détruits.	D'ici 2011, tous les DS détruisent par incinération les déchets issus des activités de vaccination	% des districts ayant tous les déchets détruits par incinération 2007 : 45% 2008 : 65% 2009 : 75% 2010 : 90% 2011 : 100%		7 ^{ème}
9.	Les moyens de transport sont insuffisants et vieillissants à tous les niveaux.	D'ici 2011, tous les centres de santé offrant des services de vaccination ont un moyen de transport adapté et fonctionnel	% de centres de santé offrant des services de vaccination avec moyen de transport adapté 2007 : 50% 2008 : 65% 2009 : 75% 2010 : 90% 2011 : 100%		6 ^{ème}

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2010	Ordre de priorité
		D'ici 2011, tous les districts ont un moyen de transport adapté et fonctionnel	% de DS avec moyen de transport adapté 2007 : 80% 2008 : 85% 2009 : 90% 2010 : 95% 2011 : 100%		
Au niveau de la communication en faveur du PEV					
10.	Une proportion élevée de femmes enceintes et de parents d'enfants de moins d'un an ignore le nombre de contacts requis pour la vaccination complète	D'ici 2011, amener 90% des parents d'enfants de moins d'un an à présenter systématiquement leurs enfants pour recevoir la série complète des vaccinations	Couverture vaccinale nationale DTC-HepB-Hib3 2007 : 80% 2008 : 85% 2009 : 87% 2010 : 90% 2011 : 90%		9 ^{ème}
		D'ici 2011, amener 90% des femmes enceintes à se présenter à recevoir la les doses requises de VAT durant leur grossesse	Couverture vaccinale nationale en VAT2+ : 2007 : 60% 2008 : 70% 2009 : 78% 2010 : 85% 2011 : 90%		
11.	Le plaidoyer pour le partenariat en faveur de la vaccination est insuffisamment mené, y compris avec les médias	D'ici 2011, amener le CCIA à développer des activités de plaidoyer en faveur de la vaccination	Nombre d'initiatives développées par le CCIA par an		14 ^{ème}
Au niveau de la gestion de programme					
12.	La gestion des stocks et le monitoring de la qualité des vaccins du PEV de routine ne sont pas maîtrisés à la DCPEV	D'ici 2008, mettre en place les conditions institutionnelles et logistiques pour permettre à la DCPEV de maîtriser la gestion des stocks et le monitoring de la qualité des vaccins du PEV de routine	2007 : Révision des textes réglementaires portant de la DCPEV des structures intervenant dans la gestion des vaccins 2008 : Mise en place de la logistique nécessaire pour la gestion des vaccins à la DCPEV		13 ^{ème}

N°	Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2010	Ordre de priorité
13.	Les effectifs du personnel chargé de la gestion du PEV sont insuffisants aux niveaux central et régional	D'ici 2011, combler les déficits en personnel au niveau central, régional	<p>Les postes pourvus au niveau central, régional</p> <p>2007 : Niveau central : communication et logistique</p> <p>2008 : 50% de DRS dotées de points focaux surveillance, communication et logistique</p> <p>2009 : 75% de DRS dotées de points focaux surveillance, communication et logistique</p> <p>2010 : 100% de DRS dotées de points focaux surveillance, communication et logistique</p>		10 ^{ème}
14.	Les capacités du personnel chargé de la gestion du PEV sont insuffisantes à tous les niveaux	D'ici 2011, former le personnel à tous les niveaux en gestion du PEV	<p>Proportion de districts ayant formé le personnel en gestion du PEV</p> <p>2007 : 25%</p> <p>2008 : 50%</p> <p>2009 : 75%</p> <p>2010 : 100%</p>		11 ^{ème}
15.	La complexité des procédures de gestion des fonds GAVI ne permet pas la mise en œuvre des activités de vaccination de routine	D'ici fin 2007 revoir les procédures de gestion des fonds GAVI	2007 : révision des procédures de gestion des fonds GAVI		12 ^{ème}

Tableau IX. Objectifs, stratégies et activités essentielles par composante pour la période 2007-2011

Tableau IX-1. Prestation de services

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	2007	2008	2009	2010	2011
1.	Atteindre d'ici 2011 une CV d'au moins 90% au niveau national et moins 80% dans chaque district pour tous les antigènes	Mise en œuvre de la stratégie «Atteindre Chaque District»	Appuyer l'élaboration des micros plans des districts	X	X	X	X	X
			Appuyer les activités de vaccination en stratégie fixe, avancée et mobile	X	X	X	X	X
			Assurer la supervision formative des agents à tous les niveaux	X	X	X	X	X
			Organiser le monitoring des activités à tous les niveaux	X	X	X	X	X
			Implication de la communauté dans la gestion du PEV au niveau des CS	X	X	X	X	X
		Intégration d'autres interventions préventives à la vaccination	Faire la distribution de la moustiquaire imprégnée d'insecticide lors des séances de vaccination en routine	X	X	X	X	X
			Organiser l'administration de la vitamine A, de déparasitant, fer folate, Sulfadoxine Pyriméthamine lors des séances de vaccination en routine	X	X	X	X	X
2.	Introduire le vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib dans tous les districts d'ici janvier 2008	Mobilisation des ressources	Elaborer le plan d'introduction du nouveau vaccin	X				
			Mettre en œuvre le plan d'introduction du nouveau vaccin	X	X	X	X	X
3.	Réduire le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1- DTC-HepB-Hib3 à moins de 10% d'ici 2011	Mise en place d'un système de recherche active des perdus de vue	Rendre disponible les registres de vaccination dans tous les centres de vaccination	X	X	X	X	X
			Rendre disponible les cahiers pour les relais communautaires	X	X	X	X	X
			Créer un système motivation des relais communautaires		X	X	X	X

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

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	2007	2008	2009	2010	2011
4.	Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici 2011	Renforcement de la couverture vaccinale VPO3 en routine	Cf. Prestation de services	X	X	X	X	X
		Renforcement de la surveillance active des cas de PFA	Organiser des visites périodiques dans les sites prioritaires publics et privés	X	X	X	X	X
			Mener des activités de surveillance à base communautaire	X	X	X	X	X
		Organisation des AVS polio	Assurer la préparation des districts à la riposte contre la survenue de tout cas de PVS	X	X	X	X	X
5.	Réduire la mortalité liée à la rougeole de 90% par rapport au taux de 2005	Renforcement de la couverture vaccinale VAR en routine	Cf. Prestation de services	X	X	X	X	X
		Renforcement de la surveillance active des cas par cas de la rougeole	Organiser des visites périodiques dans les sites prioritaires publics et privés	X	X	X	X	X
		Administration d'une seconde opportunité de VAR lors des campagnes de suivi	Organiser une campagne de suivi de la rougeole pour les enfants de 9 à 59 mois avec distribution moustiquaire imprégnée d'insecticide, administration de la vitamine A, de déparasitant			X		
6.	D'ici 2011, contrôler la de fièvre jaune dans tous les districts	Renforcement de la couverture vaccinale VAA en routine	Cf. Prestation de services	X	X	X	X	X
		Renforcement de la surveillance active des cas de la fièvre jaune	Organiser des visites périodiques dans les sites prioritaires publics et privés	X	X	X	X	X
		Organisation des campagnes préventives dans les districts à haut risque contre la fièvre jaune	Identifier les districts à haut risque	X				
			Assurer la préparation des districts à la riposte contre la survenue de tout cas de fièvre jaune	X	X	X	X	X
	Conduire les campagnes préventives dans les districts à haut risque		X					
7.	D'ici 2011 Eliminer le TMN dans tous les districts	Renforcement de la couverture vaccinale VAT2+ en routine	Cf. Prestation de services	X	X	X	X	X

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	2007	2008	2009	2010	2011
		Renforcement de la surveillance active du TMN	Organiser des visites périodiques dans les sites prioritaires publics et privés	X	X	X	X	X
		Organisation des AVS contre le TMN	Assurer la préparation des districts à la riposte contre la survenue de tout cas de TMN	X	X	X	X	X
			Conduire des AVS contre le TMN	X	X	X		
8.	Amener d'ici 2011 tous les districts à investiguer chaque cas notifié de MAPI sévère	Renforcement des capacités	Former le personnel au niveau des districts	X	X	X	X	X
			Assurer la disponibilité des supports de gestion	X	X	X	X	X

Tableau IX-3. Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	2007	2008	2009	2010	2011
9.	De 2007 à 2011, fournir à tous les districts de manière continue les vaccins et consommables d'injections du PEV	Mobilisation des ressources financières	Prévoir avec exactitude les besoins en vaccins et consommables à tous les niveaux	X	X	X	X	X
			Sensibiliser le MEF pour rendre disponibles les fonds pour l'achat des vaccins	X	X	X	X	X
			Assurer le paiement des fournisseurs	X	X	X	X	X
		Renforcement du système de gestion des vaccins à tous les niveaux	Mettre en place un système informatisé de suivi de l'utilisation des vaccins et consommables	X	X	X	X	X
			Former les agents au suivi de stock de vaccins	X	X	X	X	X
			Assurer la distribution des vaccins à tous les niveaux selon le plan de distribution	X	X	X	X	X
10.	Réduire le taux de perte par antigène à niveau acceptable d'ici 2011 : - BCG : 40% - DTC-HepB-Hib : 5% - VPO : 10% - VAR : 15% - VAA : 15% - VAT : 10%	Renforcement des capacités	Former les agents au monitoring des taux de perte	X	X	X	X	X
			Assurer les visites de supervision à tous les niveaux	X	X	X	X	X
			Assurer l'analyse et la rétro-information des données	X	X	X	X	X
11.	D'ici 2011, amener 100% des centres de santé offrant des services de vaccination à avoir un équipement de chaîne de froid fonctionnel	Mobilisation des ressources	Faire le plaidoyer pour l'acquisition d'équipements de chaîne de froid additionnels					
		Renforcement des capacités	Renforcer la collaboration DIEM et la DC-PEV pour l'acquisition et la maintenance des équipements du PEV	X	X	X	X	X
			Mettre en place une politique d'équipement et de maintenance de la CDF	X	X	X	X	X
			Conduire un inventaire des équipements de la CDF et élaborer un plan de renouvellement	X				X
			Former les utilisateurs à la maintenance préventive de la CDF	X		X		X
12.	D'ici 2011 améliorer le fonctionnement s de l'ANR pour assurer le contrôle de la qualité des vaccins	Renforcement des capacités	Réviser les textes et les procédures en rapport avec le contrôle de la qualité des vaccins	X				
			Former le personnel de l'ANR sur les procédures de libération des lots de vaccins	X	X			
			Assurer le suivi des activités de l'ANR	X	X	X	X	X
13.	D'ici 2011, tous les DS détruisent par incinération les	Renforcement du cadre institutionnel	Faire approuver par le CCIA et diffuser la politique de sécurité des injections	X				

