



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

SECRETARIAT GENERAL DU MINISTÈRE
AGENCE NATIONALE POUR LA VACCINATION ET LES SOINS DE
SANTÉ PRIMAIRES

PLAN PLURIANNUEL COMPLET POUR LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION 2019-2023

PRIORITÉ NATIONALE: Plan d'Action du Gouvernement (PAG) 2016-2021 (*Pilier 3 : Amélioration des conditions de vie des populations, Axe 6 : Renforcement des services sociaux de base et de protection sociale*) ; Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2022 (*Orientation Stratégique 2: Prestations de service et amélioration de la qualité des soins, Objectif Spécifique 2.4 : Prévenir et lutter contre les maladies, Orientations Stratégiques 2.4.5 : Renforcement de la lutte contre les maladies à prévention vaccinale*) ; Plan Stratégique Régionale pour la Vaccination (PSRV) 2014-2020 ; Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP) 2011-2020



VERSION INITIALE

Avec l'appui de



© ANV/SSP - Novembre 2018



Table des matières

Liste des Tableaux.....	v
Sigles et abréviations.....	vi
RESUME EXECUTIF.....	x
PREAMBULE.....	xii
INTRODUCTION.....	13
I. CONTEXTE NATIONAL.....	14
I.1. Situation géographique et démographique.....	14
I.2. Politique, administration et gouvernance.....	15
I.3. Situation socio-économique.....	16
II. SYSTEME DE SANTE.....	17
II.1. Profil sanitaire.....	17
II.2. Politique Nationale de Santé.....	18
II.3. Organisation du système de Santé.....	18
34 Zones Sanitaires.....	21
II.4. Financement du secteur de la santé.....	21
III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION.....	22
III.1. Analyse des composantes de la vaccination.....	22
III.1.1. Composantes Opérationnelles du PEV.....	22
III.1.1.1. Prestations de service.....	22
Stratégies de vaccination.....	25
♣ La stratégie fixe.....	25
♣ La stratégie avancée.....	25
Couverture vaccinale de routine.....	25
♣ Données administratives de couvertures vaccinales.....	25
♣ Données d'enquête de couverture vaccinale.....	26
Équité en matière de vaccination.....	27
♣ Équité sexo-spécifique.....	27
♣ Équité géographique.....	28
♣ Équité socio-économique.....	29
♣ Autres iniquités : les communautés peu ou pas desservies (CPPD).....	30
Introduction des nouveaux vaccins.....	30
III.1.1.2. Gestion des données.....	30
III.1.1.3. Approvisionnement et qualité des vaccins.....	34
Leadership dans la chaîne d'approvisionnement.....	34
Amélioration continue des plans logistiques.....	34
Les équipements de la chaîne du froid.....	35
Données pour la gestion (Data for management D4M).....	35
Le remodelage du système d'approvisionnement en vaccins.....	35
III.1.1.4. Logistique.....	36
III.1.1.5. Surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV.....	37
Surveillance de la Poliomyélite par les paralysies flasques aiguës (PFA)	
Erreur ! Signet non défini.	
Surveillance de la rougeole et de la rubéole.....	38
Surveillance du tétanos maternel et néonatal.....	39
Sécurité de la vaccination.....	40
Surveillance des Manifestations post vaccinales indésirables (MAPI).....	40
Laboratoire.....	40
III.1.1.5. Communication.....	40

Plaidoyer	40
Mobilisation sociale	42
Communication pour le développement (C4D)	42
Communication de proximité ou interpersonnelle	42
Communication pour le changement social	42
III.1.2. Composantes d'appui	43
III.1.2.1. Gestion du programme	43
Législation et réglementation	43
Politique et Planification	43
Coordination	43
♣ Place du PEV dans la structure du Ministère de la Santé	43
♣ Coordinations intra et intersectorielle (les Comités)	44
III.1.2.2. Gestion des ressources humaines	46
Ressources humaines	46
Renforcement des capacités	46
Supervision formative	46
III.1.2.3. Financement des activités du programme	47
Généralités	47
Contribution de l'Etat au financement du PEV	47
Contribution des partenaires au financement du PEV	48
III.1.3. Synthèse de l'analyse de la situation du PEV par composante	49
III. 2. Initiatives mondiales de lutte accélérée contre les maladies au Bénin	51
III.2.1 Activités supplémentaires de vaccination	51
III.2.2 Synthèse de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies	58
III.1.3. Synthèse de l'analyse situationnelle : forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)	60
IV. BUT, OBJECTIFS, ETAPES ET PRIORITES DU PEV	67
IV.1 But	67
IV.2. Objectif général	67
IV.2.1. Objectifs spécifiques	67
IV.2.2. Objectifs spécifiques du PEV systématique	67
IV.2.4 Sécurité des injections	70
IV.2.5 Gestion du programme	70
IV.3 Priorités	70
IV. PLANIFICATION DES STRATEGIES POUR CHAQUE COMPOSANTE DU SYSTEME	77
V. ALIGNEMENT DU PPAC AVEC LE GVAP, LES CIBLES REGIONALES ET LA STRATEGIE DU SECTEUR DE LA SANTE	88
VI. CALENDRIER D'ACTIVITES	93
VII. CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION	104
Niveau central	104
Niveau intermédiaire	104
Niveau périphérique	105
VIII. ANALYSE DES COUTS, DES FINANCEMENTS ET DE LA VIABILITE FINANCIERE DU PPAC	114
VIII.1- Méthodologie	114
VIII.2- Méthodologie d'estimation des coûts et besoins en ressources futures	115
• Coût du personnel salarié	115
• Coûts des équipements de la chaîne du froid	115
• Coût des vaccins et matériel d'injection	115
• Amortissement des coûts en capital	115
• Autres activités du programme et surveillance	116
VIII.3- Méthodologie pour la détermination des financements passés et futurs	116
• Financements passés	116
• Méthodologie de projection du financement	117
VIII.4- Analyse des coûts et financements du programme de vaccination	117
• Coût du PEV en 2017	117

•	. Financements du PEV de routine en 2017	118
•	Coûts et financements du PEV 2019-2023	119
IX.	MISE EN ŒUVRE DU PPAC	122
X.1.	Approbation et diffusion du PPAC	123
X.2.	Plan annuel du PPAC.....	123
X.3	Intégration et renforcement des activités du PPAC.....	130
X.4.	Hiérarchisation des activités du PPAC	130
X.5	Suivi et supervision du PPAC.....	130

Liste des Figures

Figure 1: Cadre conceptuel (Système de vaccination et son environnement interne et externe).....	14
Figure 2 : Stades de planification du PPAC.....	14
Figure 3: Le Bénin en Afrique.....	15
Figure 4: Carte administrative du Bénin.....	16
Figure 5: Schéma de la pyramide sanitaire au Bénin.....	19
Figure 6: Carte montrant les 34 zones sanitaires du Bénin.....	22
Figure 7: Evolution des couvertures vaccinales administratives des antigènes BCG, DTC-HepB-Hib_3 et VAR au Bénin 2007 à 2017.....	26
Figure 8 : Evolution des taux d'abandon Penta 1-Penta 3 et BCG-VAR de 2010 à 2017	28
Figure 9 : Couvertures vaccinales en fonction du sexe chez les enfants de 12-23 mois au Bénin selon les données de l'EDS 2017-2018	29
Figure 10 : Couvertures vaccinales en fonction du lieu de résidence chez les enfants de 12-23 mois au Bénin selon les données de l'EDS 2017-2018 ($p < 0,000001$)	30
Figure 11 : Différences de couvertures vaccinales BCG, Penta 3 et ECV en fonction du quintile de richesse chez les enfants de 12-23 mois au Bénin selon les données de l'EDS 2017-2018	30
Figure 12: Distribution des CPPD dans 10 zones sanitaires impliquées dans le processus d'analyse centrée sur l'équité en matière de vaccination au Bénin en 2018	31
Figure 13 : Complétude et promptitude (globale et interne) de notifications des rapports de vaccination au Bénin de 2015 à 2017	32
Figure 14 : Comparaison des doses effectivement administrées et le nombre de d'enfants réellement vaccinés en BCG par département de 2016 à 2017.	33
Figure 15 : Comparaison des doses effectivement administrées et le nombre de d'enfants réellement vaccinés en Penta3 par département de 2016 à 2017.....	33
Figure 16 : Comparaison des doses effectivement administrées et le nombre de d'enfants réellement vaccinés en VAR par département de 2016 à 2017	34
Figure 17 : Comparaison couverture administrative en Penta3 Var et VAA et estimation OMS/Unicef de 2010 à 2015.....	34
Figure 18 : Répartition des équipements de chaîne de froid du PEV selon l'âge au Bénin en 2017 ($n = 1\ 525$).....	36
Figure 19 : Répartition des équipements de chaîne de froid du PEV selon l'état de fonctionnalité au Bénin en 2017 ($n = 1\ 525$)	36
Figure 20 : Répartition des équipements de chaîne de froid du PEV selon la conformité aux normes au Bénin en 2017 ($n = 1\ 525$)	36
Figure 21 : Circuit d'approvisionnement des vaccins dans les 23 zones sanitaires mettant en œuvre le système 'Pull'.....	38
Figure 22 : Circuit d'approvisionnement des vaccins dans les 11 zones sanitaires mettant en œuvre le système 'Push'	38
Figure 23 : Nombre de cas de tétanos néonatal de 2010 à 2017.....	39
Figure 24: Structure du financement du PEV de 2014 à 2017	48
Figure 25: Proportion de personnes informées lors des campagnes de vaccination contre la rougeole de 2005 à 2015 au Bénin.....	56
Figure 26: Comparaison des couvertures d'enquêtes et des couvertures administratives lors des campagnes de vaccination contre la rougeole de 2005 à 2015 au Bénin	56
Figure 27: Comparaison des couvertures vaccinales selon les données administratives, du monitoring et de l'enquête par département.....	57
Figure 28 : Financement du PEV de routine en 2017	119
Figure 29: Projection des besoins en ressources	120
Figure 30: Analyse de la viabilité financière du PEV sur la période 2019-2023.....	122

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Situation socio-économique.....	16
Tableau 2 : Profil sanitaire.....	17
Tableau 3 : Politique Nationale de Santé	18
Tableau 4 : Organisation du système de Santé	18
Tableau 5: Système national de santé au Bénin en 2017.....	19
Tableau 6: Indicateurs macroéconomiques	22
Tableau 7: Calendrier vaccinal et année d'introduction des vaccins dans le PEV de routine au Bénin.....	23
Tableau 8: Répartition par départements des structures de santé offrant le pentavalent au cibles au Bénin en 2018	23
Tableau 9 : Evolution des taux d'abandon Penta 1-Penta 3 et de la proportion de commune avec une couverture en Penta 3 supérieure à 80%	27
Tableau 10 : Liste des 35 communes avec un taux d'abandon Penta1-Penta3 supérieur à 10% au Bénin en 2017.....	27
Tableau 11: Point des incinérateurs fonctionnels par département en 2016	37
Tableau 12: Indicateurs de performance de la surveillance des PFA entre 2013 et 2017	38
Tableau 13: Indicateurs de performance des PFA par département en 2017.....	41
Tableau 14: Evolution des contributions de l'Etat et décaissement dans le cadre de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale, Bénin, 1995 – 2017 (coût en millions de FCFA)	47
Tableau 15: Financement des partenaires du programme de 2013 à 2017 (en F CFA)	48
Tableau 16: Analyse de situation du PEV de routine par composante du système de vaccination	49
Tableau 17: Récapitulatif des JNV/JLV selon la stratégie porte à porte au Benin de 1996 à 2018.....	52
Tableau 18 : Comparaison des couvertures administratives selon JNV et celles du Monitoring indépendant de 2010 à 2018.....	55
Tableau 19: Objectifs annuels nationaux de couverture vaccinale de 2018 à 2023 par antigène.....	67
Tableau 20 : Objectifs nationaux des taux d'abandon de 2019 à 2023.	68
Tableau 21: Objectifs nationaux de taux de perte de vaccins de 2019 à 2023 par antigène.	68
Tableau 22 : Priorités, étapes et objectifs nationaux.....	70
Tableau 23: Stratégies et activités par composante.....	77
Tableau 24: Alignement du PPAC avec le GVAP.....	88
Tableau 25: Calendrier d'activités par composante.....	93
Tableau 26 : Cadre de suivi et d'évaluation du système de vaccination national	105
Tableau 27: Hypothèses de costing utilisées	116
Tableau 28: Indicateurs économiques et financiers du PEV en 2017.....	117
Tableau 29: Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2019 à 2023	119
Tableau 30: Indicateurs macroéconomique de viabilité financière.....	121
Tableau 31: Plan de mise en œuvre annuel	124

Sigles et abréviations

AMP	: Agence de la Médecine Préventive
ANV-SSP	: Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires
ANR	: Autorité Nationale de Régulation
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BM	: Banque Mondiale
CCEM	: Cold Chain Equipment Manager
CCIA	: Comité de Coordination Inter Agence
CDC	: Centers of Diseases Control
CDF	: Chaîne de Froid
CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CPN	: Consultation Périnatale
CPS	: Centre de Promotion Sociale
CS	: Centre de Santé
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DNPEV-SSP	: Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
DSRP	: Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DRFM	: Direction des Ressources Financières et Matérielles
DTC	: Diphtérie Tétanos Coqueluche
DTC/HepB/Hib	: Diphtérie Tétanos Coqueluche/Hépatite B/Haemophilus influenzae type B
DVD-MT	: District Vaccine Data Management Tool
EEZS	: Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FAP	: Femmes en Âge de Procréer
FC	: Financement Communautaire
FDC	: Fonds de Développement Communautaire
FE	: Femmes Enceintes
FS	: Formation Sanitaire
GEV/EVM	: Gestion Efficace de la Vaccination
GIVS	: Vision et Stratégies Mondiales pour la Vaccination (en anglais)
HERMES	: Outil de modélisation développé par VMI de l'Université de Pittsburg
HPV	: Human Papillomavirus ou Papillomavirus Humain
IB	: Initiative de Bamako
IIV	: Initiative d'Indépendance Vaccinale
JNV	: Journées Nationales de Vaccination
MDEF	: Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances
MenAfriVac	: Vaccin contre la méningite à méningocoque A