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	2007	2008	2009	2010	2011
	déchets issus des activités de vaccination	Mobilisation des ressources	Equiper les districts d'incinérateurs selon la politique nationale de sécurité des injections	X	X			
			Réhabiliter les incinérateurs en panne	X	X	X	X	X
		Renforcement des capacités	Former les agents de santé à la sécurité des injections	X	X	X	X	X
14.	D'ici 2011, tous les districts et centres santé offrant des services de vaccination ont un moyen de transport adapté et fonctionnel	Mobilisation des ressources	Faire le plaidoyer pour l'acquisition de moyens de transport additionnels	X	X	X	X	X
		Renforcement des capacités	Renforcer la collaboration DIEM et la DC-PEV pour l'acquisition et la maintenance du parc auto et moto du PEV	X	X	X	X	X
			Mettre en place une politique de maintenance du parc auto et moto	X	X	X	X	X
			Conduire un inventaire du parc auto et moto et élaborer un plan de renouvellement	X				X
			Former les utilisateurs à la maintenance préventive du parc auto et moto	X		X		X

Tableau IX-4. Communication et plaidoyer en faveur du PEV

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	2007	2008	2009	2010	2011
15.	D'ici 2011, amener 90% des parents d'enfants de moins d'un 1 an à présenter systématiquement leurs enfants pour recevoir la série complète des vaccinations et 90% des femmes enceintes à se présenter pour recevoir les doses requises de VAT durant leur grossesse	Plaidoyer auprès des autorités leaders communautaires pour mettre la vaccination des enfants de 0-11 mois au centre des priorités	Organiser des rencontres avec les autorités et les leaders communautaires périodiques avec les leaders communautaires	X	X	X	X	X
		Renforcement des activités de CCC pour le niveau communautaire	Mettre en place un système de sensibilisation par les groupes de soutien/ pairs éducateurs	X	X	X	X	X
			Diffuser des messages de sensibilisation à travers les radios de proximité et les réseaux traditionnels de communication	X	X	X	X	X
			Mettre en place un cadre pour le parrainage parents - parents / enfants - enfants	X	X	X	X	X
		Développement du partenariat avec les réseaux d'ONG, médias et associations à base communautaire	Elaborer un protocole de partenariat avec les partenaires et médias locaux	X	X	X	X	X
			Organiser des séances d'information périodiques avec les animateurs des médias, ONG et associations à base communautaire	X	X	X	X	X
		Renforcement des capacités des districts sanitaires en communication	Former les ECD en technique de communication	X	X	X	X	X
16.	D'ici 2011, développer des activités de plaidoyer en faveur de la vaccination par le CCIA	Mobilisation des ressources	Elaborer un plan de mobilisation des ressources additionnelles	X	X	X	X	X
			Mettre en place des comités régionaux du CCIA		X	X		

Tableau IX-5. Gestion du programme

N°	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	2007	2008	2009	2010	2011
17.	D'ici 2008, mettre en place les conditions institutionnelles et logistiques pour permettre à la DC-PEV de maîtriser la gestion des stocks et le monitoring de la qualité des vaccins du PEV de routine	Plaidoyer pour le renforcement du cadre institutionnel de la DC-PEV	Mettre à jour les textes	X				
		Mobilisation de ressources	Renforcer la capacité de stockage des vaccins pour la DC-PEV en prévision de l'introduction du vaccin pentavalent	X	X			
		Renforcement des capacités	Doter le PEV en logisticiens au niveau central et régional	X				
			Former ce personnel en gestion des vaccins	X	X	X	X	X
		Adapter et diffuser les outils de suivi des vaccins	X					
18.	D'ici 2011, combler les déficits en personnel au niveau central, régional	Renforcement des capacités	Recruter le personnel additionnel pour le niveau central en communication et pour le niveau régional en surveillance et communication	X	X	X	X	
19.	D'ici 2011, former le personnel à tous les niveaux en gestion du PEV	Renforcement des capacités	Réviser les outils de formations en gestion PEV	X				
			Conduire la formation des formateurs du niveau central en MLM national	X				
			Organiser la formation des gestionnaires et des prestataires PEV des districts		X	X		
			Réviser et diffuser le guide et directives de supervision	X				
20.	D'ici fin 2007 revoir les procédures de gestion des fonds GAVI	Plaidoyer	Elaborer et valider les nouvelles procédures de gestions des fonds GAVI	X				
21.		Suivi et évaluation	Organiser les revues périodiques du plan	X	X	X	X	X
22.		Etudes et recherche	Mener des études opérationnelles	X	X	X	X	X

Tableau X. Indicateurs de suivi et évaluation du PPAC du PEV 2007-2011

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

6. ROLES ET RESPONSABILITES

Le plan 2007-2011 sera financé par l'Etat, l'OMS, l'UNICEF, GAVI et les autres partenaires impliqués dans le PEV. Le Ministère de la Santé Publique assurera la responsabilité de la mise en œuvre à travers la DC-PEV. Celle-ci va assurer la coordination générale avec les structures impliquées dans le PEV. Les partenaires du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique apporteront leur appui technique à la DC-PEV. Le CCIA assurera la coordination des partenaires et le suivi de la mise en œuvre du plan.

7. Estimation des coûts et du financement du PPAC

7.1. ANALYSE DU SECTEUR DE LA SANTE

7.1.1. Contexte

Le Gouvernement de Côte d'Ivoire, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005, a élaboré à la suite du Plan Stratégique 2001-2005, un Plan de Viabilité Financière (PVF) du PEV couvrant la période 2003-2008. L'objectif de ce plan était d'analyser les coûts du Programme de vaccination et d'évaluer les ressources nécessaires à la mise en œuvre des objectifs planifiés.

Tableau XI. Financement projeté de la vaccination de 2003 à 2006 (US\$)

	2003	2004	2005	2006
Coût total du Programme	10 807 072,87	10 643 747,48	10 317 304,15	10 898 065,71
Financement assuré dont Financement de l'Etat	5 717 358,32 2 115 529,75	4 621 012,34 2 270 698,05	4 694 862,18 2 344 547,89	4 534 663,97 2 420 243,91
	20,08%	23,65%	25,52%	25 %
Autres financements	3 601 828,57	2 305 314,29	2 350 314,29	2 114 420
Financement à rechercher	5 089 714,55	6 022 735,14	5 622 441,97	6 363 401,74
	48%	56%	54%	58%

Source : Plan de Viabilité Financière.

Les projections faites pour le financement de la vaccination sur la période 2003- 2006 ont montré un important déficit (voir tableau ci-dessus). Pour combler ce déficit, le Gouvernement a décidé d'accroître ses engagements en augmentant sa participation dans le financement des activités de vaccination en dépit des difficultés liées à la crise que traverse le pays.

La crise que traverse la Côte d'Ivoire depuis 2002 a eu un impact négatif sur l'économie ivoirienne. Les objectifs de croissance de 3% projetés pour l'année 2002 ont été revus à la baisse pour atteindre un niveau négatif l'année suivante. Les ressources publiques, avec la diminution voire la suppression de l'aide au développement se sont amenuisées. Toutefois, en dépit de la morosité financière globale, le Gouvernement ivoirien a maintenu ses efforts dans le domaine de la santé. En effet, l'évolution du budget de la santé sur la période 2002 à 2005 est restée stationnaire autour de 68 milliards alors que la population n'a cessé de croître à un rythme annuel de 3,3%. Dans le domaine spécifique de la vaccination, les dépenses sont passées de 5% à 6% des dépenses de santé du Gouvernement.

Tableau XII. Evolution des principaux indicateurs macro-économiques de la Cote d'Ivoire 2003-2005.
(Milliards de FCFA)

	2002	2003	2004	2005
Recettes totales y compris Dons	1496,2	1401,4	1514,1	1582,4
Recettes domestiques	1467,8	1352	1438,2	1509,5
Dépenses totales	1566,5	1601,9	1654,3	1593
Dépenses courantes (hors intérêt dettes)				
Dépenses de Santé	68,247	70,109	72,966	67,805
Dépenses de santé en % des dépenses courantes (hors intérêts dettes)	6,63%	6%	6%	5,44%
Dépenses de vaccination	3,492	2,961	2,733	4,233
Dépenses de vaccination en % dépenses de santé	5,11%	4,22%	3,74%	6,24%

Source : Direction du Budget du Ministère des Finances, DAAF/Santé, Bulletin de l'UEMOA.

Il convient de noter cependant que ces données masquent de nombreux problèmes qui sont liés surtout aux questions de procédures budgétaires tant au niveau du budget de l'Etat que du financement des partenaires.

7.1.2. Programmation et exécution du Budget de l'Etat

Le financement de la Santé d'une manière générale et de la vaccination en particulier en Côte d'Ivoire est assuré par trois sources dont l'Etat, les partenaires et les communautés.

En ce qui concerne le Budget de l'Etat, l'attribution des enveloppes budgétaires est basée chaque année sur les paramètres suivants :

- i. le cadrage macroéconomique qui prend en compte l'évolution des recettes de l'Etat et la nécessité de contenir les Dépenses,
- ii. les priorités du Gouvernement notamment l'importance accordée aux secteurs dits prioritaires. Pour l'année 2005 par exemple, les secteurs prioritaires étaient par ordre d'importance les suivants : l'éducation nationale, l'Economie et les Finances, la Défense, la Santé, l'enseignement supérieur, et la sécurité.

En ce qui concerne la vaccination, il convient de noter que la Côte d'Ivoire est l'un des premiers pays de l'Afrique de l'Ouest à avoir expérimenté l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale en mettant en place dans le budget national une ligne budgétaire consacrée à l'achat des vaccins et consommables du PEV. Cette initiative qui a démarré à la fin des années 90 avec le soutien financier de la Commission de l'Union Européenne au travers des Fonds de contrepartie dans le cadre de l'Appui à l'Ajustement structurel s'est poursuivie au-delà de l'an 2000 avec la prise en charge des dépenses d'achat des vaccins sur les ressources propres de l'Etat. A ce titre, l'Etat ivoirien consacre depuis l'an 2000 chaque année en moyenne 1, 4 milliards de FCFA pour l'achat des vaccins du PEV inscrit au budget de l'INHP.

7.1.3. Programmation et exécution du budget des partenaires

La situation de crise en Côte d'Ivoire depuis 2002, a entraîné le départ de nombreux partenaires avec comme conséquence la suspension de l'aide. Ainsi des partenaires comme la Coopération Technique Allemande (KfW), l'Union Européenne et la Banque Mondiale, ont suspendu leur appui financier à la Côte d'Ivoire depuis le début de l'année 2000. Les appuis extérieurs actuels proviennent essentiellement de l'OMS, de l'UNICEF de GAVI et de certaines ONG comme Rotary, la Croix Rouge internationale et HKI (nutrition).

La programmation des dépenses est faite en concertation avec le Ministère en charge de la Santé, qui assure la coordination de l'Aide extérieure en ce qui concerne les autres partenaires. Mais pour ce qui est du Programme d'urgence de la Commission de l'Union Européenne, le choix des secteurs de concentration est réalisé par la primature qui joue le rôle d'ordonnateur national.

7.1.4. Financement communautaire

En Côte d'Ivoire les ménages participent au financement des coûts de santé au travers du recouvrement des coûts des actes et des médicaments. La réglementation en vigueur pour l'utilisation des ressources provenant du recouvrement établit la clé de répartition suivante.

Pour ce qui est des centres de santé urbains, 65 % des ressources générées sont reversées à la structure sanitaire, 20% sont versés au Trésor Public et 15 % au Fonds d'Action Sanitaire.

Quant aux centres de santé ruraux, 90% des fonds recouverts sont reversés à la structure sanitaire et 10% au Fonds d'Action Sanitaire (FAS).

7.2. METHODOLOGIE POUR L'ANALYSE DES COÛTS

Cette section présente l'estimation des coûts passés et futurs du programme de vaccination, mais également le niveau de financement et l'analyse de l'écart financier basé sur les activités prévues pour la période 2007-2011. Elle présente également différents scénarios de financement et identifie les stratégies possibles qui amélioreront la viabilité financière du programme de vaccination en Côte d'Ivoire.

La méthodologie utilisée pour l'analyse des coûts est basée sur l'estimation des coûts de différents intrants du programme (tels que les vaccins, le personnel, ou les véhicules requis pour la période, etc.), ainsi que les activités à effectuer (comme les formations, les supervisions, etc.). Les directives d'élaboration du plan

pluriannuel complet du PEV (PPAC) dans l'optique du GIVS développées par l'OMS et l'UNICEF ainsi que l'outil d'analyse des coûts et de financements du PPAC préparé par l'OMS ont été utilisés pour la collecte et l'analyse des données.

Les coûts du programme ont été calculés à partir d'une variété de techniques d'estimation des coûts selon les interventions prévues. Celles-ci incluent :

- L'approche d'ingrédient : basée sur le prix unitaire et les quantités du produit dont on a besoin chaque année ajusté à la proportion de temps utilisée pour la vaccination. Cette méthode est employée pour estimer le coût des intrants tels que le personnel, les véhicules, etc.
- Principes de base (Rules of thumbs) : basés sur des pratiques courantes en matière de vaccination, comme par exemple l'utilisation d'un certain pourcentage du coût de carburant comme représentant les coûts d'entretien pour les véhicules.
- Les dépenses passées ou l'utilisation des sommes forfaitaires pour estimer les dépenses futures. Par exemple : coût passé par enfant vacciné pour des campagnes de vaccination spécifiques, les activités de formation, etc.

L'année 2006 a été retenue comme année de référence pour calculer les coûts passés du programme. Le taux de change annuel moyen utilisé pour l'année 2006 est de \$ US 1 pour 500 FCFA.

7.2.1. Intrants nécessaires à l'estimation des coûts

Indicateurs macro économiques

Le PIB de la Côte d'Ivoire pour l'année 2007 est estimé à US\$ 838 par habitant tandis que les dépenses totales de santé par habitant sont estimées à environ US\$ 10. Les dépenses totales de santé du gouvernement représentent quant à elles \pm 2% de cela.

Concernant les principaux indicateurs démographiques, le dernier recensement de la population remonte à 1998 et la projection de la population actuelle tenant compte d'un taux de croissance de la population de 3,3% est estimée à 20 581 167 habitants en 2007. Le taux de natalité en pourcentage de la population générale représente 2,95% (données de 2006 comme année de base). Les femmes en âge de procréation représentent 23% de la population et le taux de mortalité infantile est estimé à 117/1000.

Vaccins et Matériels d'injection

Pour l'estimation des vaccins et matériels d'injection, le pays utilise les enfants survivants pour prévoir les besoins pour tous les antigènes, à l'exception du BCG et du VAT où la proportion des naissances vivantes est utilisée. Les coûts sont alors fonction du prix unitaire de différents vaccins, les quantités étant déterminées par la population cible qui est ajustée aux objectifs de couverture vaccinale, au nombre de contact et au taux de perte.

Les activités importantes qui influenceront les coûts relatifs aux vaccins incluent :

- L'introduction du vaccin pentavalent au début de l'année 2008 en remplacement du tétravalent,
- La campagne de vaccination contre le tétanos intéressant toutes les femmes en âge de procréer étalée sur trois ans dont le premier round aura lieu en 2007,
- La campagne préventive de vaccination contre la fièvre jaune qui sera organisée en 2008 avec la campagne de vaccination de suivi contre la rougeole et le deuxième tour de la campagne TMN,
- En 2009, aura lieu la dernière phase de la campagne TMN.

N.B : Les coûts pour les vaccins et les matériels d'injection sont basés sur les prix de l'UNICEF fournis par sa division d'approvisionnement.

Coûts en personnel (coûts spécifiques et coûts partagés)

Le personnel du PEV au niveau central passe 100% de son temps sur des activités relatives à la vaccination et en moyenne 5 jours par mois sur la supervision et cela indépendamment du personnel de soutien. En outre les coûts et le temps passé sur la supervision et les stratégies avancées de vaccination ont été inclus pour les différents cadres à différents niveaux du système (les régions, les districts de santé et les centres de santé).

Véhicules et coûts du transport

Les coûts de véhicules ont été calculés de la même manière que pour le personnel. Des coûts d'entretien additionnels ont été estimés comme représentant 15% de dépense de carburant. En 2006, 22 véhicules (Toyota 4WD) ont été fournis aux districts de santé par les partenaires du PEV pour renforcer la logistique du programme.

Equipement et Maintenance de la chaîne de froid

Le calcul des coûts pour les équipements de la chaîne de froid a été fait comme pour le personnel et les vaccins. En 2005 et 2006, l'UNICEF et la Coopération Luxembourgeoise ont fourni un nombre considérable d'équipements de la chaîne de froid (chambres froides positives et réfrigérateurs type Electrolux RCW 50EG principalement au niveau des districts sanitaires). Le pays dispose en grande majorité (environ 75%) des équipements de réfrigération/congélation de marque Electrolux au niveau périphérique ; un plan de renouvellement des équipements de la chaîne de froid est en cours de préparation pour remplacer le matériel âgé et/ou non-conforme aux exigences du protocole de Montréal sur les gaz à effet de serre.

Le coût de fonctionnement moyen mensuel par unité de chaîne de froid correspond à la moyenne mensuelle de coûts récurrents (électricité, gaz ou autre type de combustible utilisé selon le type d'équipement) nécessaires au fonctionnement de ce même équipement ; et le coût d'entretien moyen (calculé annuellement) correspond à la moyenne annuelle des réparations effectuées sur chaque unité d'équipement de la chaîne de froid.

Coûts opérationnels pour les campagnes de vaccination

L'estimation des coûts opérationnels pour les activités de vaccination supplémentaires est basée sur l'analyse des coûts des campagnes passées et inclut tous les coûts en dehors du prix des vaccins et du matériel d'injection. Ceux-ci incluent le coût du personnel (perdiems...) et d'autres coûts opérationnels tels que la formation, le transport et la mobilisation sociale.

Le coût opérationnel moyen par enfant vacciné utilisé pour les campagnes futures a été estimé à environ US\$ 0,5 pour la fièvre jaune, la rougeole et le tétanos.

Activités du programme et autres coûts récurrents

Le tableau ci-dessous illustre les coûts projetés des différentes activités du PEV pendant la période du plan pluriannuel 2007-2011.