MS	: Ministère de la Santé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisations Non Gouvernementales
PAG II	: 2 ^{ème} Programme d'Action du Gouvernement
PADZS	: Projet d'Appui aux Développement des Zones Sanitaires
PAS	: Programme d'Ajustement Structurel
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIP	: Programme d'Investissements Publics
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PPAc	: Plan Pluriannuel Complet
PSDSS	: Politiques et Stratégies de Développement du Secteur de la Santé
PFA	: Paralysie Flasque Aiguë
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PDRH	: Projet de Développement des Ressources Humaines
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSS	: Renforcement du Système de Santé
SMT	: Stock Management Tool
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
TMN	: Tétanos Maternel et Néonatal
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence Internationale pour le Développement des Etats Unis
VAA	: Vaccin Anti-Amaril
VAR	: Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT	: Vaccin Anti-Tétanique
VPO	: Vaccin Polio Oral
ZS	: Zone Sanitaire

Equipe de coordination de la rédaction du document

Dr Franck Hilaire BETE, MD, MSc, MPH, *Directeur Général de l'ANV-SSP*

Dr Landry KAUCLEY, MD, MSc, *Directeur de la Logistique à l'ANV-SSP*

Dr Virgile DODOO, MD, MPH, *Directeur de la Vaccination à l'ANV-SSP*

Dr Philippe TOGNISSOU, MD, MPH, *Directeur des Soins de Santé Primaires à l'ANV-SSP*

Dr Imelda ADEGNANDJOU, MD, MPH, *Médecin-appui à l'ANV-SSP*

Dr Yolande AFFO SAKA, MD, MPH, *Médecin-appui à l'ANV-SSP*

Mr Faustin SEGLA, Logisticien de Santé

Mr Laurent HOUNTONNAGNON, Epidémiologiste, ANV-SSP

Mme Assia MAMA SAMBO CISSE, Spécialiste Communication, ANV-SSP

Ont participé à l'élaboration de ce document :

N°	NOM ET PRENOMS	QUALIFICATION/FONCTION	PROVENANCE
1	DOSSOU Médagbé Karl Marx	Logisticien de Santé, Chef Service Chaîne du Froid	ANV-SSP – Ministère de la Santé
2	ADADJA Grégoire	Logisticien de Santé, Chef Service Soins de Santé Primaires	ANV-SSP – Ministère de la Santé
3	AMAGBEGNON Joseph	Logisticien de Santé, Chef Service Vaccination de Routine	ANV-SSP – Ministère de la Santé
4	ADEGNANDJOU Peace Imelda	Médecin Appui	ANV-SSP – Ministère de la Santé
5	KAUCLEY Landry	Directeur de la Logistique	ANV-SSP – Ministère de la Santé
6	DODOO Virgile	Directeur de la Vaccination	ANV-SSP – Ministère de la Santé
7	VIYOU Georges	Chef Direction de Gestion des Ressources Humaines	Direction Général du Budget – Ministère de l'Economie et des Finances
8	TOLLO Richard	Contrôleur des Services Financiers	Direction de l'Administration et des Finances – Ministère de la Santé
9	TOGNISSOU Philippe	Directeur des Soins de Santé Primaires	ANV-SSP – Ministère de la Santé
10	SEGLA Faustin	Chef Service Matériel et Maintenance	ANV-SSP – Ministère de la Santé
13	MANGOBO Claude	Conseiller en Logistique	OMS – Bureau Régional – WD/AFRO
14	SATOULOU Alexis	Consultant	OMS – Bureau IST – WA AFRO
15	BETE Franck	Directeur Général de l'ANV-SSP	ANV-SSP – Ministère de la Santé
16	GODONOU Mathias	Gestionnaire de projet	Direction de la Programmation et de la Prospective – Ministère de la Santé
17	DJAUGA Mariam	Chef Service Recouvrement des coûts	ANV-SSP – Ministère de la Santé
18	CODJIA Randolph	Chef Service Surveillance épidémiologiques	ANV-SSP – Ministère de la Santé
19	BOTY Miranda	Spécialiste Communication	ANV-SSP – Ministère de la Santé
20	AFFO SAKA Yolande	Médecin Appui	ANV-SSP – Ministère de la Santé
21	BALLO Ignace	Point PEV – Ministère du Plan	Ministère du Plan
22	MAMA SAMBO CISSE Assia	Chef Service Communication	ANV-SSP – Ministère de la Santé
23	HOUNTONNAGNON Laurent	Chef Service Statistique	ANV-SSP – Ministère de la Santé

RESUME EXECUTIF

Il est reconnu de tous que le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a un impact indéniable sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. De ce fait, la vaccination constitue un levier important sur lequel le Gouvernement du Bénin s'appuie pour honorer ses engagements internationaux notamment ceux relatifs à l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD).

A l'instar de plusieurs pays africains, le Bénin a élaboré son Plan Pluriannuel Complet pour la vaccination (PPAc) qui couvre la période 2019-2023. Ce plan s'aligne sur le Plan d'Action du Gouvernement (PAG) 2016-2021, le Plan d'Action Mondial pour la Vaccination GVAP), le Plan Stratégique Régionale pour la Vaccination (PSRV) 2014-2020 ; et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2018-2022).

L'analyse de la situation ainsi que les actions planifiées sont présentées selon les composantes de base du système de vaccination, à savoir les 5 composantes opérationnelles (prestations de service, surveillance épidémiologique, logistique, approvisionnement et qualité des vaccins, communication) et les 3 composantes d'appui (management, développement des capacités et financement)

Le processus d'élaboration du plan a suivi les étapes suivantes :

- atelier d'élaboration du premier draft du plan (septembre 2018) ;
- organisation de la table ronde sur la relance et le financement de la vaccination (octobre 2018) ;
- présentation et adoption au Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) (novembre 2018).

Le présent plan a pour objectif général de réduire la morbidité et la mortalité infanto-juvénile attribuables aux maladies évitables par la vaccination à l'horizon 2023. Spécifiquement, il ambitionne de porter, d'ici à 2023, la couverture vaccinale nationale des enfants complètement vaccinés avant leur premier anniversaire de 60 à 80%.

Par antigène, il est prévu sur la période 2019-2023 d'atteindre les objectifs suivants :

- BCG 95 à 99%;
- (DTC-HepB – Hib)3 de 76 à 90% ;
- VAR/RR de 70 à 82%
- VPO3 de 76 à 90%;
- VAA de 70 à 82%;
- PCV13_3 de 76 à 90%;
- VAT2+/Td2+ des femmes enceintes de 69 à 75%

Il est prévu d'introduire dans le PEV de routine, d'ici à 2023, les vaccins suivants :

- le vaccin contre l'Hépatite B à la naissance ;
- le vaccin contre les diarrhées aiguës à rotavirus ;
- le vaccin contre le virus du papilloma humain (HPV) ;
- la deuxième dose de vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR2).

En ce qui concerne les taux d'abandon, l'objectif est de les réduire comme suit :

- taux d'abandon spécifique (DTC-HepB – Hib)1-(DTC-HepB – Hib)3 en dessous de 10% ;
- taux d'abandon global BCG-VAR de 15% à moins de 10%.

De même la proportion de communes avec un taux d'abandon (DTC-HepB – Hib)1-(DTC-HepB – Hib)3 inférieurs à 10% devrait passer de 64% en 2017 à 100% en 2023.

Tous les objectifs de couverture vaccinale devraient être atteints avec des taux de perte de vaccins dans les limites recommandées par le programme.

En matière de surveillance des maladies évitables par la vaccination, l'objectif est de renforcer les systèmes de suivi et de surveillance. A cet effet, il est prévu de :

- porter de 78 à 85% le pourcentage de communes avec 80% d'échantillons de selles collectés dans les 14 jours ;
- porter de 64% à 80% la proportion de communes ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole/ rubéole ;
- investiguer 100% des foyers épidémiques de rougeole et de rubéole détectés ;
- investiguer 100% des cas de TMN détectés ;
- prélever au moins 80% des cas suspects de fièvre jaune ;

- porter de 50% à 65% la proportion de communes ayant notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune ;
- prélever et analyser au moins 80% des échantillons des LCR dans chaque zone sanitaire.

Pour la sécurité des injections, il est prévu de maintenir à 100% la disponibilité de seringues autobloquantes et des boîtes de sécurité dans toutes les formations sanitaires et de porter de 15% en 2017 à 40% en 2023 le pourcentage de formations sanitaires qui notifient effectivement les cas de MAPI. De même, il sera assuré l'élimination du matériel vaccinal utilisé selon les normes requises (incinération) dans toutes les communes.

Le plan vise à renforcer les infrastructures et la logistique en matière de vaccination ainsi que leur maintenance notamment par une augmentation de la capacité de la chaîne du froid, l'acquisition de matériel roulant (motos et véhicule) et la dotation en quantité suffisante du matériel de vaccination (seringues, porte-vaccins, réfrigérateurs, etc.), toutes les formations sanitaires qui fournissent les services de vaccination. L'acquisition d'équipements de contrôle de la qualité de la chaîne du froid est également prévue.

Le renforcement de capacités du personnel des niveaux opérationnel et stratégique est visé pour le rendre plus efficace. Des supervisions formatives sont prévues sur toute la durée d'exécution du plan. Des actions de motivation de ce personnel sont également prévues.

Dans le cadre des actions de communication, il est prévu d'informer et de convaincre les leaders d'opinion de la valeur de la vaccination afin d'atteindre plus de cibles dans les communautés.

En matière de coordination, planification et de gestion, il est prévu l'élaboration régulière de plans de travail annuels (PTA) ainsi que le suivi trimestriel de leur exécution.

Dans le domaine du financement, il est envisagé des séances de plaidoyer en direction du Gouvernement et de l'Assemblée Nationale en vue d'obtenir plus de ressources financières en faveur de la vaccination.

Le coût global du PPAc 2019-2023 (hors coût partagé) est estimé à **\$US 100 963 432** réparti entre les postes suivants :

- approvisionnement en vaccins et logistique (de la vaccination systématique uniquement) \$ US 70 100 698 ;
- prestation des services \$ US 4 186 251 ;
- plaidoyer et communication \$ US 1 559 524 ;
- monitoring et contrôle des maladies \$ US 3 548 727 ;
- gestion du programme \$ US 642 872 ;
- coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) \$ US 15 331 356.

Il est prévu dans le PPAc, un cadre de suivi évaluation. Ce cadre permettra d'apprécier périodiquement la mise en œuvre de ce plan à travers le niveau d'atteinte des objectifs afin d'apporter au besoin les correctifs et si possible les réorientations nécessaires.

Le Gouvernement Béninois réaffirme l'importance qu'il accorde au Programme Elargi de Vaccination dans la survie et le développement de l'enfant. Cet impact du PEV ne serait rendu possible que si l'intégration au PEV, d'autres programmes prioritaires de lutte contre les maladies de l'enfance (la malnutrition protéino-énergétique et carentielle, le paludisme, les IRA, les maladies diarrhéiques, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement de base, etc.) est effective.

Le gouvernement compte sur la contribution financière et technique de Gavi, l'Unicef, l'OMS, du Rotary International, CDC-Atlanta, l'Union Européenne, la Banque Mondiale et les autres partenaires au développement pour l'atteinte des objectifs du présent plan.

PREAMBULE

Le PNDS 2018-2022 vise à relever les défis d'une situation nationale marquée entre autres par une mortalité et une morbidité élevées, en particulier chez les groupes les plus vulnérables y compris le couple mère-enfant. C'est ainsi que le gouvernement, conscient de l'impact du PEV sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et fort de ses engagements à atteindre les ODD, a fait du PEV l'un des programmes prioritaires du PNDS.

Ce plan pluriannuel qui couvre la période 2019-2023 s'aligne sur les directives du Plan d'Action Mondial pour les vaccins 2011-2020, du Plan Stratégique Régional de la Vaccination 2014-2020 et du Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022. Il a été élaboré sur la base d'une revue documentaire, et répond aux problèmes de l'heure et aux défis de la vaccination à moyen terme. Il est structuré autour des cinq opérations du système de vaccination (la prestation des services, la communication pour le développement, l'approvisionnement en vaccins de qualité, la logistique et la surveillance épidémiologique) d'une part, et d'autre part autour des trois composantes d'appui (la gestion du programme, le financement et la gestion des ressources humaines).

En effet, la vaccination représente non seulement l'une des interventions avec un meilleur rapport coût efficacité en santé publique mais elle constitue également une porte d'entrée pour le renforcement du système de santé. En l'associant à d'autres interventions à haut impact sur la mortalité infanto-juvénile comme la supplémentation en vitamine A, le déparasitage à Albendazole, la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII à Longue Durée d'action (MIILD), la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) clinique et communautaire, le pays optimise l'utilisation de ses ressources et contribue à l'atteinte de l'Objectif 3 du Développement Durable).

Le présent PPAc est le 4^{ième} élaboré par le Programme Elargi de Vaccination du Bénin. Il répond aux questions fondamentales suivantes:

- Quelle est la contribution attendue de la vaccination aux efforts de réduction de la mortalité infantile?
- Quels sont les axes prioritaires du Programme Elargi de Vaccination?
- Quels sont les objectifs et les stratégies à adopter?
- Quelles sont les activités majeures par composante du programme pour espérer atteindre les ODD?
- Quel budget sera nécessaire pour l'augmentation de la couverture vaccinale, l'amélioration de la qualité des vaccins et celle des services de vaccination?
- Comment le programme de vaccination sera-t-il financé dans le futur?
- Comment se présente l'écart dans le financement des services, aujourd'hui et demain?
- Quelles stratégies de viabilité financière faut-il mettre en œuvre?

Ce document est le fruit d'un travail mené par une équipe multisectorielle et multidisciplinaire impliquant les agences aussi bien du Gouvernement que des partenaires.

INTRODUCTION

La vaccination occupe une place de choix dans la politique nationale de santé du Bénin depuis l'adoption des soins de santé primaires avec l'intégration du PEV pour la prévention des maladies évitables par l'immunisation. Cette position a été réaffirmée par les réformes introduites par le pays dans le secteur de la santé en 2016.

Par ailleurs en mai 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP) 2011-2020, un cadre stratégique offrant une vision pour les prochaines décennies. Un Plan Stratégique Régional pour la Vaccination (PSRV) 2014-2020, adopté lors de la 64^{ième} session du Comité Régional de l'Afrique, est également disponible. Ces documents encouragent les pays de la sous-région africaine à développer la composante vaccination de leurs stratégies sectorielles et plans nationaux de santé et à allouer des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs en matière de vaccination.