Tableau XIII. Coûts récurrents et projection des besoins en ressources futures pour 2007-2011

Activités et Autre Coûts Récurrents	Dépenses	Projection des besoins en ressources futures				
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	FCFA	FCFA	FCFA	FCFA	FCFA	FCFA
Mobilisation Sociale et Activités de Communication						
Plaidoyer pour les autorités / leaders communautaires		33 700 000	34 374 000	35 061 480	35 762 710	36 477 964
Appuyer le fonctionnement des relais communautaires		83 200 000	84 864 000	86 561 280	88 292 506	90 058 356
Diffuser les messages de sensibilisation		20 540 000	20 950 800	21 369 816	21 797 212	22 233 157
Mettre en place un cadre pour le parrainage parents -parents / enfants – enfants		16 311 250	16 637 475	16 970 225	17 309 629	17 655 822
Organiser des séances d'information périodiques avec les animateurs des médias, ONG et associations à base communautaire		9 171 750	9 355 185	9 542 289	9 733 134	9 927 797
Autres activités de mobilisation sociale	1 838 000					
Formation						
Formation des prestataires en gestion du programme	47 926 845	85 415 545	87 123 856	88 866 333	90 643 660	92 456 533
Formation des logisticiens du niveau central et régional		2 918 000		3 035 887		3 158 537
Formation des logisticiens et CPEV en outil informatique	3 284 500	9 738 825		10 132 274		10 541 617
Programme de Direction						
Visites de supervision à tous les niveaux	87 084 600	87 084 600	88 826 292	90 602 818	92 414 874	94 263 172
Appui à la microplanification des activités de vaccination	9 050 000	23 427 450	23 895 999	24 373 919	24 861 397	25 358 625
Autres Activités						
Activités liée à la Viabilité Financière	2 500 000	2 500 000	2 550 000	2 601 000	2 653 020	2 706 080
Recherche opérationnelle	0	6 018 125	6 138 488	6 261 257	6 386 482	6 514 212
Appui à l'introduction de nouveaux vaccins		50 000 000				
Appui au fonctionnement de la DC-PEV	173 737 000	177 211 740	180 755 975	184 371 094	188 058 516	191 819 687
Revue annuelle PEV et revue mi-parcours	28 878 426	2 500 000	2 550 000	10 000 000	3 570 000	3 641 400

Surveillance

Le calcul des coûts relatifs à la surveillance et aux activités de monitoring est basé sur les dépenses effectuées en 2006 avec un coefficient d'adaptation pour couvrir des activités non incluses en 2006. Ces coûts sont détaillés dans le tableau XIV (Page 41).

Tableau XIV. Coûts et projection des besoins en ressources futures pour la surveillance et le monitoring

Surveillance Epidémiologique et Contrôles des Maladies	Dépenses	Projection des ressources futures				
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	FCFA	FCFA	FCFA	FCFA	FCFA	FCFA
Détection et Notification						
Recherche active des cas de PFA	8 949 100	23 700 000	24 174 000	24 657 480	25 150 630	25 653 642
Plaidoyer de Clinicien (points focaux dans 4 CHU)		2 400 000	2 448 000	2 496 960	2 546 899	2 597 837
Surveillance communautaire (600 agents et ASC)		19 000 000	19 380 000	19 767 600	20 162 952	20 566 211
Vérification de Cas, Épidémie et Enquêtes						
Expédition de spécimen au Laboratoire	9 535 400	19 200 000	19 584 000	19 975 680	20 375 194	20 782 697
Investigation des cas confirmés	4 000 000	6 000 000	6 120 000	6 242 400	6 367 248	6 494 593
Missions d'évaluation du CNEP		1 500 000	1 530 000	1 560 600	1 591 812	1 623 648
Riposte aux cas confirmés		140 000 000	142 800 000	145 656 000	148 569 120	151 540 502
Gestion de Données						
Fiches d'investigation		2 895 000		3 011 958		3 133 641
Affiches et prospectus sur la surveillance		10 000 000		10 404 000		10 824 322
Directives sur investigation des cas et MAPI		1 000 000	1 020 000	1 040 400	1 061 208	1 082 432
Documentation relative à la certification polio		3 950 000	3 950 000			
Laboratoire						
Kits de prélèvement et outils de gestion		1 168 500	1 191 870	1 215 707	1 240 022	1 264 822
Matériels de labo & réactifs		3 000 000	3 060 000	3 121 200	3 183 624	3 247 296
Labo IPCI	1 662 852	3 125 000	3 187 500	3 251 250	3 316 275	3 382 601
Impliquer les labos des CHU dans la surveillance Hib	1 550 682	2 679 300	2 732 886	2 787 544	2 843 295	2 900 160
Activités Annexes						
Réunions bimestrielles de surveillance	18 531 650	69 301 500	70 687 530	72 101 281	73 543 306	75 014 172
Réunion trimestrielles de CNEP & CNC		1 320 000	1 346 400	1 373 328	1 400 795	1 428 810
Revue de la surveillance des PFA		4 500 000				
Formation prise en charge des cas de rougeole/TMN		42 815 000				

Autres équipements et coûts en capital

Les coûts additionnels pour les biens d'équipement (incinérateurs, ordinateurs, imprimantes, groupes électrogènes, équipements de télécommunication, etc.) ont été inclus et leur valeur estimée en utilisant la même méthodologie qu'avec d'autres besoins en équipement.

Bâtiments et frais généraux

Le coût de fonctionnement moyen pour les bâtiments correspond aux moyennes mensuelles des coûts récurrents traditionnels (l'électricité, l'eau, le téléphone, etc.).

Récapitulatif des coûts et financements de l'année de base du programme

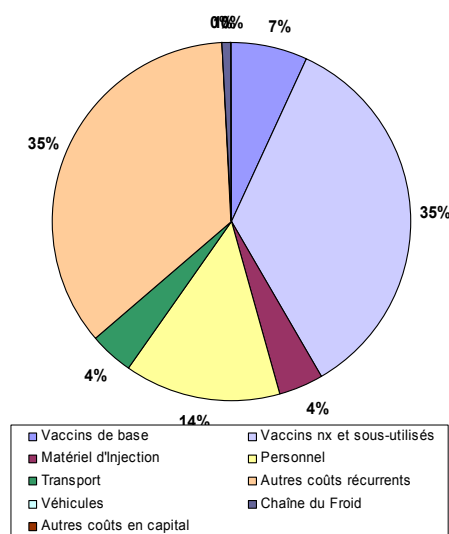
En 2006, année de base pour l'estimation des coûts et des financements du PEV, les dépenses globales du programme étaient estimées à \$US 9 877 612 (coûts partagés non inclus), ceci représente 7,9% des dépenses totales de santé du Gouvernement. De ce total, les activités supplémentaires de vaccination contre la poliomyélite représentaient US\$ 2 231 444 (23%) et la vaccination de routine US\$ 7 832 254 (77%). Les coûts partagés avec d'autres programmes (voir tableau XV page 42) représentent US\$ 6 664 169 (40% des coûts totaux).

Tableau XV. Indicateurs pour l'année de base (2006)

Indicateur pour l'Année de Référence	2006
Dépenses Totales en Vaccination	\$9 877 612
Campagnes de vaccination	\$2 231 444
Vaccination de routine	\$7 646 168
par habitant	\$0,4
par enfant DTC-HepB3	\$19,4
% vaccin et matériel d'injection	45,6%
% financement national	55,6%
% dépenses totales de santé	3,6%
% dépenses totales de santé du gouv.	7,9%
% PIB	0,04%
Total des coûts partagés	\$6 664 169
% des coûts partagés dans le total	40%
TOTAL	\$16 541 781

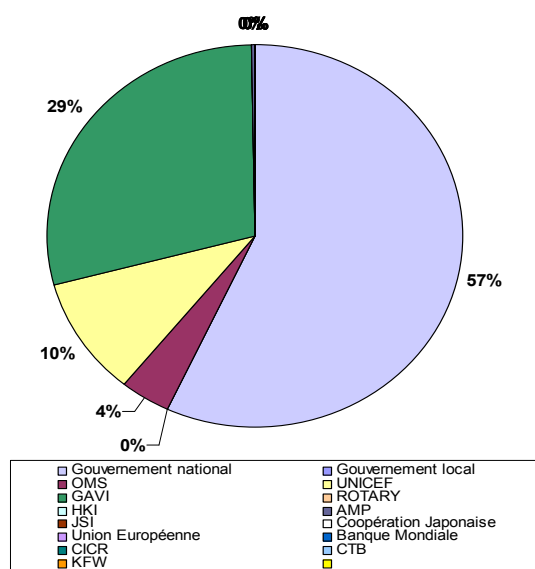
Les coûts en rapport avec le PEV de routine au courant de l'année 2006 (année de base) sont principalement dominés par les vaccins (41%), le personnel et les autres coûts récurrents. Le profil des coûts pour le programme est illustré sur la figure 6 ci-dessous :

Figure 6. Répartition des coûts du programme pour l'année de base



Pour ce qui est du profil de financement du PEV (voir Figure 7, Page 43), on constate en fonction des données collectées pour l'année de référence 2006, que le Gouvernement de Côte d'Ivoire est le premier bailleur de fonds du programme couvrant environ 57% de la totalité des financements. L'Etat prend en effet en charge tout ce qui est achat de vaccins de routine/matériel d'injection et une partie de nouveaux vaccins (vaccin contre la fièvre jaune et 20% des coûts pour l'achat du vaccin tétravalent), le salaire du personnel, la maintenance et les frais généraux des équipements.

Figure 7. Profil de financement pour l'année de base



Le second bailleur de fonds est GAVI, qui intervient principalement dans la fourniture du vaccin tétravalent. Vient ensuite l'UNICEF, qui intervient dans tout ce qui est fourniture des équipements de la chaîne de froid et la mobilisation sociale voire ponctuellement dans l'achat des vaccins de routine en cas de pénurie des liquidités au niveau central. L'OMS quant à elle, intervient dans tout ce qui est appui au contrôle et à la surveillance des maladies ainsi que dans la formation continue et la gestion du programme.

7.2.2. Projection des coûts futurs du programme

Les dépenses globales du PEV pendant la période 2007-2011 sont illustrées dans le tableau ci-dessous :

Tableau XVI. Coûts et projection des besoins en ressources futures du PEV pour la période 2007-2011

Rubrique de Coût	Dépenses		Besoin en Ressources Futures					Total 2007 - 2011
	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
Coût Récurrent	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	
Vaccins	\$3 188 394	\$3 913 463	\$7 497 680	\$6 131 813	\$6 042 494	\$6 271 696	\$29 857 145	
- Vaccins traditionnels	\$539 139	\$619 144	\$639 919	\$677 702	\$714 097	\$746 390	\$3 397 252	
- Vaccins nouveaux et sous-utilisés	\$2 649 254	\$3 294 319	\$6 857 761	\$5 454 110	\$5 328 397	\$5 525 306	\$26 459 893	
Matériel d'injection	\$301 155	\$411 641	\$493 594	\$525 632	\$560 616	\$587 593	\$2 579 076	
Personnel	\$1 079 174	\$1 134 953	\$1 182 847	\$1 222 379	\$1 254 620	\$1 287 662	\$6 082 462	
- Salaires du personnel employé à temps plein	\$497 543	\$522 163	\$541 788	\$557 543	\$568 694	\$580 068	\$2 770 256	
- Indemnités journalières pour la SAV/équipes mobiles	\$233 568	\$245 583	\$257 986	\$270 786	\$283 996	\$297 625	\$1 355 976	
- Indemnités journalières pour la supervision	\$348 062	\$367 207	\$383 072	\$394 050	\$401 931	\$409 969	\$1 956 230	
Transport	\$286 001	\$347 990	\$438 736	\$500 713	\$586 825	\$395 476	\$2 269 740	
- Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$241 211	\$292 592	\$367 762	\$419 030	\$490 030	\$332 334	\$1 901 748	
- Stratégie avancée et mobile	\$44 790	\$55 398	\$70 975	\$81 683	\$96 795	\$63 142	\$367 992	
Maintenance et frais généraux	\$1 932 586	\$2 002 316	\$2 069 696	\$2 137 272	\$2 272 356	\$2 086 873	\$10 568 513	
Chaînes du Froid	\$319 305	\$338 919	\$347 775	\$369 159	\$445 014	\$257 310	\$1 758 178	
Autres Équipements	\$43 890	\$62 618	\$89 126	\$102 661	\$128 582	\$96 828	\$479 815	
Bâtiments	\$1 569 392	\$1 600 780	\$1 632 795	\$1 665 451	\$1 698 760	\$1 732 735	\$8 330 521	

	Dépenses		Besoin en Ressources Futurs					
Rubrique de Coût	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total 2007 - 2011	
Formation à court terme	\$102 423	\$200 068	\$181 287	\$216 560	\$196 231	\$234 411	\$1 028 557	
Mobilisation sociale et IEC	\$3 676	\$332 363	\$345 790	\$359 760	\$374 295	\$389 416	\$1 801 624	
Contrôle et surveillance des maladies	\$88 459	\$729 411	\$630 924	\$676 336	\$674 036	\$732 088	\$3 442 795	
Gestion du programme	\$192 269	\$225 445	\$234 553	\$244 028	\$253 887	\$264 144	\$1 222 057	
Autres coûts récurrents	\$410 231	\$485 989	\$399 502	\$431 346	\$434 419	\$451 970	\$2 203 225	
Sous Total des Coûts Récurrents	\$7 584 368	\$9 783 638	\$13 474 609	\$12 445 839	\$12 649 779	\$12 701 329	\$61 055 195	
Coût en Capital								
Véhicules	\$0	\$832 320	\$969 653	\$848 966	\$954 705	\$998 089	\$4 603 733	
Équipement de la Chaîne du froid	\$60 800	\$279 855	\$7 928	\$255 713	\$650 628	\$411 103	\$1 605 228	
Autres coûts de capital	\$1 000	\$112 200	\$105 601	\$56 775	\$139 634	\$70 661	\$484 870	
Sous Total des Coûts en Capital	\$61 800	\$1 224 375	\$1 083 181	\$1 161 454	\$1 744 967	\$1 479 854	\$6 693 831	
Campagnes de Vaccination								
Polio	\$2 231 444	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
Vaccins	\$938 497	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
Coûts opérationnels	\$1 292 947	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
Rougeole	\$0	\$0	\$3 194 345	\$0	\$0	\$0	\$3 194 345	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$0	\$0	\$974 905	\$0	\$0	\$0	\$974 905	
Coûts opérationnels	\$0	\$0	\$2 219 440	\$0	\$0	\$0	\$2 219 440	
Fièvre jaune	\$0	\$0	\$9 815 703	\$0	\$0	\$0	\$9 815 703	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$0	\$0	\$6 093 192	\$0	\$0	\$0	\$6 093 192	
Coûts opérationnels	\$0	\$0	\$3 722 510	\$0	\$0	\$0	\$3 722 510	
Tétanos néonatal	\$0	\$2 795 848	\$4 709 160	\$5 524 578	\$0	\$0	\$13 029 586	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$0	\$507 861	\$841 635	\$971 413	\$0	\$0	\$2 320 909	
Coûts opérationnels	\$0	\$2 287 988	\$3 867 525	\$4 553 165	\$0	\$0	\$10 708 677	
Sous Total des Coûts en Campagne	\$2 231 444	\$2 795 848	\$17 719 208	\$5 524 578	\$0	\$0	\$26 039 634	
Coûts partagés								
Coûts partagés de personnel	\$5 207 944	\$5 503 416	\$5 800 646	\$6 092 971	\$6 388 802	\$6 694 029	\$30 479 865	
Coûts partagés de transport	\$159 025	\$162 206	\$165 450	\$168 759	\$172 134	\$175 577	\$844 125	
Bâtiments	\$1 297 200	\$12 750	\$31 212	\$0	\$32 473	\$0	\$76 435	
Subtotal des Coûts Partagés	\$6 664 169	\$5 678 372	\$5 997 308	\$6 261 730	\$6 593 409	\$6 869 606	\$31 400 425	
TOTAL GENERAL	\$16 541 781	\$19 482 233	\$38 274 306	\$25 393 601	\$20 988 156	\$21 050 789	\$125 189 085	
Vaccination de Routine (Stratégie Fixe)	\$12 750 282	\$14 726 641	\$17 929 078	\$17 400 555	\$18 454 321	\$18 518 369	\$87 028 964	
Vaccination de Routine (SAV et Mobile)	\$1 560 054	\$1 959 743	\$2 626 020	\$2 468 469	\$2 533 835	\$2 532 420	\$12 120 487	
Campagnes de Vaccination	\$2 231 444	\$2 795 848	\$17 719 208	\$5 524 578	\$0	\$0	\$26 039 634	

Les coûts globaux du programme vont augmenter fortement entre 2007 et 2008 passant de 19,5 à 38,2 millions de dollars due principalement à l'organisation de trois grandes campagnes de vaccination à savoir la campagne préventive contre la fièvre jaune, le premier tour de la campagne TMN ainsi que la campagne de suivi contre la rougeole. L'introduction du vaccin pentavalent dans le PEV de routine en remplacement du vaccin tétravalent prévu pour début 2008 constituera également un poste de coût très important. Ces coûts globaux vont par la suite se stabiliser autour de 20 millions de dollars à partir de 2010 et cela après l'organisation de la campagne de vaccination TMN qui aura lieu en 2009.

7.3. PROJECTION DES FINANCEMENTS FUTURS DU PROGRAMME

La source de financement principale pour le PEV pendant la période couvrant le PPAC (2007-2011) reste le Gouvernement de Côte d'Ivoire, à l'exception de l'année 2008 (voir tableau XVII). En effet, il est prévu d'organiser cette année-là trois grandes campagnes de vaccination (fièvre jaune, rougeole et TMN) pour un montant global de US\$ 17, 8 millions dont le financement sera assuré de la manière suivante : GAVI pour environ US\$ 8 millions (dans le cadre du « yellow fever investment case »), UNICEF pour US\$ 4,9 millions, Gouvernement de Côte d'Ivoire pour US\$ 3,3 millions et OMS pour US\$ 1,6 millions.

Le deuxième poste de dépenses important pour 2008 va être l'introduction du vaccin pentavalent (environ US\$ 6,5 millions) dans le PEV de routine en remplacement du tétravalent. Le financement sera assuré en grande partie par GAVI ; toutefois une contribution du Gouvernement de la Côte d'Ivoire pour ce nouveau vaccin sera assurée en conformité avec la politique de cofinancement dans le cadre de la phase 2 de GAVI.

Le coût attribuable à l'approvisionnement en vaccins et matériel de chaîne de froid représente 55% de toutes les dépenses du PEV de routine en 2008 et demeurera autour de 50% pour le reste des années couvrant le PPAC. La gestion du programme, le monitoring et la surveillance épidémiologique vont également représenter des coûts assez significatifs pour les années à venir.

Comme constaté dans le financement du programme de vaccination pour l'année de base (2006), l'Etat de Côte d'Ivoire continuera à financer la prise en charge du personnel impliqué dans les activités de vaccination, les coûts relatifs à la maintenance des équipements (chaîne de froid et véhicules) et les frais récurrents pour la gestion du programme en général.