Le PPAC 2014-2018 du PEV élaboré en 2013 et révisé en 2016 a été décliné en Plans d'Action Annuel et mis en œuvre. Avec la mise en œuvre de ce PPAC, entre 2014 et 2018, les résultats majeurs suivants ont été obtenus :

- le pays a été certifié libre du poliovirus autochtone en 2015 ;
- le vaccin inactivé contre la poliomyélite a été introduit dans le cadre de la progression vers la phase finale de l'éradication de la poliomyélite ;
- la chaîne d'approvisionnement des vaccins a été remodelée à travers la mise en œuvre progressive d'un système logistique optimisé
- le pays a obtenu le soutien de Gavi pour le renouvellement des équipements de la chaîne du froid (CCEOP) ;
- le vaccin contre les infections à papilloma virus (HPV) est en phase de démonstration.

L'élaboration du présent PPAC 2019 -2023 se justifie par l'arrivée à terme du précédent en 2018 et la prise en compte des:

- directives du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP 2011-2020) ;
- orientations du Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014-2020;
- orientations du PNDS 2018 -2022 ;
- orientations du PAG 2016 -2021 ;
- conclusions des différentes évaluations indépendantes et enquêtes conduites pour le PEV.
- réformes en cours dans le secteur de la santé

Tout en se basant sur le cadre conceptuel ci-dessous (Figure1), le PPAC a été rédigé selon les directives du guide OMS-Unicef d'élaboration des PPAC mise à jour en septembre 2013 et qui comporte sept stades de planification explicités dans la figure 2.

Le document ainsi élaboré servira de tableau de bord et d'outil de plaidoyer dans la mobilisation des ressources afin d'atteindre les objectifs du programme au cours des cinq prochaines années. Il constitue donc un outil de référence et de gestion qui s'articule autour des chapitres suivants :

- Analyse de la situation actuelle du PEV
- Identification des problèmes et priorités nationales
- Identification des objectifs, stratégies et activités
- Alignement du PPAC avec les cibles régionales
- Elaboration du calendrier de mise en œuvre
- Elaboration d'un cadre de suivi/évaluation
- Analyse des coûts et financement.
- Elaboration d'un plan annuel.

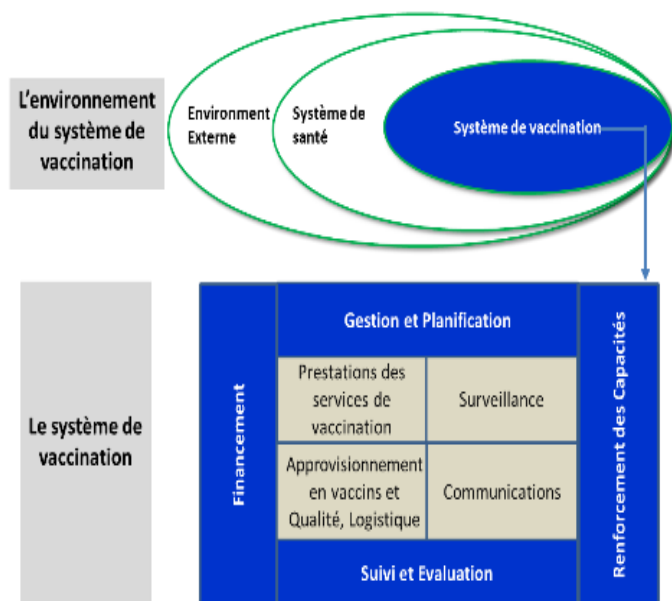


Figure 1: Cadre conceptuel (Système de vaccination et son environnement interne et externe)

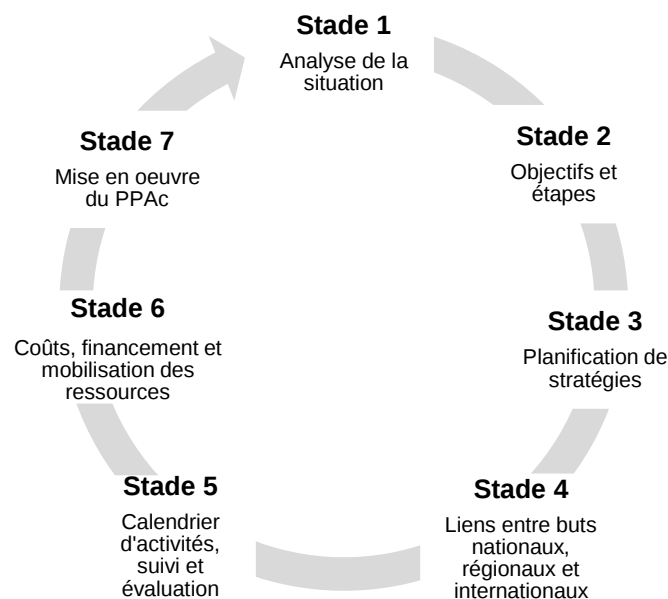


Figure 2: Stades de planification du PPAC

I. CONTEXTE NATIONAL

I.1. Situation géographique et démographique

Le Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui s'étend entre le Niger au Nord et l'Océan Atlantique au Sud. Il est limité au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo et à l'Est par le Nigeria. Sa superficie¹ est de 114.763 km²

Le relief est caractérisé par des plaines et plateaux cristallins dans la région méridionale du pays qui s'élèvent progressivement vers le nord où ils atteignent des altitudes de 641 m (la chaîne de l'Atacora). Du Nord au Sud, on distingue trois zones climatiques que sont :

- le climat tropical sec au Nord avec une saison sèche et une saison pluvieuse. Les tendances épidémiques de méningite et de fièvre jaune y sont fréquentes ;
- le climat de type guinéo soudanien au centre caractérisé par un climat tropical semi humide ;
- le climat tropical humide au sud avec deux saisons de pluies (avril - juin et septembre – octobre) et deux saisons sèches allant de juillet à août et de novembre à mars avec des inondations fréquentes dans les départements du Sud et le risque de recrudescence de maladies diarrhéiques qui l'accompagnent.



Source: Google (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs)

Figure 3 : Le Bénin en Afrique

La population béninoise est estimée à 11 231 549 habitants² en 2017 dont 50,88% est féminine. Les enfants de moins de 5 ans sont estimés à 1 907 391 soit 16,98% de la population totale. Environ 54,2% de la population vit en zone rurale.

¹Institut Géographique National, estimation 1998.

²Résultats définitifs du RGPH-4 2013, INSAE, juin 2015.

I.2. Politique, administration et gouvernance

Le Bénin est indépendant depuis le 1er Août 1960. Il a connu 12 ans d'instabilité politique avec une succession de coup d'état. De 1972 à 1989 un régime révolutionnaire a dirigé le pays avant qu'il n'entre dans l'aire démocratique depuis l'historique conférence nationale de février 1990.

Le Bénin, suivant la Constitution du 11 décembre 1990 a un régime présidentiel où le Président de la République, élu au suffrage universel direct pour un mandat de cinq ans renouvelable une seule fois, est le Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement. Cette constitution a prévu des Institutions de contre-pouvoir que sont : l'Assemblée Nationale, la Cour Suprême, la Cour Constitutionnelle, la Haute Autorité de l'Audiovisuelle et de la Communication, le Conseil Economique et Social.

Pour rapprocher l'administration des administrés, la loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin dispose en son article 6 que le territoire national est découpé en douze départements qui prennent les dénominations ci-après : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou.

Les 12 départements sont subdivisés en 77 Communes, 546 Arrondissements et 3 557 Villages ou Quartiers de Ville³. Une nouvelle loi votée par l'Assemblée Nationale le 18 février 2013 a amené le nombre de villages à 5 300⁴.

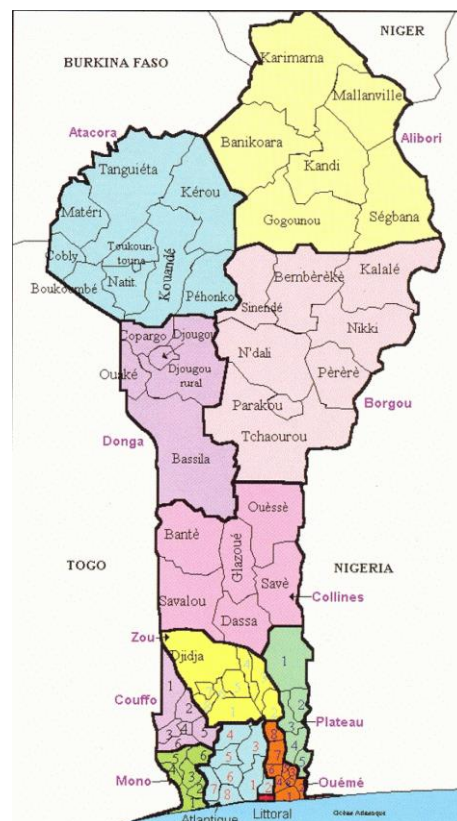


Figure 4: Carte administrative du Bénin

Ces départements couvrent respectivement les superficies suivantes :

- | | |
|--|-------------------------------------|
| - Alibori : 26 242 km ² ; | - Donga : 11 126 km ² ; |
| - Atacora : 20 499 km ² ; | - Littoral : 79 km ² ; |
| - Atlantique : 3 233 km ² ; | - Mono : 1 605 km ² ; |
| - Borgou : 25 856 km ² ; | - Ouémé : 1 281 km ² ; |
| - Collines : 13 931 km ² ; | - Plateau : 3 264 km ² ; |
| - Couffo : 2 404 km ² ; | - Zou : 5 243 km ² ; |

Conformément à la loi ci-dessus citée les douze départements sont les seuls cadres territoriaux où s'effectue la représentation de l'Etat.

Chaque commune, subdivisée en arrondissements, est dotée de la personnalité morale, de l'autonomie financière et gérée par des organes élus que sont le maire et le conseil communal/municipal. L'arrondissement est divisé en villages ou quartiers de ville. Chaque village ou quartier de ville constitue l'unité administrative de base autour de laquelle s'organisent la vie sociale et les activités de production. Il comprend, outre les zones d'habitation, l'ensemble des terres qui en constituent le patrimoine.

³ Loi n° 97-028 du 15 janvier 1999

⁴ Loi portant création, organisation, attribution et fonctionnement des unités administratives et locales en République du Bénin

Tableau 1: Organisation de l'administration territoriale du Bénin

Loi n°97-028 du 15 janvier 1999		
Cadres territoriaux	Autorités	Nombre
Départements	Préfets	12
Communes	Maires Conseils communaux	74
Communes à statut particulier	Maires Conseils municipaux	3
Arrondissements	Chefs d'arrondissements Conseils d'arrondissements	546
Villages/Quartiers de Ville	Chefs de villages/quartiers Conseils de villages/quartiers	3 557

Source : *Brochure d'information sur le contenu de la réforme de l'administration territoriale au Bénin, 1999 - Atlas monographique des communes du Bénin, 2001 M.I.S.D*

Tableau 2: Répartition des communes par département

Départements	Nombre de Communes	Communes et nombre d'arrondissements
Alibori	6	Banikoara (10), Gogounou (6), Kandi (10), Karimama (5), Malanville (5), Ségbana (5)
Atacora	9	Boukombé (7), Cobly (4), Kérou (4), Kouandé (6), Matéri (6), Natitingou (9), Péhunco (3), Tanguéta (5), Toucountouna (3)
Atlantique	8	Abomey-Calavi (9), Allada (12), Kpomassè (9), Ouidah (10), So-ava (7), Toffo (10), Tori Bossito (6), Zè (11)
Borgou	8	Bembérékè (5), Kalalé (6), N'dali (5), Nikki (7), Parakou (3), Pèrèrè (6), Sinendé (4), Tchaourou (7)
Collines	6	Bantè (9), Dassa-Zoumè (10), Glazoué (10), Ouèssè (9), Savalou (14), Savè (8)
Couffo	6	Aplahoué (7), Djakotomey (10), Dogbo (7), Klouékanmey (8), Lalo (11), Toviklin (7)
Donga	4	Bassila (4), Copargo (4), Djougou (12), Ouaké (6)
Littoral	1	Cotonou (13)
Mono	6	Athiémé (5), Bopa (7), Comé (5), Grand-Popo (7), Houéyogbé (6), Lokossa (5)
Ouémé	9	Adjarra (6), Adjohoun (8), Les Aguégués (3), Akpro-Missérété (5), Avrankou (7), Bonou (5), Dangbo (7), Porto-Novo (5), Sèmè-Podji (6)
Plateau	5	Adja-Ouèrè (6), Ifangni (6), Kétou (6), Pobè (5), Sakété (6)
Zou	9	Abomey (7), Agbangnizoun (10), Bohicon (10), Covè (8), Djidja (12), Ouinhi (4), Zagnanado (6), Za-Kpota (8), Zogbodomey (11)

Source : *Centre d'Information et de Documentation sur les Collectivités Locales au Bénin, 1999*

I.3. Situation socio-économique

Le Bénin, malgré son potentiel, présente de lents progrès vers l'atteinte des objectifs de développement durable (économique, social, environnemental et jouissance des libertés individuelles). La situation de la pauvreté demeure préoccupante avec 40,1% de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté monétaire. La pauvreté monétaire est plus prépondérante en milieu rural. En effet, bien que l'aggravation de la pauvreté soit plus marquée en milieu urbain (4,5% contre 3,9% pour le milieu rural), elle reste importante en milieu rural où près de 43,6% des individus sont touchés. En milieu rural, 4 personnes sur 10 sont pauvres contre 3 personnes sur 10 en milieu urbain en 2015. De fortes disparités régionales de la pauvreté monétaire existent en 2015. Sept départements sur douze ont connu une incidence supérieure à la moyenne nationale. Ainsi, la pauvreté a touché plus de 40% de la population dans les départements de l'Atacora (42,33%), l'Atlantique (41,34%), les Collines (47,20%), du Couffo

(49,31%), de la Donga (42,48%), du Mono (46,83%) et du Zou (42,80%). A l'opposé, les autres départements ont connu une incidence de pauvreté en dessous de la moyenne nationale, notamment le Littoral et l'Ouémé qui ont affiché une incidence de plus de douze points en moins par rapport au niveau national.

L'analyse de l'évolution de la consommation des ménages entre 2011 et 2015 montre que la dépense annuelle par tête en termes réels est passée de 226 440 FCFA à 223 402 FCFA, soit une baisse d'environ 1,34%. Elle est cependant plus marquée en milieu rural qu'en milieu urbain. Ce repli dans la dépense par tête des ménages peut être assimilé à une baisse du niveau de vie entre 2011 et 2015.

Tableau N° 3: Indicateurs macroéconomiques

Indicateurs \ Années	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015
Consommation finale par tête (2011)	293 984	296 850	288 875	291 767	
Taux croissance de la consommation finale		0,98	-2,69	1,00	
PIB/Tête (en FCFA)	406 660	414 729	417 302	428 786	
Taux croissance du PIB/tête		1,98	0,62	2,75	
Taux d'inflation (%)	2,8	6,7	1,0	-1,1	0,1

Source: INSAE, DSEE, 2015

II. SYSTEME DE SANTE

II.1. Profil sanitaire

Le profil épidémiologique du Bénin est caractérisé par une prédominance des affections endémo-épidémiques comme : le paludisme, les maladies diarrhéiques, les affections gastro-entériques, les infections respiratoires, les anémies.

Plusieurs maladies à potentiel épidémique sont sous surveillance. De 2013 à 2016, des épidémies ont été enregistrées. Il s'agit notamment, du choléra (874 cas enregistrés en 2016 dont 13 décès), de la méningite (1 080 cas enregistrés en 2016 dont 142 décès), de la rougeole (318 cas enregistrés en 2016 dont 0 décès), de la fièvre hémorragique à virus lassa (54 cas enregistrés en 2016 dont 28 décès). L'analyse de ces indicateurs révèle que le Bénin est potentiellement à risque pour l'éclosion des épidémies. Le tableau ci-dessous présente les données sur les indicateurs socio-sanitaires :

Tableau 4: Indicateurs socio- sanitaires

Indicateurs	Valeurs	Sources
Taux Brut de Natalité (TBN)	39,4‰	Projection à partir RGPH4, 2013
Taux brut de mortalité (TBM)	7,6‰	Projection à partir RGPH4, 2013
Taux de mortalité infantile (TMI)	52,5‰	Projection à partir RGPH4, 2013
Taux de mortalité infanto-juvénile	78,6‰	Projection à partir RGPH4, 2013
Ratio de mortalité maternelle (TMM)	351 décès pour 100.000 naissances vivantes	MICS : 2014 (INSAE)
Espérance de vie à la naissance	63,7 ans	Projection à partir RGPH4, 2013
Espérance de vie à la naissance des hommes	59 ans	CIA Word Factbook, version du 11 mars 2012
Espérance de vie à la naissance des femmes	61,59 ans	CIA Word Factbook, version du 11 mars 2012
Indice synthétique de fécondité (ISF)	5,37	Projection à partir RGPH4, 2013,
Taux d'accroissement	3,5%	RGPH-4 (INSAE)

Dans le cadre de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030, le Ministère de la santé s'emploie à améliorer les performances du PEV avec l'appui de ses principaux partenaires.

A cet effet, le Gouvernement envisage entre autres de faire passer la couverture vaccinale⁵ pour la troisième dose du vaccin Pentavalent (DTC-HepB – Hib)³ estimée par l'OMS et l'UNICEF de 82% en 2017 à 94 % en 2023 et la couverture vaccinale pour la première dose du vaccin contre la rougeole (VAR ou RR) de 74% en 2017 à 92 % en 2023).

II.2. Politique Nationale de Santé

La vision du secteur énoncée ci-dessous est fondée sur la vision globale du pays contenue dans les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme Bénin 2025. Cette vision a été revue compte tenu des nouveaux défis du secteur et des aspects transversaux. Elle sera progressivement concrétisée grâce à la mise en exécution des Objectifs de Développement Durable (ODD), des perspectives décennales, des Programmes de Croissance pour le Développement Durable (PC2D), des Orientations Stratégiques du Gouvernement (OSD) et des différents Programmes d'Actions du Gouvernement (PAG). Les actions visant l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations y occupent une place de choix.

« Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient, basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnels, préventifs, curatifs, ré-adaptatifs et palliatifs de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population »

Pour accomplir cette mission, le Ministère de la Santé s'est fixé, dans son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022, un objectif général qui est « *d'assurer à chacun et à tous un bon état de santé selon le cycle de vie d'ici à 2022 avec leur participation* ». De cet objectif général découlent trois (03) objectifs spécifiques à savoir :

- améliorer le leadership, la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur de la santé;
- assurer une bonne prestation de service de santé et une meilleure qualité de soins pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable ;
- renforcer le partenariat pour la santé entre les parties prenantes.

Dans sa structuration, le PNDS 2018-2022 est organisé autour des six piliers de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé. Ces piliers constituent des Orientations Stratégiques qui sont déclinées en objectifs, axes d'interventions et actions prioritaires. On distingue:

- **Orientation Stratégique 1 (OS1)** : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé
- **Orientation Stratégique 2 (OS2)**: Prestations de services et l'amélioration de la qualité des soins
- **Orientation Stratégique 3 (OS3)** : Valorisation des ressources humaines en santé
- **Orientation Stratégique 4 (OS4)** : Développement des infrastructures, des équipements, de la maintenance et des produits de santé
- **Orientation Stratégique 5 (OS5)**: Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé
- **Orientation Stratégique 6 (OS6)** : Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé

Le PPAc 2019-2023 s'intègre dans l'orientation stratégique 2 dont l'un des objectifs est de prévenir et lutter contre les maladies.

II.3. Organisation du système de Santé

Pour atteindre ses objectifs programmatiques, le système sanitaire national s'appuie sur une organisation pyramidale à trois niveaux comme l'indiquent la figure et le tableau ci-après :

⁵Bénin Final Estimate Immunization Coverage 2016-2017

Pyramide sanitaire au Bénin

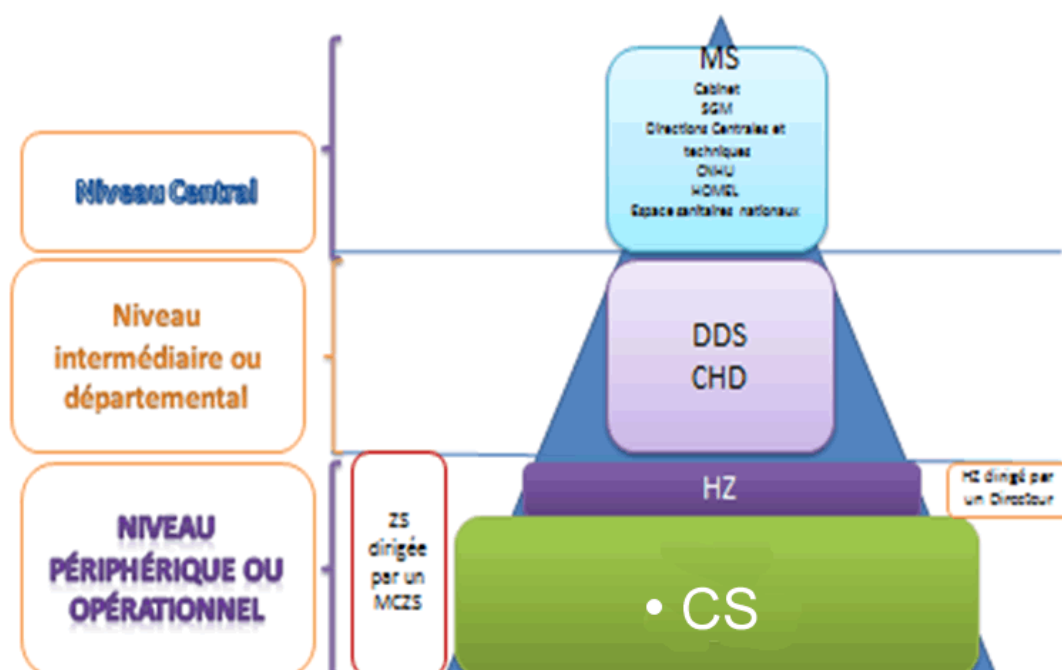


Figure 5 : Schéma de la pyramide sanitaire au Bénin

Tableau 5: Système national de santé au Bénin en 2017

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	➤ Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) ➤ Centre National Hospitalier et Universitaire de Pneumo-phtisiologie ➤ Centre National Hospitalier de Psychiatrie ➤ Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) ➤ Agence Nationale pour la Vaccination et des Soins de Santé Primaires (ANVSSP) ➤ Agence Nationale de la Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) ➤ Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS) ➤ Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) ➤ Service d'Accueil Médical des Urgence (SAMU)	➤ Médecine ➤ Pédiatrie ➤ Chirurgie ➤ Gynéco-obstétrique ➤ Radiologie ➤ Laboratoire ➤ O.R.L ➤ Ophtalmologie ➤ Cardiologie ➤ Dermatologie ➤ Urologie ➤ Banque de Sang ➤ Psychiatrie ➤ Autres spécialités

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
INTERMEDIAIRE ou DEPARTE- MENTAL	Direction Départementale de la Santé	➤ Centre Hospitalier Départemental (CHD) ➤ Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et l'Enfant Lagune (CHUMEL) ➤ Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC) ➤ Centre de Traitement Anti Lèpre (CTAL) ➤ Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè ➤ Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron ➤ Centre Départemental de Transfusion Sanguine	➤ Médecine ➤ Pédiatrie ➤ Chirurgie ➤ Gynéco-obstétrique ➤ O.R.L ➤ Ophtalmologie ➤ Radiologie ➤ Laboratoire ➤ Autres spécialités ➤ Banque de sang
PERIPHE-RIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	➤ Hôpital de Zone (HZ) ➤ Centre de Santé (CS) ➤ Site de prise en charge du VIH/SIDA ➤ Centre d'Action pour la Solidarité et l'Evolution de la Santé (CASES) ➤ Formation sanitaire privée/confessionnelle ➤ Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) ➤ Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli ➤ Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV)	➤ Médecine générale ➤ Chirurgie d'urgence ➤ Gynéco-obstétrique ➤ Soins curatifs ➤ Accouchements ➤ Radiologie ➤ Laboratoire ➤ Vaccination ➤ IEC/CCC ➤ Pharmacie ou dépôt pharmaceutique ➤ Loisirs ➤ Alphabétisation ➤ Activités à base communautaire

Source: DPP/SSD

En dehors des structures sanitaires publiques, le Bénin compte un nombre important de structures sanitaires privées et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

La zone sanitaire constitue le niveau périphérique et représente l'unité opérationnelle de planification, de gestion et d'exécution du système de santé. Le Bénin compte 34 zones sanitaires et les ressources budgétaires de l'Etat y sont directement allouées. Les centres de santé et les hôpitaux d'une zone sanitaire constituent les aires opérationnelles du PEV.

Quant aux ressources Humaines, le secteur public de la santé au Bénin comprend quatre catégories :

- les Fonctionnaires de l'Etat (FE) ;
- les Agents Contractuels de l'Etat (ACE) ;
- les agents contractuels engagés dans le cadre d'un programme spécial appelé «Mesures Sociales» (CMS) ;
- les agents contractuels engagés grâce à des fonds du financement communautaire (FC).

34 Zones Sanitaires

1. Cotonou (1&4)
2. Cotonou (2&3)
3. Cotonou (5)
4. Cotonou (6)
5. Missérété/Avrankou/Adjarra
6. Porto-Novo/Sèmè-Kpodji/Aguégoués
7. Abomey-Calavi/Sô-Ava
8. Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito
9. Comè/Bopa/Grand-Popo/Houéyogbé
10. Lokossa/Athiémé
11. Aplahoué/Dogbo/Djakotomey
12. Klouékanmè/Lalo/Toviklin
13. Sakété/Ifangni
14. Adjohoun/Dangbo/Bonou
15. Allada/Toffo/Zè
16. Bohicon/Za-Kpota/Zogbodomey
17. Covè/Ouinhi/Zagnanado
18. Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè
19. Djidja/Abomey/Agbangnizoun
20. Dassa-Zoumè/Glazoué
21. Savè/Ouèssè
22. Savalou/Bantè
23. Bassila
24. Tchaourou
25. Djougou/Ouaké/Péhunco
26. N'dali/Parakou
27. Nikki/Pèrèrè/Kalalé
28. Natitingou/Boukoubé/Toucountouna
29. Kouandé/Ouassa-Péhunco/Kérou
30. Tanguiéta/Cobly/Matéri
31. Bembèrèkè/Sinendé
32. Kandi/Gogounou/Ségbana
33. Banikoara
34. Malanville/Karimama
- 35.

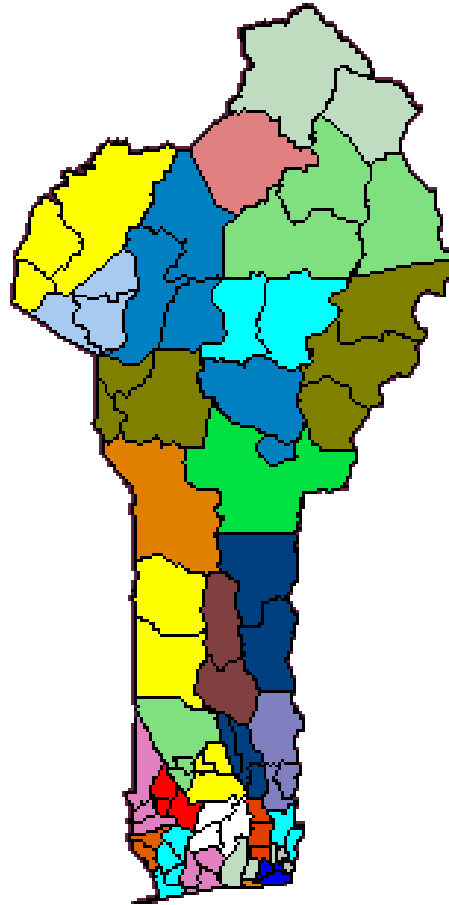


Figure 6 : Carte montrant les 34 zones sanitaires du Bénin

II.4. Situation macro économique

Le Bénin, malgré son potentiel, présente de lents progrès vers l'atteinte des résultats de développement durable (économique, social, environnemental et jouissance des libertés individuelles). La situation de la pauvreté demeure préoccupante avec 40,1% de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté monétaire. La pauvreté monétaire est plus prépondérante en milieu rural. En effet, bien que l'aggravation de la pauvreté soit plus marquée en milieu urbain (4,5% contre 3,9% pour le milieu rural), elle reste importante en milieu rural où près de 43,6% des individus sont touchés. En milieu rural, 4 personnes sur 10 sont pauvres contre 3 personnes sur 10 en milieu urbain en 2015. De fortes disparités régionales de la pauvreté monétaire existent en 2015. Sept départements sur 12 ont connu une incidence supérieure à la moyenne nationale. Ainsi, la pauvreté a touché plus de 40% de la population dans les départements de l'Atacora (42,33%), l'Atlantique (41,34%), les Collines (47,20%), du Couffo (49,31%), de la Donga (42,48%), du Mono (46,83%) et du Zou (42,80%). A l'opposé, les autres départements ont connu une incidence de pauvreté en dessous de la moyenne nationale, notamment le Littoral et l'Ouémé qui ont affiché une incidence de plus de 12 points en moins par rapport au niveau national.