L'OMS et l'UNICEF, partenaires traditionnels du PEV, vont participer au financement des campagnes rougeole et TMN mais également en appui au programme en ce qui concerne la mobilisation sociale, la surveillance épidémiologique, la logistique, etc. La coopération japonaise sera sollicitée pour tout ce qui est équipement de chaîne de froid et renouvellement du matériel roulant. Concernant les activités du PPAC, le statut de financement est présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau XVII. Profil de financement du PEV pour la période 2007-2011

Tendances Futurs	2007	2008	2009	2010	2011	2007 - 2011
Besoins en Ressources	\$13 803 861	\$32 276 998	\$19 131 871	\$14 394 747	\$14 181 183	\$93 788 660
Tx de Croissance Annuel	28%	57%	-69%	-33%	-2%	
Besoins en Ressources (Routine)	\$11 008 013	\$14 557 791	\$13 607 293	\$14 394 747	\$14 181 183	\$67 749 026
par habitant	\$0,5	\$0,7	\$0,6	\$0,6	\$0,6	\$0,6
par enfant DTC3	\$25,7	\$30,9	\$27,3	\$27,1	\$25,8	\$27,3
% vaccin et matériel d'injection	39%	55%	49%	46%	48%	48%
Total du Financement Assuré	\$13 803 861	\$28 026 969	\$17 202 715	\$11 085 248	\$10 428 484	\$80 547 277
Gouvernement national	\$6 281 110	\$6 321 571	\$5 565 055	\$6 661 527	\$5 841 922	\$30 671 185
OMS	\$954 856	\$2 620 587	\$1 136 924			\$4 712 367
UNICEF	\$3 442 441	\$5 424 510	\$5 429 021			\$14 295 973
GAVI	\$3 125 455	\$13 660 300	\$5 071 715	\$4 423 722	\$4 586 561	\$30 867 753
Écart Financier (Fin. Assuré)	\$0	\$4 250 030	\$1 929 155	\$3 309 498	\$3 752 700	\$13 241 383
% des besoins en ressources	0%	13%	10%	23%	26%	14%
Total du Financement Probable	\$0	\$4 250 030	\$1 929 155	\$3 309 498	\$3 752 699	\$13 241 383
Gouvernement national		\$4 250 030	\$989 896	\$222 507	\$1 126 744	\$6 589 178
OMS			\$250 000	\$1 124 154	\$1 301 305	\$2 675 459
UNICEF			\$433 546	\$596 802	\$518 071	\$1 548 419
GAVI				\$715 407	\$395 476	\$1 110 883
Coopération Japonaise			\$255 713	\$650 628	\$411 103	\$1 317 445
Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)	\$0	\$0	\$1	\$0	\$0	\$0

Comme le montre le tableau, l'écart financier moyen pour toute la durée de vie du PPAC lorsqu'on prend en compte les financements disponibles est de 14%. Cet écart devient maximal entre 2010 et 2011 et se situe autour de 23-26% car les financements projetés des partenaires traditionnels du PEV que sont l'OMS,

l'UNICEF et la Coopération japonaise deviennent difficilement prévisibles, ces partenaires ayant des cycles de planification budgétaire à caractère cyclique.

Lorsqu'on analyse de près la composition même de l'écart financier en tenant compte des financements disponibles, on remarque que la logistique mais également le transport et la prise en charge de quelques coûts récurrents constituent le gros du gap. Il faut également noter que la prise en charge par le gouvernement, des coûts opérationnels (50% des coûts totaux) pour les campagnes de vaccination contre la fièvre jaune et la rougeole prévues pour 2008, reste incertaine.

Tableau XVIII. Composition des Écarts Financiers avec financement assuré uniquement

Composition des Écarts Financiers	2007	2008	2009	2010	2011	2007 - 2011
Transport				\$586 825	\$395 476	\$982 301
Activités et autres coûts récurrents			\$369 159	\$2 072 045	\$1 877 370	\$4 318 574
Logistiques (véhicules, chaîne du froid....)	\$0	\$969 653	\$1 104 679	\$650 628	\$1 479 854	\$4 204 814
Campagne de vaccination		\$3 280 377	\$455 316			\$3 735 694
Écart Financier*	\$0	\$4 250 030	\$1 929 155	\$3 309 498	\$3 752 700	\$13 241 383

Lorsqu'on prend en compte les financements probables de GAVI, UNICEF et OMS, l'écart financier pour la durée de vie du PPAC devient quasi nul et cela dès 2007. Il faudra toutefois noter qu'un effort de mobilisation des ressources additionnelles en faveur du programme doit être intensifié en commençant par le Gouvernement de Côte d'Ivoire lui-même. Le décaissement des fonds inscrits dans la ligne budgétaire du PEV devra se faire rapidement, en vue d'éviter le retard constaté dans le paiement des fournisseurs des vaccins de routine, ce qui évitera ainsi les ruptures de stocks qui ont eu lieu en 2006. L'identification d'autres bailleurs de fonds potentiels pour le financement du PEV devra être également une priorité pour le CCIA afin de diversifier les sources de financement.

Tableau XIX. Composition des écarts financiers avec financement assuré et probable

Composition des Écarts Financiers avec financements assuré & probable	2007	2008	2009	2010	2011	2007 - 2011
Transport				\$0	\$0	\$0
Activités et autres coûts récurrents		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Logistiques (véhicules, chaîne du froid....)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Campagne de vaccination		\$0	\$0			\$0
Écart Financier*	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

7.4. STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE DU PROGRAMME

En fonction de la situation de financement du programme décrite dans les paragraphes précédents, les stratégies de viabilité financière du PEV pour la période 2007-2011 se concentreront sur les principaux axes suivants :

- Renforcement de la contribution du gouvernement dans le PEV.
- Sécurisation du « financement probable » en faveur du programme.
- Mobilisation des ressources additionnelles en faveur du programme.
- Amélioration de la gestion du programme.

Les stratégies qui seront développées pour la réalisation de ces objectifs sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Tableau XX. Stratégies et activités de viabilité financière du PEV pour la période 2007-2011

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES
Objectif 1 Renforcement de la contribution du gouvernement dans le financement du PEV	▪ Stratégie 1.1 Plaidoyer pour le renforcement du cadre institutionnel de la DC-PEV	- Mettre à jour les textes organisant la DCPEV - Mettre à jour annuellement les données sur les coûts et le financement des activités de la DCPEV
	▪ Stratégie 1.2 Plaidoyer pour l'augmentation de la part du budget l'Etat allouée à la DCPEV	- Augmenter la contribution du gouvernement pour l'achat des vaccins et consommables
		- Inclure les discussions sur le financement du PEV lors des réunions du CCIA
		- Fournir les informations sur le financement du PEV dans le bulletin PEV au moins deux fois/an
Objectif 2 Sécurisation du financement probable en faveur du programme	▪ Stratégie 2.1 Sécurisation des fonds probables	- Présenter le PPAC à tous les partenaires de la DCPEV pour s'assurer que les stratégies prévues et la situation de leur financement sont bien connues
		- Discuter avec les partenaires de la DCPEV pendant le développement de leur plan de travail pour s'assurer que les priorités incluses dans le PPAC sont pris en compte
Objectif 3 Mobilisation des ressources additionnelles en faveur du programme	▪ Stratégie 3.1 Diversification des sources de financement en faveur du PEV	- Développer une demande d'appui pour le renforcement du système de vaccination à GAVI
		- Développer une demande d'appui pour le renforcement du système de santé à GAVI
		- Mobiliser des financements additionnels (banque mondiale, UE, JICA, USAID, etc.) pour les activités et les intrants nécessaires au PEV
Objectif 4 Amélioration de la gestion du programme	▪ Stratégie 4.1 Réduction du taux de perte des vaccins	- Mettre en œuvre toutes les composantes de la stratégie ACD dans tous les districts de santé
	▪ Stratégie 4.2 Mettre en œuvre la politique du flacon entamé	- Former le personnel en charge des activités de vaccination au niveau des centres de santé
	▪ Stratégie 4.3 Amélioration de la gestion des vaccins et de la chaîne de froid	- Doter le PEV en logisticiens formés au niveau central et régional
		- Adapter et diffuser les outils de suivi des vaccins - Former le personnel en gestion des vaccins

8. PLAN ANNUEL D'OPERATIONS 2007

Le chronogramme des activités planifiées en 2007 est au tableau XXII de la page 22.

Tableaux XXI. Plan d'action opérationnel 2007 du PEV

*niveau central = C

*niveau régional = R

*niveau District = D

*niveau centre de santé = CS

Tableau XXI-1. Composante Prestations de services

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
O1	Atteindre une CV au niveau national d'au moins 80% pour le DTC-HepB3, de 78% pour le VAR/VAA et de 60% pour le VAT2+ Avec 50% des DS ayant une CV de 80% pour le DTC-HepB3 et le VAR/VAA et 10% des DS ayant une CV de 80% pour le VAT2+															
S	Mise en œuvre de la stratégie «Atteindre Chaque District»															
1.	Appuyer l'élaboration des microplans des districts															
	Réviser le canevas de microplan DS et CS	C					x								DCPEV	
	Produire et diffuser les canevas de microplan	C						x							DCPEV	
	Elaborer les microplans des DS et CS	D								x					DD	
	Valider les microplans	C									x				DCPEV	
	Mettre à disposition les ressources	C/ D												x	DCPEV	
2.	Appuyer les activités de vaccination en stratégie fixe, avancée et mobile															
	Organiser une tournée mensuelle de vaccination en stratégie avancée par centre de santé	CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DD	
	Organiser une tournée trimestrielle en stratégie mobile par DS	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DD	
3.	Assurer la supervision formative des agents à tous les niveaux															
	Organiser tous les deux mois une visite de supervision du DS vers chaque centre de santé	CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DD	
	Organiser une fois par trimestre une visite de supervision de la DRS vers chaque DS	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DRS	
	Organiser une fois par semestre une visite de supervision de la DCPEV vers chaque DRS	R	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
4.	Organiser le monitoring des activités à tous les niveaux															
	Organiser 12 réunions de monitoring par CS	CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DS	
	Organiser 6 réunions de monitoring par DS	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DS	
	Organiser 6 réunions de monitoring par la DCPEV (PM : réunions bimestrielles de surveillance)	R	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
S	Intégration d'autres interventions préventives à la vaccination															
5.	Mettre en place un cadre d'intégration au PEV de routine, des autres interventions (Vitamine A, déparasitants, fer folate, MII, Sulfadoxine Pyriméthamine)															
	Définir la méthodologie et les outils d'intégration	C	x	x	x										DSC	