Par ailleurs, l'Indicateur de Développement Humain (IDH) est estimé à 0,48 en 2015 classant le Bénin au 166^{ième} rang sur 177.

L'analyse de l'évolution de la consommation des ménages entre 2011 et 2015 montre que la dépense annuelle par tête en termes réels est passée de 226 440 FCFA à 223 402 FCFA, soit une baisse d'environ 1,34%. Elle est cependant plus marquée en milieu rural qu'en milieu urbain. Ce repli dans la dépense par tête des ménages peut être assimilée à une baisse du niveau de vie entre 2011 et 2015.

Tableau N° 6: Indicateurs macroéconomiques

	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015
Consommation finale par tête (2011)	293 984	296 850	288 875	291 767	
Taux de croissance de la consommation finale		0,98	-2,69	1,00	
PIB/Tête (en FCFA)	406 660	414 729	417 302	428 786	
Taux croissance du PIB/tête		1,98	0,62	2,75	
Taux d'inflation (%)	2,8	6,7	1,0	-1,1	0,1

Source: INSAE, DSEE, 2015

III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

L'analyse de la situation du PEV est structurée en trois volets qui sont :

- analyse du PEV par composante;
- analyse des Initiatives de lutte accélérée contre les maladies ;
- points forts et points faibles de la performance du programme.

Cette analyse a été faite en tenant compte de l'environnement interne et externe du PEV. Elle a été basée sur les cinq composantes opérationnelles du système de vaccination à savoir :

- prestation des services;
- communication;
- approvisionnement et qualité des vaccins ;
- logistique ;
- surveillance.

et sur les trois composantes d'appui que sont :

- gestion du programme;
- financement ;
- gestion des ressources humaines

III.1. Analyse des composantes de la vaccination

III.1.1. Composantes Opérationnelles du PEV

III.1.1.1. Prestations de service

Initié au Bénin en 1982, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) vise la réduction de la morbidité et de la mortalité des maladies évitables par la vaccination. Actuellement le PEV du Bénin compte 08 antigènes qui luttent contre 11 maladies infantiles (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, haemophilus influenzae, hépatite B, rougeole, rubéole, fièvre jaune et infections à pneumocoques). Tous les antigènes retenus dans le programme doivent être administrés pour certains aux enfants de 0 à 11 mois avant leur premier anniversaire et pour d'autres aux femmes en âge de procréer.

Le tableau 7 précise la date d'introduction au Bénin de chaque vaccin utilisé dans le PEV ainsi que leur âge d'administration selon le calendrier vaccinale en vigueur.

Il faut signaler qu'une phase pilote de démonstration de la vaccination contre le virus du Papillome Humain (HPV) a été conduite sur deux années dans deux zones sanitaires du Bénin, en prélude à son introduction dans le PEV de routine.

Tableau 7 : Calendrier vaccinal et année d'introduction des vaccins dans le PEV de routine au Bénin

Antigènes	Maladies cibles	Année d'introduction	Age d'administration	Cibles vaccinales
BCG	Formes graves de la tuberculose	1982	Naissance	Enfants de 0 à 11 mois – naissance
Polio Oral	Poliomyélite	1982	Naissance / 6 semaines / 10 semaines / 14 semaines	Enfants de 0 à 11 mois – naissance et survivants
DTC-HepB-Hib (Penta)	Diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, infections à haemophilus influenzae	2005	6 semaines / 10 semaines / 14 semaines	Enfants de 0 à 11 mois – survivants
PCV 13	Infections invasives à pneumocoques	2011	6 semaines / 10 semaines / 14 semaines	Enfants de 0 à 11 mois – survivants
Polio Inactivé (VPI)	Poliomyélite	2015	14 semaines	Enfants de 0 à 11 mois – survivants
VAR	Rougeole	1982	9 mois	Enfants de 0 à 11 mois – survivants
VAA	Fièvre jaune	2002	9 mois	Enfants de 0 à 11 mois – survivants
VAT (TT)	Tétanos	1982	1er contact / 6 mois / 1 an / 1 an / 1 an	Femmes enceintes
RR (en remplacement du VAR)	Rougeole et rubéole	2018	9 mois	Enfants de 0 à 11 mois – survivants
Rota	Diarrhée à Rotavirus	2018	10 semaines / 14 semaines	Enfants de 0 à 11 mois – survivants

Les services de vaccination sont offerts à travers 769 centres de santé publics et privés sur 904 existants au Bénin soit 85%. Toutes les formations sanitaires privées ne mènent pas les activités de vaccination. Des efforts restent donc à faire dans ce sens pour améliorer le partenariat Public-Privé au Bénin. Les centres de santé sont répartis dans 34 zones sanitaires sur les 12 départements.

Le tableau 8 montre la répartition par départements des structures de santé offrant les services de vaccination au Bénin en 2018.

Tableau 8 : Répartition par départements des structures de santé offrant le pentavalent aux cibles au Bénin en 2018

Départements et zones sanitaires	Total de centres de santé	Centres de santé qui offrent les services de vaccination	
	Nombre	Nombre	%
DEPARTEMENT ALIBORI	63	63	100
ZS Banikoara	17	17	93
ZS Kandi/Gogounou/Ségbana	28	28	85
ZS Malanville/Karimama	18	18	90
DEPARTEMENT ATACORA	70	70	100
ZS Kouandé/Kérou/Oussa-Péhunco	24	24	53
ZS Natitingou/Boukoumbé/Toucountouna	20	20	70

Départements et zones sanitaires	Total de centres de santé	Centres de santé qui offrent les services de vaccination	
	Nombre	Nombre	%
ZS Tanguéta/Cobly/Matéri	26	26	85
DEPARTEMENT ATLANTIQUE	99	93	94
ZS Abomey-Calavi/So-Ava	34	28	82
ZS Allada/Toffo/Ze	34	34	58
ZS Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito	31	31	90
DEPARTEMENT BORGOU	84	79	94
ZS Bembéréké/Sinendé	18	18	94
ZS Nikki/Kalalé/Pèrèrè	34	32	59
ZS Parakou/N'Dali	18	15	78
ZS Tchaourou	14	14	82
DEPARTEMENT COLLINES	84	60	71%
ZS Dassa-Zoumè/Glazoué	36	20	72
ZS Savalou/Bantè	24	23	75
ZS Savè/Ouèssè	24	17	71
DEPARTEMENT COUFFO	62	52	84
ZS Aplahoué/Djakotomey/Dogbo	28	26	93
ZS Klouékanmè/Lalo/Toviklin	34	26	85
DEPARTEMENT DONGA	41	41	100
ZS Bassila	13	13	100
ZS Djougou/Copargo/Ouaké	28	28	78
DEPARTEMENT LITTORAL	121	59	49
ZS Cotonou 1-Cotonou 4	23	10	43
ZS Cotonou 2-Cotonou 3	47	18	38
ZS Cotonou 5	24	13	54
ZS Cotonou 6	27	18	67
DEPARTEMENT MONO	58	38	66
ZS Come/Grand-Popo/Houéyogbé/Bopa	39	23	79
ZS Lokossa/Athiémé	19	15	58
DEPARTEMENT OUEME	90	85	94
ZS Adjohoun/Bonou/Dangbo	35	35	81
ZS Avrankou/Akpro-Missérété/Adjarra	23	22	100
ZS Porto-Novo/Sèmè-Kpodji/Aguégués	32	28	91
DEPARTEMENT PLATEAU	53	53	100
ZS Pobe/Adja-Ouèrè/Kétou	33	33	86
ZS Sakété/Ifangni	20	20	60
DEPARTEMENT ZOU	89	76	85

Départements et zones sanitaires	Total de centres de santé	Centres de santé qui offrent les services de vaccination	
	Nombre	Nombre	%
ZS Abomey/Agbangnizoun/Djidja	38	29	87
ZS Bohicon/Za-Kpota/Zogbodomey	29	29	78
ZS Covè/Ouinhi/Zangnanado	22	18	68
TOTAL	914	769	84

Source : Base C8 nationale des données de vaccination de routine, 2018

Les services de vaccination sont offerts aux populations cibles selon deux stratégies : la stratégie fixe et la stratégie avancée. Dans certains centres de santé on a parfois recours à des séances de rattrapage pour améliorer la couverture vaccinale.

Les services de vaccination sont offerts gratuitement aux cibles dans tous les centres de santé. La vaccination de routine se fait au quotidien dans toutes les formations sanitaires par le personnel de santé avec l'appui des relais communautaires pour la mobilisation sociale. La planification, le suivi des activités du programme sont sous la responsabilité du responsable PEV et du médecin chef de commune.

Le financement des activités de vaccination provient essentiellement de l'appui du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) à travers la subvention pour l'achat des vaccins et consommables et la dotation en carburant pour la mise en œuvre des opérations. Le financement communautaire, mobilisé au niveau périphérique, facilite l'exécution des stratégies avancées (maintenance des équipements de la chaîne du froid, appui aux stratégies de vaccinations, appui à la formation et à la supervision formative, etc).

La coordination de l'ensemble des activités est sous la responsabilité du Médecin coordonnateur de zone sanitaire et de l'Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS).

Stratégies de vaccination

Au Bénin deux principales stratégies sont utilisées : la stratégie fixe et la stratégie avancée.

♣ La stratégie fixe

Elle concerne, dans chaque aire sanitaire, les cibles vivant dans un rayon de moins de 05 km de la structure de santé. Cette stratégie est pratiquée de façon journalière par 40% des formations sanitaires offrant les services de vaccination.

♣ La stratégie avancée

Elle concerne, dans chaque aire sanitaire, les populations vivant dans un rayon de plus de 05 km de la structure de santé. Cette stratégie est pratiquée par 10% des formations sanitaires offrant les services de vaccination et se déroule dans les écoles, les lieux de culte ou tout autre lieu public. Peu de formations sanitaires utilisent cette stratégie car selon l'enquête SARA 2015.

Couverture vaccinale de routine

Suite à l'introduction dans le PEV de nouveaux vaccins entre 2002 et 2015, douze (12) antigènes sont administrés aux enfants de 0 à 11 mois avant leur premier anniversaire. Il s'agit du BCG, VPO, VPI, DTC-HepB-Hib (Pentavalent encore appelé Penta), PCV13, VAT, VAA et VAR. Le calendrier vaccinal actuellement en vigueur est présenté dans le tableau 7.

♣ Données administratives de couvertures vaccinales

La figure 7 montre l'évolution des couvertures vaccinales administratives en BCG, DTC-HepB-Hib_3 et VAR de 2007 à 2017.

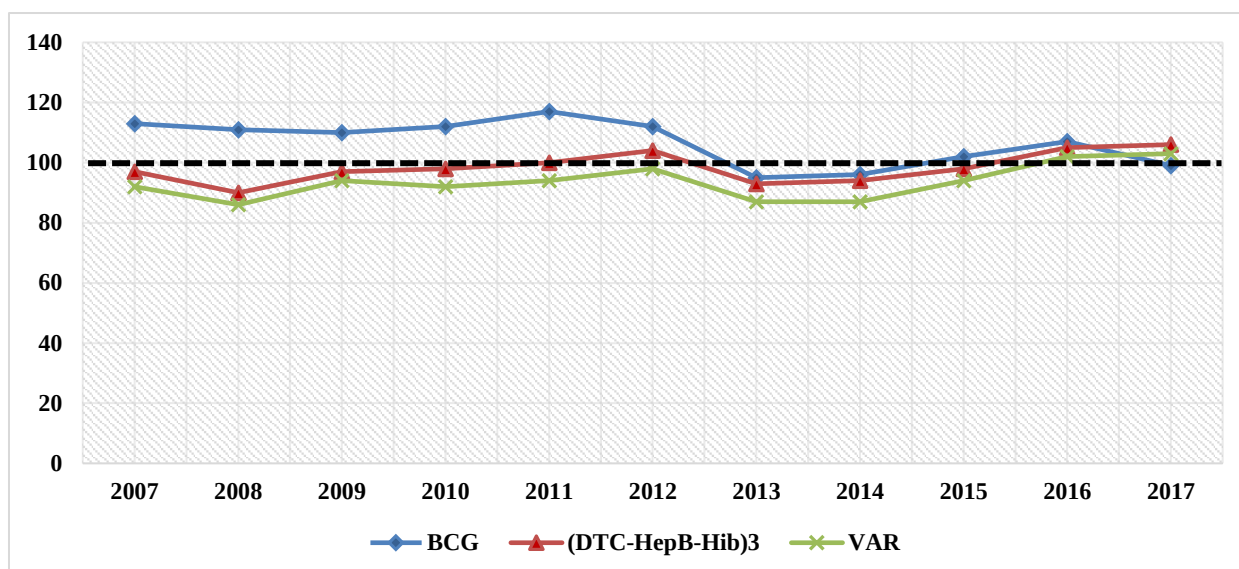


Figure 7 : Evolution des couvertures vaccinales administratives des antigènes BCG, DTC-HepB-Hib_3 et VAR au Bénin 2007 à 2017

En 2017, la couverture administrative des enfants de 0 à 11 mois en DTC-HepB-Hib_3 était de 106% alors que l'estimation conjointe OMS-Unicef (encore appelée WUENIC) de la couverture vaccinale pour cet antigène était de 82%.

♣ Données d'enquête de couverture vaccinale

Les données d'enquête de couvertures vaccinales les plus récentes au Bénin sont celles de l'Enquête démographique et de santé (EDS) 2017-2018. En effet, la dernière revue externe du PEV date de 2014 de même que la dernière enquête MICS. Le tableau 9 présente les couvertures vaccinales administratives, les estimations OMS-Unicef et les données de l'EDS 2017 par antigène du PEV de 2015 à 2017.

Tableau 9 : Couvertures vaccinales administratives, estimations OMS-Unicef (WUENIC) et données de l'EDS au niveau national, Bénin, 2015-2017.

Antigènes	Année 2015			Année 2016			Année 2017			
	Objectifs (%)	CV admin (%)	WUENIC (%)	Objectifs (%)	CV admin (%)	WUENIC (%)	Objectifs (%)	CV admin (%)	WUENIC (%)	EDS (%)
BCG	99	102	92	99	107	97	99	99	96	88
VPI	50	61	61	97	79	61	84	106	62	-
Penta_1	99	106	88	99	112	76	99	114	86	84
Penta_3	97	98	82	97	105	63	84	106	82	73
PCV-13_3	97	98	82	97	105	63	84	106	75	71
VAR	92	94	78	92	102	63	78	103	74	68
VAA	92	94	79	92	95	63	78	103	78	64
VAT 2+	79	68	77	79	69	64	77	80	69	71

Evolution des taux d'abandon

Le taux d'abandon spécifique entre DTC-HepB-Hib_1 - DTC-HepB-Hib_3 était de 7% en 2017 avec 65% des communes ayant un taux d'abandon inférieur à 10%. En outre, 6% des communes ont une couverture vaccinale en DTC-HepB-Hib_3 inférieure à 80%. Le tableau 9 présente l'évolution des taux d'abandon Penta 1-Penta 3 et de la proportion de commune avec une couverture en Penta 3 supérieure à 80%.

Tableau 9 : Evolution des taux d'abandon Penta 1-Penta 3 et de la proportion de commune avec une couverture en Penta 3 supérieure à 80%

Indicateurs	2015	2016	2017
CV DTC-HepB-Hib3 (%)	98	105	106
% Communes avec DTC-HepB-Hib3 ≥ 80%	91	92	94
Taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 (%)	7	7	7
% Communes avec taux d'abandon > 10%	19	14	35

Tableau 10 : Liste des 35 communes avec un taux d'abandon Penta1-Penta3 supérieur à 10% au Bénin en 2017

Départements	Liste des communes
Borgou	Bembéréké, N'dali, Nikki, Parakou, Pèrèrè, Sinendé
Donga	Copargo, Ouaké
Atacora	Kérou, Pèhunco, Tanguiéta, Toucountouna, Kouandé
Atlantique	So-Ava, Tori Bossito
Alibori	Banikoara, Karimama, Malanville, Sègbana
Couffo	Dogbo, Lalo
Mono	Athiémé, Bopa, Houéyogbé
Zou	Agbangnizoun, Covè, Zogbodomey
Collines	Bantè, Dassa, Glazoué, Ouéssé
Ouémé	Bonou, Sèmè Podji

Plus de 10% des communes ont des taux d'abandon spécifique DTC – Hep B – Hib_1 / DTC – Hep B – Hib_3 supérieure à 10% depuis 2015. En 2017, les communes ayant enregistrées des taux d'abandon spécifique DTC – Hep B – Hib_1 / DTC – Hep B – Hib_3 élevés sont présentés dans le tableau 10.

Depuis 2010, le taux d'abandon administratif DTC – Hep B – Hib_1 / DTC – Hep B – Hib_3 est resté en dessous la norme de 10% (Figure 8). Quant au taux d'abandon global BCG /VAR durant les 7 dernières années, il est resté au-dessus de la norme avec une tendance baissière depuis 2013, comme l'indique la figure 8.

Toutefois les données de l'EDS révèlent qu'en 2017 le taux d'abandon spécifique est de 13% et le taux d'abandon global est de 23%.

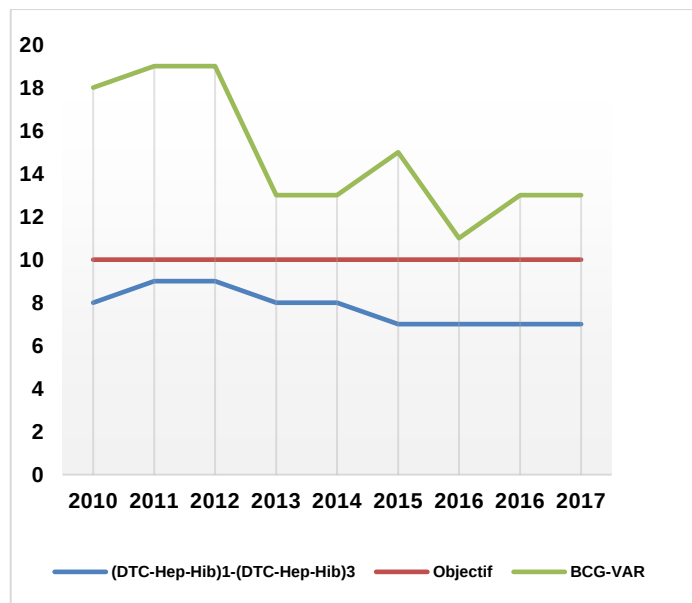


Figure 8 : Evolution des taux d'abandon Penta 1-Penta 3 et BCG-VAR de 2010 à 2017

Équité en matière de vaccination

♣ Équité sexo-spécifique

Selon l'EDS 2017-2018, la comparaison des couvertures vaccinales par rapport au sexe (Figure 9) ne révèle aucune différence significative entre les garçons et les filles.

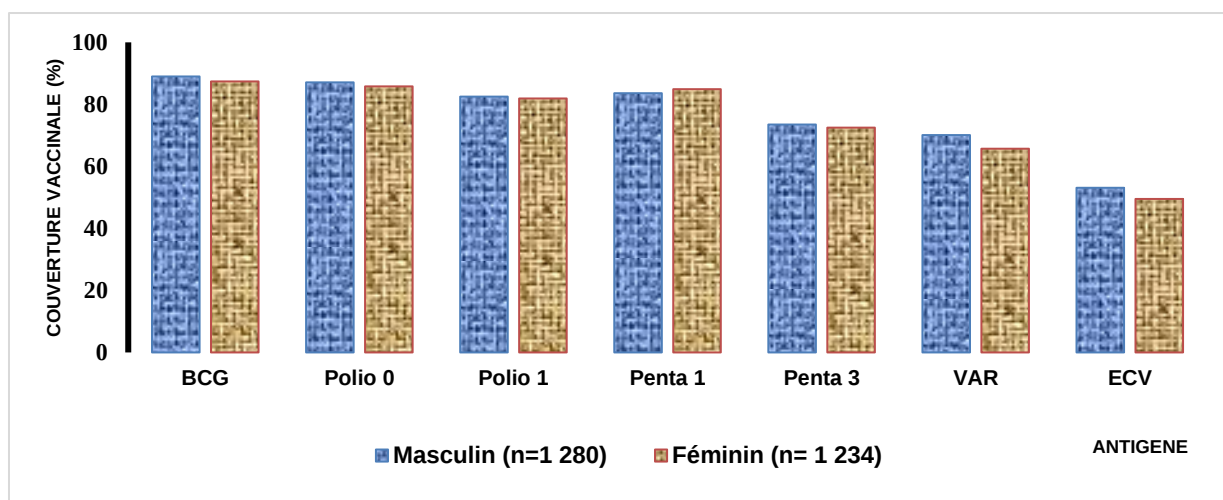


Figure 9: Couvertures vaccinales en fonction du sexe chez les enfants de 12-23 mois au Bénin selon les données de l'EDS 2017-2018

Les filles sont toutes autant reçues au niveau des formations sanitaires que les garçons et elles reçoivent les mêmes vaccins qu'eux et de la même manière.

♣ **Équité géographique**

L'EDS 2017-2018 révèle qu'il n'y a pas d'équité géographique en termes de couverture vaccinale. La couverture en Penta 3, est supérieure ou égale à 80% dans 42% départements (5 départements sur 12). De même, en ce qui concerne la vaccination des femmes enceintes il n'existe pas d'équité géographique car leur protection contre le tétanos est supérieure ou égale à 80% dans 25% des départements (3 départements sur 12).

En analysant les données de couverture vaccinales administratives en Penta 3 de 2013 à 2017, on constate qu'en 2017, une commune a présenté une couverture inférieure à 50%. Dans la même période, la proportion de commune avec des couvertures vaccinales comprises entre 50 et 79% est passée de 16 à 4%.

Tableau 9 : Répartition de la performance des communes en DTC-HEPB – HIB_3 de 2013 à 2017.

Années	Performance Communes					
	CV moins de 50%		de 50 à 79%		80 % et Plus	
2013	0	0%	12	16%	60	84%
2014	0	0%	21	27%	56	73%
2015	0	0%	7	9%	70	91%
2016	0	0%	6	8%	71	92%
2017	1	1%	3	4%	73	95%

Sources : Rapports PEV ANV-SSP

Par ailleurs, l'EDS montre qu'il existe des différences de couvertures vaccinales selon le lieu de résidence, le milieu urbain étant plus favorisé que le milieu rural (Figure 10).

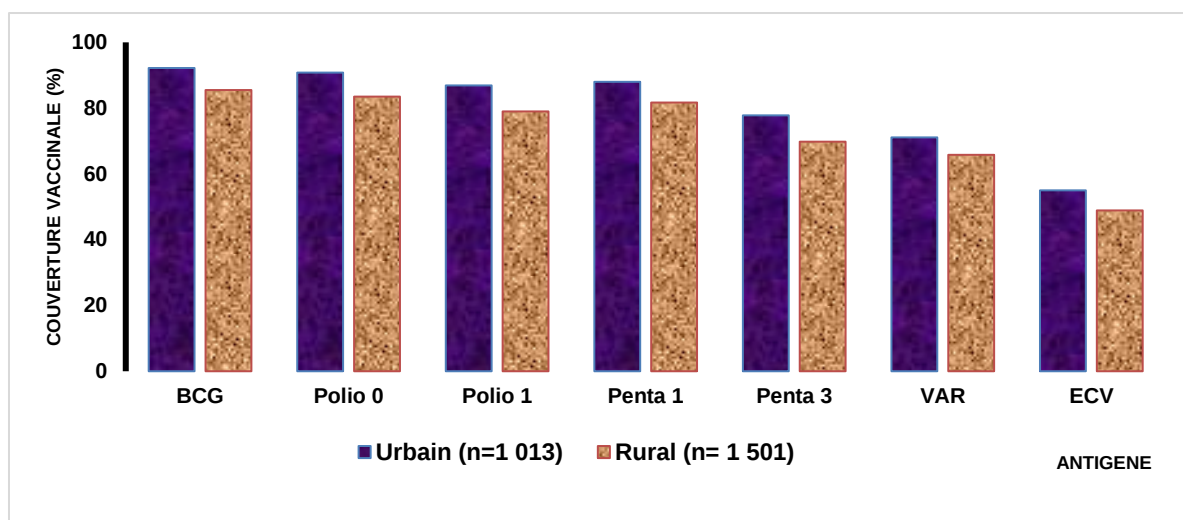


Figure 10: Couvertures vaccinales en fonction du lieu de résidence chez les enfants de 12-23 mois au Bénin selon les données de l'EDS 2017-2018 ($p < 0,000001$)

♣ **Équité socio-économique**

Au Bénin, la prestation de service de vaccination est certes gratuite mais elle génère toutefois des coûts indirects et d'opportunité qui sont à la charge des parents d'enfants notamment les mères. Ces coûts sont en rapport aux frais de transports pour accéder au point de prestations, aux coûts d'opportunité liés à la perte de revenu du fait du temps passé à la séance de vaccination. Ces coûts vont paraître élevés pour les populations les plus pauvres du pays et peuvent constituer un frein à l'accès à la vaccination.

En effet, l'EDS 2017-2018 a montré qu'il existe des différences importantes de couverture vaccinale (25 points pour le Penta 3) entre le quintile de richesse le plus faible et le plus élevé (Figure 11).

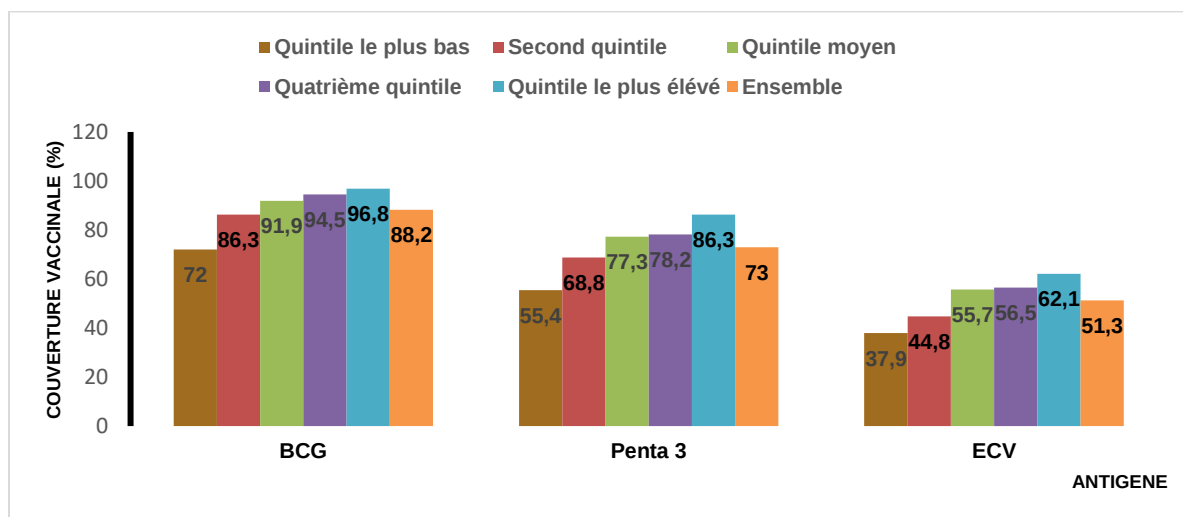


Figure 11: Différences de couvertures vaccinales BCG, Penta 3 et ECV en fonction du quintile de richesse chez les enfants de 12-23 mois au Bénin selon les données de l'EDS 2017-2018

♣ **Autres iniquités : les communautés peu ou pas desservies (CPPD)**

Le pays a conduit en 2018 une analyse de la vaccination centrée sur l'équité en vue d'identifier les communautés peu ou pas desservies (CPPD) et de procéder une planification des interventions visant à atteindre les plus défavorisés.

Au terme de cette analyse, il ressort que :

- Dans les 10 zones sanitaires sélectionnées, comportant au moins une des communes les moins performantes en vaccination entre 2011 et 2016, il a été estimé 468 339 personnes peu ou pas desservies par la vaccination, dont 18 734 enfants de moins de 5 ans.
- Les principales raisons de non atteinte des CPPD identifiées sont principalement l'inaccessibilité géographique (60%), la mobilité des cibles (37%) et les refus et réticence (20%).