	Identifier les ressources disponibles et mobilisables par chaque programme	C				x	x	x								DSC		
	Elaborer un plan d'intégration	C				x	x	x								DSC		
	Mettre en œuvre le plan	C, D, CS							x	x	x	x	x	x		PEV, PNN, PNLP		
O2	Préparer l'introduction pour janvier 2008, du vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib dans tous les districts																	
S	Mobilisation des ressources																	
6.	Elaborer le plan d'introduction du nouveau vaccin	C		x	x												DC-PEV	
7.	Mettre en œuvre le plan d'introduction du nouveau vaccin	C				x	x	x	x	x	x	x	x	x			DC-PEV	
O3	Amener au moins 40% des districts à réduire à moins de 10%, leur taux d'abandon DTC-HepB-Hib1- DTC-HepB-Hib3																	
S	Mise en place d'un système de recherche active des perdus de vue																	
8.	Doter les agents de santé et les relais communautaires en matériel de travail																	
	Réviser le registre de vaccination	C	x														DC-PEV	
	Reproduire 1500 registres de vaccination	C		x	x	x	x	x									DC-PEV	
	Doter 600 ASC en cahiers de 300 pages	CS				x	x	x	x	x							DC-PEV	

Tableau XXI-2. Surveillance des maladies cibles du PEV et riposte

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA	
O4	Atteindre et maintenir les critères de certification de l'éradication de la poliomyélite. Amener au moins 80% de DS à notifier au mois 1 cas suspect de rougeole avec prélèvement de sang Amener au moins 85% de DS à notifier au mois 1 cas suspect de fièvre jaune avec prélèvement de sang Amener au moins 10% des DS à atteindre les critères d'élimination du TNN (moins d'un cas de TMN pour 1000 naissances vivantes) Amener au moins 50% des DS à investiguer tous les cas notifiés de MAPI sévère																
S	Renforcement de la surveillance active des cas de PFA, Rougeole, F. jaune et TMN																
9.	Organiser des visites périodiques dans les sites prioritaires publics et privés																
	Organiser une visite hebdomadaire dans 1 000 sites prioritaires	D, CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		DS	
	Organiser par la DCPEV des réunions trimestrielles de sensibilisation de 120 agents de santé dans les 4 CHU d'Abidjan et de Bouaké	D			x			x			x		x		DC-PEV		
	Impliquer les laboratoires des trois CHU restants dans la surveillance de la méningite à Hib	D				x	x	x							DC-PEV		
	Organiser des missions d'évaluation dans les régions par le CNEP	R, D, CS							x	x	x	x	x	x	CNEP		
10.	Mener des activités de surveillance à base communautaire																
	Sélectionner les ASC, les tradipraticiens et les guérisseurs	CS				x	x	x							DS		

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
	Former 600 ASC à la surveillance active des maladies	CS							x	x	x				DS	
11.	Assurer l'appui logistique et financier															
	Doter 79 DS en fiches de notification des cas de maladies	DS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Apporter un appui en carburant aux 79 DS tous les deux mois pour la recherche active des cas	DS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter 600 relais communautaires en kits pour la surveillance (badges, bics, crayons)	CS							x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
	Apporter un appui financier pour le remboursement des frais d'investigation et d'acheminement de tous les cas suspects de maladies	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Apporter un appui en communication pour la notification hebdomadaire des cas de maladies	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter 2000 formations sanitaires (publiques et privées) en fiches d'investigation	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter 79 districts et 2000 CS en kits de prélèvement et outils de gestion pour la surveillance	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter les laboratoires des trois hôpitaux sélectionnés en matériel et réactifs d'analyse des LCR	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter le laboratoire de l'IPCI en matériel et réactifs	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Doter 3 chargés de surveillance du niveau central en ordinateurs portables	C												x	DC-PEV	
12.	Assurer le suivi périodique															
	Mettre à jour le répertoire téléphonique des acteurs de la surveillance	C			x	x	x								DC-PEV	
	Organiser des réunions bimestrielles décentralisées de suivi des activités de surveillance	R	x		x		x		x		x		x		DC-PEV	
	Organiser des réunions trimestrielles du CNEP et du CNC	C		x			x			x			x		DC-PEV	
	Organiser une revue de la surveillance des PFA	C & D						x	x						DC-PEV	
13.	Renforcer les capacités des acteurs de la surveillance															
	Produire et diffuser les 5 fiches de définition de cas pour 2000 formations sanitaires	C			x	x	x								OMS	
	Former 10 agents des 3 laboratoires à la surveillance de la méningite à Hib	D, CS										x			OMS	
	Elaborer et diffuser des affiches et prospectus sur la surveillance des maladies cibles du PEV	C							x	x	x				OMS	

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
	Produire et diffuser 5 documents de directives sur l'investigation des cas et des MAPI à 79 districts et 2000 CS	C							x						OMS	
	Organiser des missions d'appui du niveau central à l'investigation des cas confirmés de maladies (FJ et polio)	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Former 799 agents de santé à la surveillance de la rougeole basée sur le cas	D, CS			x	x	x								OMS	
	Organiser tous les deux mois une mission d'appui du niveau central vers les DS les moins performants	D		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Apporter un appui technique et matériel aux districts et régions dans la préparation de la documentation relative à la certification de la polio	D/R				x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Participer à des rencontres internationales d'échanges et d'études	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OMS	
	Former 2 chargés de surveillance du niveau central en épidémiologie et informatique appliquées	C				x	x								OMS	
S	Organisation des activités de vaccination supplémentaires et de riposte															
14.	Former 79 équipes cadre de district à la préparation des ripostes contre la survenue de tout cas de PVS	D							x	x	x	x	x	x	OMS	
15.	Assurer la préparation des 79 districts à la riposte contre la survenue de tout cas de fièvre jaune	D				x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
16.	Organiser des ripostes aux épidémies déclarées de fièvre jaune	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
17.	Identifier les districts à haut risque (F. jaune, TMN)	C	x	x	x										DC-PEV	
18.	Conduire des AVS contre le TMN	D								x	x	x			DC-PEV	

Tableau XXI-3. Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
O9	Fournir à tous les districts de manière continue les vaccins et consommables d'injections du PEV															
S	Mobilisation des ressources financières															
19.	Faire l'estimation annuelle des besoins en vaccins et consommables PEV à tous les niveaux	C								x					DC-PEV INHP	
20.	Sensibiliser le MEF pour rendre disponible à temps les fonds pour l'achat des vaccins	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CAB	
21.	Assurer le paiement des fournisseurs	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	INHP, MEF	
S	Renforcement du système de gestion des vaccins à tous les niveaux															

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
22.	Mettre en place un système informatisé de suivi de l'utilisation des vaccins et consommables															
	Elaborer des outils de suivi de l'utilisation des vaccins et consommables	C	x	x	x										DC-PEV	
	Produire 18,000 fiches de stock, 90 registres de distribution pour les AR-INHP et DS, CS, 18,000 bons de commande vaccins, 18,000 bordereaux de livraison vaccins, 1500 classeurs	C				x	x	x							UNICEF	
	Former 10 logisticiens des AR-INHP et les 79 CPEV sur l'outil informatique	D & R				x	x	x	x	x	x	x	x		DC-PEV OMS	
	Former six (6) gestionnaires de stock au niveau central (DC PEV, INHP) durant 3 jours	C				x									UNICEF	
23.	Assurer la distribution des vaccins à tous les niveaux selon le plan de distribution															
	Elaborer et diffuser les plans de distribution (central et régional)	C			x										INHP DC-PEV	
	Approvisionner les AR-INHP une fois par trimestre	R			x		x			x				x	INHP	
	Approvisionner une fois tous les deux mois les districts	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	INHP	
	Approvisionner les CS une fois par mois	CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DS	
010	Amener 70% des DS à rapporter les taux de perte par antigène Amener 50% des DS à réduire les taux de perte à un niveau acceptable															
S	Renforcement des capacités															
24.	Former les agents au monitoring des taux de perte (cf. gestion)	D, CS													DC-PEV INHP	
25.	Assurer les visites de supervision à tous les niveaux (cf. gestion)	D, CS													DC-PEV INHP	
26.	Assurer l'analyse et la rétro-information des données (cf. gestion)	C, D, CS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV INHP	
011	Amener 80% des centres de santé offrant des services de vaccination à avoir un équipement de chaîne de froid fonctionnel															
S	Renforcement des capacités															
27.	Renforcer la collaboration DIEM et la DCPEV pour l'acquisition et la maintenance des équipements du PEV	C, R	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
28.	Mettre en place une politique d'équipement et de maintenance de la CDF	C													DC-PEV DIEM	
	Organiser un atelier d'élaboration de politique d'équipement et de maintenance, de plan de renouvellement et de maintenance de la CDF et moyens de transport, pendant 5 jrs avec 20 personnes (DCPEV-DIEM-CREMM-INHP-DS-DR)	C				x										