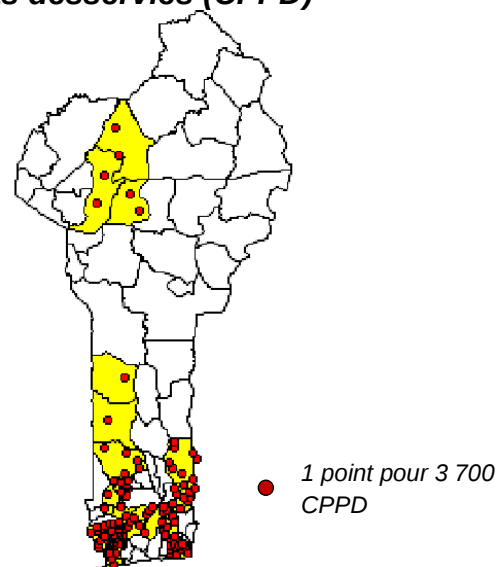


Figure 12: Distribution des CPPD dans 10 zones sanitaires impliquées dans le processus d'analyse centrée sur l'équité en matière de vaccination au Bénin en 2018

Introduction des nouveaux vaccins

Conformément à l'agenda du GVAP, le Bénin a introduit progressivement dans le PEV de nouveaux vaccins. C'est ainsi que de 2002 à 2011, quatre nouveaux antigènes (HepB, Hib, VAA et PCV-13) ont été introduits pour les cibles de 0-11mois. Le nombre d'antigène en 2015 est de douze (12) pour le PEV de routine (Tableau 7).

En 2012, le Bénin a organisé la campagne de masse contre la méningite avec le vaccin MenAfrivaccinMenAfrivac chez les personnes de 01 à 29 ans.

Le VPI a été introduit dans le PEV de routine à partir du 27 Août 2015.

La première dose de la première phase du projet de démonstration HPV a été réalisée en Mai 2016 dans deux (2) zones sanitaires pilotes. Il s'agit des zones sanitaires de Djougou-Copargo-Ouaké et d'AbomeyAbomey Calavi-SoAva. Elle a concerné les filles âgées de 9 ans. La seconde étape a été réalisée en février-mars 2017. La seconde dose de la première phase a été réalisée en février-mars 2017 dans les mêmes zones sanitaires.

En janvier 2017, le Bénin a soumis à Gavi une demande d'introduction du vaccin contre la Rougeole et la Rubéole (RR) en remplacement du vaccin contre la rougeole. Une campagne de rattrapage contre la Rougeole-Rubéole est prévue pour octobre 2018 suivie de l'introduction dans le PEV de routine du vaccin RR.

En outre, le Bénin envisage d'introduire d'autres vaccins dans le PEV de routine : le vaccin contre l'Hépatite B à la naissance, le vaccin contre le rotavirus et le vaccin contre les méningites de type A (Men A). Le vaccin HPV sera également introduit une fois la phase de démonstration achevée.

III.1.1.2. Gestion des données

L'un des défis auxquels le PEV du Bénin est confronté reste la qualité des données. En effet, contrairement aux bonnes performances affichées par les données administratives, les données d'enquête révèlent des écarts de plus de vingt points.

Compte tenu de l'importance de la qualité des données, l'Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires et la Direction de la Programmation et de la Prospective ont élaboré un Plan d'Amélioration de la Qualité des données (PAQD).

Les données du PEV sont collectées au niveau de toutes les structures de santé impliquées dans la vaccination à l'aide des supports du SNIGS (fiches de pointage, registres de vaccination et SMI) et les rapports sont transmis à la hiérarchie à l'aide des supports C7, C8, A25 et A26.

La saisie des données collectées se fait au niveau de toutes les Zones Sanitaires (ZS). Les copies des bases de données statistiques des zones sanitaires sont envoyées mensuellement au niveau des Directions Départementales de la Santé (DDS) qui à leur tour font la compilation et les envoient au Service de la Gestion du Système d'Information (SGSI) du niveau central qui abrite la base nationale de données du SNIGS.

Les délais de transmission des rapports selon le niveau se présentent comme suit :

- CS, FS vers ZS : avant le 5 de chaque mois,
- ZS, vers DDS : avant le 10 de chaque mois,
- DDS vers niveau central : avant le 15 de chaque mois.

Des masques de saisie des données sont installés au niveau national et départemental : Stock Management Tool (SMT), District Vaccin Data Management Tool (DVD-MT), la base de saisie du système de gestion du PEV de routine et les différentes bases du système qui permettent l'analyse et le partage de l'information sur la performance du PEV et de la surveillance des maladies cibles du PEV avec les différents acteurs.

Globalement la complétude des données est bonne. Toutefois, en ce qui concerne la promptitude, certains départements affichent de faibles performances (Atlantique et Ouémé).

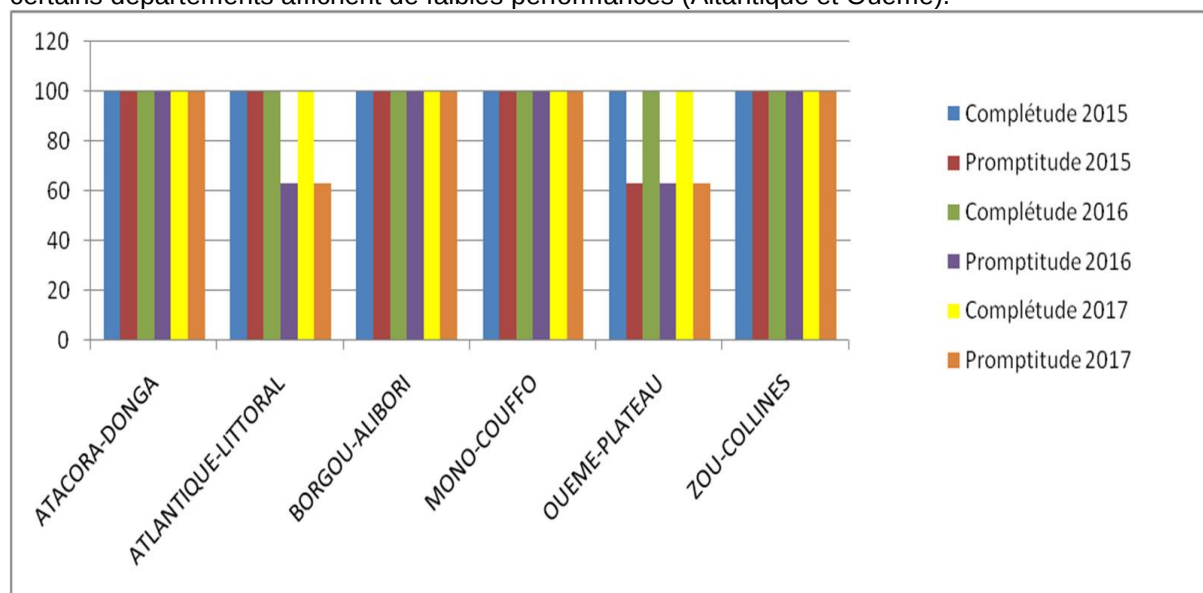


Figure 23 : Complétude et promptitude (globale et interne) de notifications des rapports de vaccination au Bénin de 2015 à 2017

De façon générale, la triangulation des données montre qu'il y a une discordance entre les doses administrées de plusieurs antigènes et le nombre d'enfants vaccinés rapportés (Figures 14, 15 et 16).

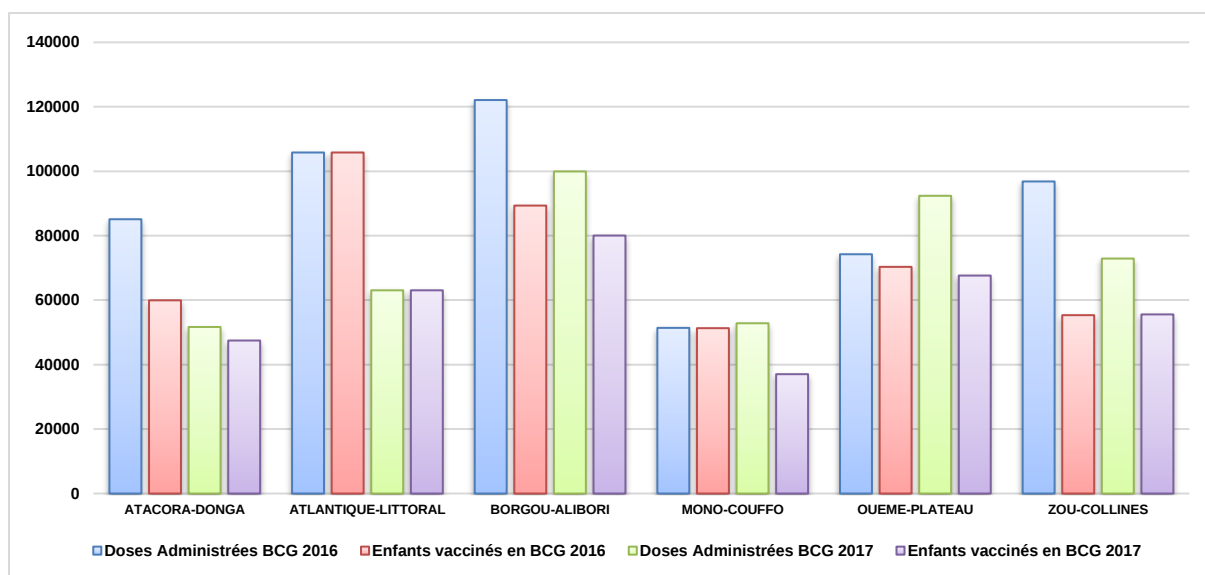


Figure 14 : Comparaison des doses effectivement administrées et le nombre de d'enfants réellement vaccinés en BCG par département de 2016 à 2017.

La plupart des départements du Bénin en dehors de l'Atlantique et du Littoral affichent des discordances entre les doses de BCG effectivement administrées et le nombre d'enfants réellement vaccinés.

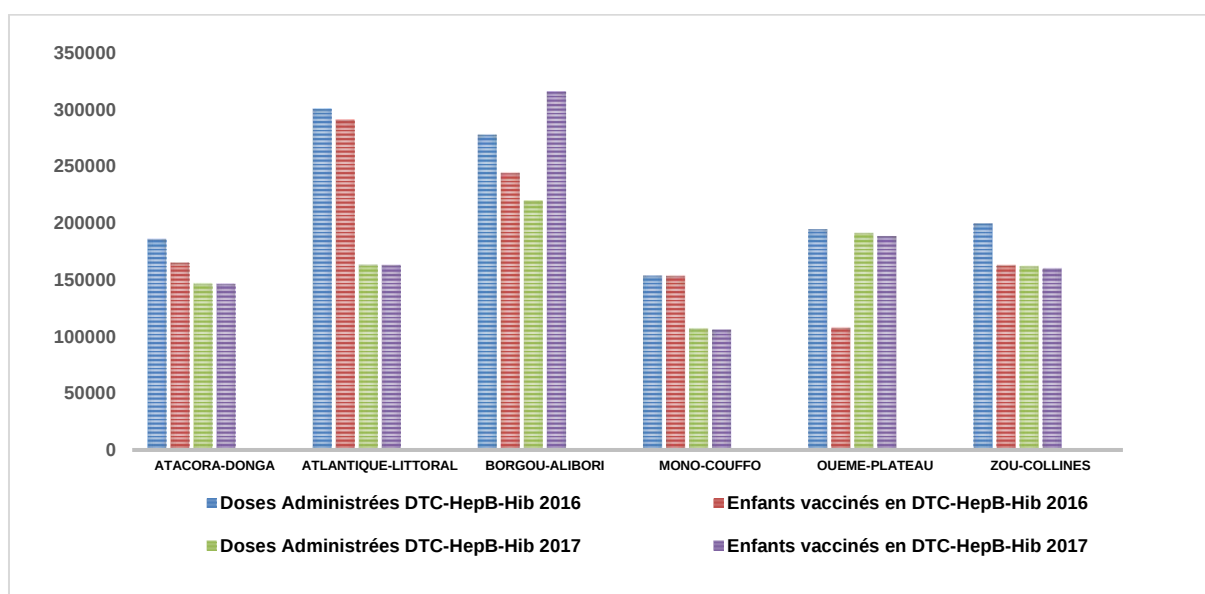


Figure 15 : Comparaison des doses effectivement administrées et le nombre de d'enfants réellement vaccinés en Penta3 par département de 2016 à 2017.

En dehors de l'Atlantique, du Littoral, du Mono et du Couffo tous les autres départements affichent des discordances entre les doses de Penta 3 effectivement administrées et le nombre d'enfants réellement vaccinés.

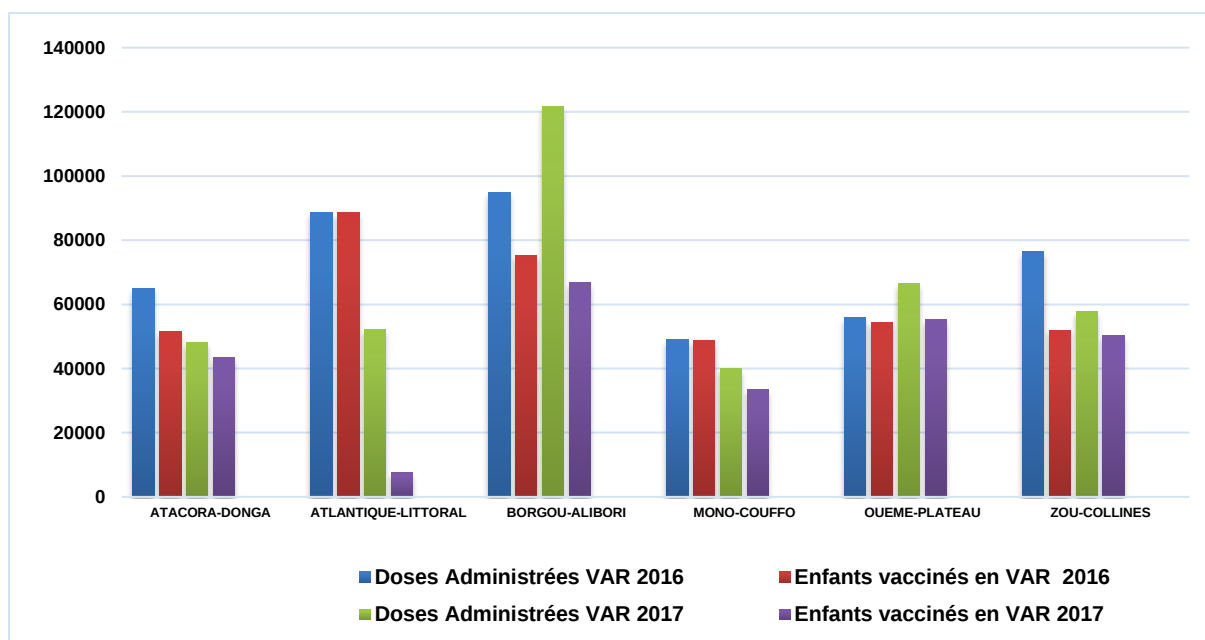


Figure 16 : Comparaison des doses effectivement administrées et le nombre de d'enfants réellement vaccinés en VAR par département de 2016 à 2017

Si on croise la couverture administrative des antigènes Penta3, Rougeole et Fièvre jaune et les estimations OMS/UNICEF, on constate un écart important d'environ 25 points.