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
	Approuver et diffuser la politique d'équipement et de maintenance de la CDF et des moyens de transport	C								x						
29.	Faire l'état des besoins des équipements de la CDF															
	Conduire un inventaire des équipements de la CDF (cf. inventaires)	D, CS								x					DC-PEV DIEM	
	Elaborer un plan de renouvellement de la chaîne de froid	C										x	x		DC-PEV DIEM	
30.	Faire le plaidoyer pour l'acquisition d'équipements de chaîne de froid additionnels	C											x	x	CAB	
31.	Fournir les équipements de la CDF selon le plan de renouvellement (en 2008)	D, CS													DC-PEV	
32.	Former les utilisateurs à la maintenance préventive de la CDF															
	Recycler les formateurs du CREMM à la maintenance préventive de la CDF	R					x								DC-PEV DIEM OMS	
	Former 10 logisticiens de AR-INHP, 79 CPEV, 1400 responsables de vaccination à la maintenance préventive de la CDF	R, D, CS						x							DC-PEV DIEM OMS	
33.	Organiser la maintenance des équipements de la CDF															
	Elaborer un plan de maintenance	C					x								DC-PEV DIEM	
	Organiser les missions de maintenance	R, D, CS						x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV DIEM	
012	Améliorer le fonctionnement de l'ANR pour assurer le contrôle de la qualité des vaccins															
S	Renforcement des capacités															
34.	Réviser les textes et procédures en rapport avec le contrôle de la qualité des vaccins	C				x									DPM	
35.	Former le personnel de l'ANR sur les procédures de libération des lots de vaccins	C						x							OMS	
36.	Assurer le suivi des activités de l'ANR	C								x	x	x	x	x	DPM	
013	Amener 45% des DS à détruire par incinération les déchets issus des activités de vaccination															
S	Renforcement du cadre institutionnel															
37.	Réviser la politique de la sécurité des injections vaccinales															
	Actualiser la politique de la sécurité des injections vaccinales	C				x									DC-PEV INHP	
	Adopter la politique de la sécurité des injections vaccinales	C						x							CCIA	
	Mettre en place les différents comités de gestion issus de la politique de sécurité des injections	C							x						DC-PEV INHP	

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
S	Mobilisation des ressources															
38.	Equiper les districts d'incinérateurs selon la politique nationale validée de sécurité des injections	D								x	x	x	x	x	DC-PEV DIEM	
39.	Réhabiliter les incinérateurs en panne															
	Faire les études techniques pour les incinérateurs en panne	C					x	x	x						DC-PEV DIEM	
	Lancer l'appel d'offres et sélectionner les entreprises	C								x					DC-PEV	
	Réhabiliter les incinérateurs	D									x	x	x	x	DC-PEV DIEM	
S	Renforcement des capacités															
40.	Former les agents de santé à la sécurité des injections et la gestion des déchets															
	Elaborer les directives pour l'élaboration des plans de gestion de déchets des districts et régions	C				x									DC-PEV DIEM	
014	D'ici 2011, tous les districts et centres santé offrant des services de vaccination ont un moyen de transport adapté et fonctionnel															
S	Renforcement des capacités															
41.	Renforcer la collaboration DIEM - DCPEV pour l'acquisition et la maintenance du parc auto et moto du PEV	C	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
42.	Mettre en place une politique d'équipement et de maintenance du parc auto et moto															
	Approuver et diffuser la politique d'équipement et de maintenance de la CDF et des moyens de transport	C							x						DC-PEV	
43.	Faire l'état des besoins du parc auto et moto du PEV															
	Conduire un inventaire du parc auto et moto (cf. inventaire CDF)	D, CS								x					DC-PEV DIEM	
	Elaborer un plan de renouvellement du parc auto et moto	C										x	x		DC-PEV DIEM	
44.	Faire le plaidoyer pour l'acquisition de moyens de transport additionnels	C											x	x	DC-PEV	
45.	Fournir les moyens de transport acquis, selon le plan de renouvellement (2008)														DC-PEV DIEM	
46.	Former les utilisateurs à la maintenance préventive du parc auto et moto	C, D, R, CS					x	x	x						DC-PEV DIEM	

Tableau XXI-4. Communication et plaidoyer en faveur du PEV

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
015	Amener 80% des parents d'enfants de moins d'un 1 an à présenter systématiquement leurs enfants pour recevoir la série complète des vaccinations et 60% des femmes enceintes à se présenter à recevoir la les doses requises de VAT durant leur grossesse															
S	Plaidoyer auprès des autorités leaders communautaires pour mettre la vaccination des enfants de 0-11 mois au centre des priorités															
47.	Organiser des rencontres périodiques avec les autorités et les leaders communautaires															

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
	Elaborer les documents de plaidoyer	C			x	x									DC-PEV	
	Valider les documents de plaidoyer	C					x								DC-PEV	
	Reproduire les documents de plaidoyer	C						x							DC-PEV	
	Organiser une réunion de sensibilisation des leaders communautaires dans les 25 DS prioritaires tous les 3 mois	D						x	x						DC-PEV	
S	Renforcement des activités de CCC au niveau communautaire															
48.	Mettre en place un système de sensibilisation par les groupes de soutien/ pairs éducateurs															
	Elaborer les documents de sensibilisation par les groupes de soutien/ pairs éducateurs	C		x	x										DC-PEV	
	Valider les documents de sensibilisation	C					x								DC-PEV	
	Reproduire les documents	C						x							DC-PEV	
	Former les groupes de soutien/ pairs éducateurs à l'utilisation des documents de sensibilisation	D						x							DS	
	Mettre en œuvre les activités de sensibilisation par les groupes de soutien/ pairs éducateurs	D, CS							x	x	x	x	x	x	DS	
49.	Diffuser des messages de sensibilisation à travers les radios de proximité et les réseaux traditionnels de communication															
	Elaborer les messages de sensibilisation	C			x										DC-PEV	
	Valider les messages de sensibilisation	C					x								DC-PEV	
	Diffuser les messages une fois par semaine	C et D						x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	
50.	Mettre en place un cadre pour le parrainage parents -parents / enfants – enfants															
	Elaborer les outils de parrainage	C			x	x									DC-PEV	
	Valider les outils de parrainage	C					x								DC-PEV	
	Reproduire les outils de parrainage	C						x	x						DC-PEV	
	Organiser une cérémonie de lancement officiel du parrainage	C						x							DC-PEV	
	Organiser la formation des parrains à l'utilisation des outils	D							x						DC-PEV	
S	Développement du partenariat avec les réseaux d'ONG, médias et associations à base communautaire															
51.	Elaborer un protocole de partenariat avec les partenaires et médias locaux															
	Elaborer un protocole	C			x										DC-PEV	
	Valider le protocole de partenariat avec les partenaires et médias locaux	C				x									DC-PEV	
	Diffuser le protocole à tous les acteurs concernés	C					x	x							DC-PEV	
52.	Organiser des séances d'information périodiques avec les animateurs des médias, ONG et associations à base communautaire															
	Produire un bulletin d'information sur les activités de vaccination tous les 3 mois	C				x			x			x			DC-PEV	

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
	Organiser une session de formation des speakers en langues nationales	C					x								DC-PEV	
	Organiser une réunion de sensibilisation des médias, ONG et associations à base communautaire tous les 6 mois dans les 25 DS prioritaires	R, D				x	x								DC-PEV	
S	Renforcement des capacités des districts sanitaires en communication															
53.	Former les ECD en technique de communication	D							x						DC-PEV	
016	Développer des activités de plaidoyer en faveur de la vaccination par le CCIA															
S	Mobilisation des ressources															
54.	Elaborer un plan de mobilisation des ressources additionnelles	C								x					DC-PEV	
55.	Mettre en place des comités régionaux du CCIA Superviser 2 fois par an les comités régionaux du CCIA par le CCIA central	R										x			DRS	

Tableau XXI-5. Gestion du programme

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
017	Mettre en place les conditions institutionnelles et logistiques pour permettre à la DCPEV de maîtriser la gestion des stocks et le monitoring de la qualité des vaccins du PEV de routine															
S	Plaidoyer pour le renforcement du cadre institutionnel de la DCPEV															
56.	Mettre à jour les textes portant création et attributions de la DCPEV et des autres structures intervenant dans la gestion des vaccins	C			x										DC-PEV	
S	Mobilisation de ressources															
57.	Renforcer la capacité de stockage des vaccins pour la DCPEV en prévision de l'introduction du vaccin pentavalent															
	Evaluer les besoins	C, D, CS			x	x	x								DC-PEV DIEM	
	Mobiliser les ressources nécessaires pour combler les besoins	C, D				x	x								DC-PEV	
	Compléter la capacité de stockage	C											x	x	DC-PEV	
S	Renforcement des capacités															
58.	Doter le PEV en logisticiens au niveau central et régional	C				x	x	x	x	x	x	x	x	x	DRH	
59.	Former les logisticiens du niveau central et régional en gestion des vaccins	C									x	x	x	x	DC-PEV INHP	
S	Suivi - évaluation															
60.	Adapter et diffuser les outils de suivi des vaccins	C		x	x	x									DC-PEV	
61.	Organiser les revues périodiques du plan	C						x						x	DC-PEV	

N°	Activités	Lieu*	Jan	Fév	Mar	Av	Mai	Jui	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	Resp	Coût CFA
018	Comblent les déficits en personnel au niveau central															
S	Renforcement des capacités															
62.	Recruter le personnel additionnel pour le niveau central en communication et pour le niveau régional en surveillance et en communication	C				x									MSHP	
019	Former 25% du personnel à tous les niveaux en gestion du PEV															
S	Renforcement des capacités															
63.	Réviser les outils de formation en gestion PEV	C				x									DC-PEV	
64.	Conduire la formation des formateurs du niveau central en MLM national															
	Former pendant 4jrs, 10 formateurs nationaux	C						x							DC-PEV	
65.	Organiser la formation des gestionnaires et des prestataires PEV des districts															
	Former pendant 4jrs, 158 CPEV et CSE par les 10 Formateurs nationaux	D									x				DC-PEV	
	Former pendant 4jrs, 1400 responsables de vaccination par les 10 formateurs et les 158 CPEV et CSE	D										x			DC-PEV	
66.	Réviser et diffuser le guide et directives de supervision	C					x								DC-PEV	
020	D'ici fin 2007 revoir les procédures de gestion des fonds GAVI															
S	Plaidoyer															
67.	Elaborer et valider les nouvelles procédures de gestion des fonds GAVI	C				x									DC-PEV	
S	Etude et recherche															
68.	Mener des recherches opérationnelles	C,D,C S			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DC-PEV	