Les dénominateurs utilisés pour les données administratives sont fournis sur la base d'estimations à partir des données de recensement de populations. Des ajustements sont périodiquement effectués lorsque des données nouvelles viennent infirmer des extrapolations précédentes.

En tenant compte de l'exemple de la couverture en VAR et la survenue des épidémies de rougeole, on constate qu'en 2013 et 2014 la couverture administrative en VAR est demeurée à 87% tandis que les estimations OMS/Unicef ont donné une couverture de 68% pour les deux années.

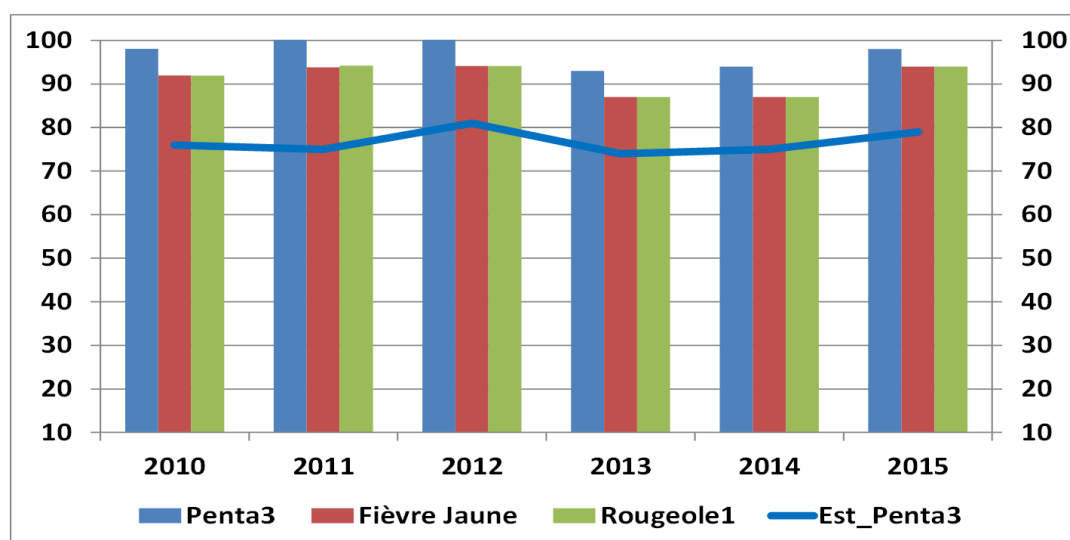


Figure 17 : Comparaison couverture administrative en Penta3 Var et VAA et estimation OMS/Unicef de 2010 à 2015

En somme, les défis majeurs pour l'amélioration de la qualité des données se résument comme suit :

- Faible promptitude dans la notification des données
- Discordance données administratives, données d'enquêtes et estimations OMS /Unicef
- Non fiabilité des dénominateurs qui servent de base de calcul des indicateurs de couverture vaccinale.

- Discordance entre les doses effectivement administrées et les enfants réellement vaccinés au BCG, Penta3 et VAR.

III.1.1.3. Approvisionnement et qualité des vaccins

L'analyse de situation de la logistique et de la chaîne d'approvisionnement a été faite suivant les cinq éléments fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement à savoir : le leadership, l'amélioration continue des plans logistiques, les équipements de la chaîne du froid, les données pour la gestion (D4M), le remodelage du système d'approvisionnement en vaccins.

Leadership dans la chaîne d'approvisionnement

Il existe un Groupe Technique Logistique faisant office Commission Technique Logistique du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA). Ce groupe est composé des cadres de la direction de la logistique de l'ANV-SSP, les autres directeurs techniques de l'ANV-SSP et des partenaires techniques et financiers qui appuient la vaccination (Unicef, OMS et AMP). Ce groupe se réunit mensuellement sous la coordination de la direction de la logistique. Un atelier-bilan semestriel est organisé pour évaluer l'état de mise en œuvre des activités de la logistique.

En dépit du fait qu'il existe un cadre formel de coordination de la logistique au niveau national, il existe cependant de problème dans la mise en œuvre des activités logistiques en termes de ressources humaines compétentes pour la logistique au niveau des formations sanitaires. (supervision, formation en termes de consistance, régularité...)

Amélioration continue des plans logistiques

La dernière évaluation de la Gestion Efficace de Vaccins (GEV) a été réalisée en septembre 2017. L'analyse des résultats a été faite par critère/catégorie et par niveau et a permis de dégager les forces et les faiblesses du système de la chaîne d'approvisionnement. Les résultats sont présentés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Scores des critères de l'évaluation GEV par niveau de la pyramide sanitaire au Bénin en 2017.

Critères/Niveau	Moyenne	National	Départemental	Zones sanitaires	Centre de santé
E1 : Arrivage/Réception vaccin	46%	46%			
E2 : Température	68%	76%	64%	72%	64%
E3 : Capacité de stockage	72%	100%	72%	80%	62%
E4 : Bâtiments, équipement, transport	83%	77%	74%	80%	88%
E5 : Maintenance	60%	75%	48%	71%	53%
E6 : Gestion de stock	57%	81%	69%	59%	51%
E7 : Distribution	45%	47%	57%	33%	53%
E8 : Gestion des vaccins	76%	85%	85%	78%	71%
E9 : SIG, fonctions d'appui	58%	62%	65%	61%	53%

Source : Rapport GEV 2017

D'une manière générale, les progrès entre l'évaluation GEV de 2012 et de 2017 ont été timides. Si les composantes E3 (capacité de stockage) et E4 (Bâtiments, équipements et transport) ont connu une nette amélioration, les composantes E2 (Température), E5 (Maintenance), E6 (Gestion de stock) et E8 (Gestions des vaccins) sont restées stationnaires. A contrario, les composantes E1 (arrivage/réception des vaccins), E7 (Distribution) et E9 (SIG et fonctions d'appui) ont connu une régression.

Les équipements de la chaîne du froid

Selon l'inventaire mis à jour en août 2017, sur 1 525 ECF inventoriés dans l'ensemble du pays, on compte :

- ECF fonctionnels : 894 soit 58%.
- ECF agréés PQS : 263 soit 17%
- ECF non PQS : 1 253 soit 82%
- ECF obsolètes : 795 soit 52%

Cet inventaire a révélé que 32% des EC sont en panne. Ceci dénote une insuffisance dans la maintenance des ECF. A cet effet un plan de maintenance a été élaboré. Sa mise en œuvre est en cours de mise en œuvre néanmoins des insuffisances persistent au niveau périphérique et intermédiaire faute de financement

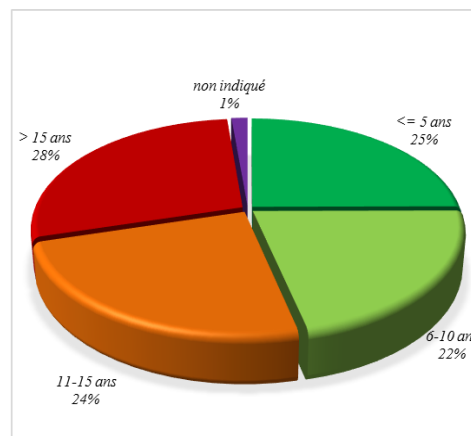


Figure 18 : Répartition des équipements de chaîne de froid du PEV selon l'âge au Bénin en 2017 (n = 1 525)

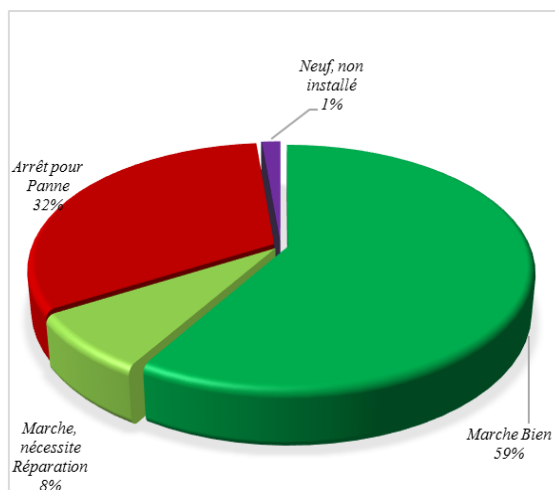


Figure 19 : Répartition des équipements de chaîne de froid du PEV selon l'état de fonctionnalité au Bénin en 2017 (n = 1 525)

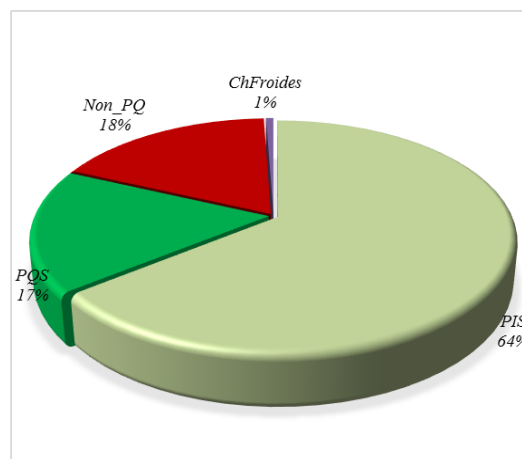


Figure 20 : Répartition des équipements de chaîne de froid du PEV selon la conformité aux normes au Bénin en 2017 (n = 1 525)

Données pour la gestion (Data for management D4M)

En plus des outils de collecte en dur, pour la gestion des données logistiques des outils électroniques sont utilisés : SMT, DVD-MT et plus récemment l'Open LMIS (Encore appelé SIIL : Système Informatisé d'Information Logistique).

L'outil SMT est utilisé au niveau national et départemental. Toutefois, son analyse pour prise d'action n'est pas faite au niveau national.

Le DVD-MT, outil d'analyse des données de la vaccination et de gestion des vaccins est utilisé qu'au niveau départemental.

Le SIIL est développé dans l'Open LMIS et permet la collecte sur site des données de qualité de vaccination et de logistique. Ce logiciel ne permet pas aux acteurs de terrain de faire les analyses pour une prise de décisions. Actuellement, il n'est développé que dans les zones sanitaires mettant en œuvre le système logistique optimisé.

Le remodelage du système d'approvisionnement en vaccins

Depuis 2012, le pays travail à un remodelage du système d'approvisionnement des vaccins à travers la mise en œuvre d'un système logistique optimisé (SLO). Le SLO est un « redesign » de la chaîne d'approvisionnement des vaccins pour améliorer le système de distribution au niveau périphérique en

regroupant les dépôts de communes en un seul dépôt au niveau de la zone sanitaire. Dans ce dispositif, la distribution des vaccins vers les points de prestation de service se fait selon un modèle « Push ». Le pays prévoit que ce système de distribution couvre l'ensemble des 34 zones sanitaires d'ici à 2020.

En 2017, 5 nouvelles zones sanitaires sont planifiées pour être enrôlées dans le DSLO (3 sur financement RSS et 2 avec l'appui de l'Unicef).

Pour les 23 zones sanitaires non encore impliquées dans le DSLO (soit 58 communes), le dépôt de commune représente le dernier niveau de distribution de la chaîne d'approvisionnement du pays. Dans ce système, le responsable PEV de la commune va s'approvisionner mensuellement en vaccins et consommables auprès du dépôt du département et sert l'ensemble des centres de santé de la commune (modèle "Pull"). Les vaccins sont stockés dans des caisses isothermes et acheminés vers les communes à l'aide de véhicules à quatre roues. Les formations sanitaires s'approvisionnent mensuellement en vaccins et consommables au niveau du centre de santé de la commune dont ils dépendent. Cet approvisionnement se fait généralement avec les motos du centre ou un moyen de transport privé.

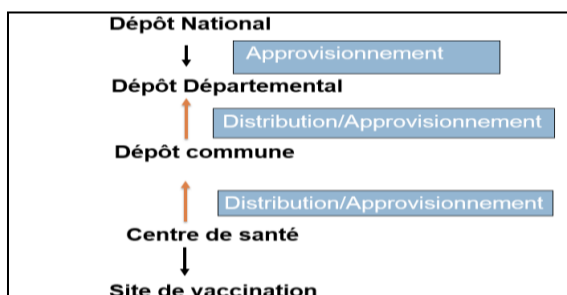


Figure 21 : Circuit d'approvisionnement des vaccins dans les 23 zones sanitaires mettant en œuvre le système 'Pull'

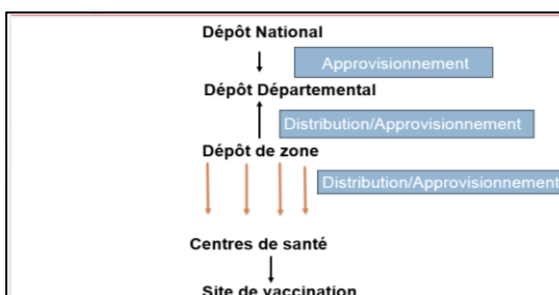


Figure 22 : Circuit d'approvisionnement des vaccins dans les 11 zones sanitaires mettant en œuvre le système 'Push'

III.1.1.4. Logistique

Transport

Le programme au niveau central dispose de six véhicules fonctionnels (cinq 4x4 et un ordinaire) pour la supervision et la coordination des activités du PEV. Pour la livraison des vaccins et consommables, il existe deux camions (un sec et un frigorifique) acquis respectivement en 2014 et en 2015.

Dans les six départements du pays la supervision et la coordination du PEV bénéficie des véhicules mis à disposition par les autres programmes.

Au niveau périphérique, pour les activités du PEV, les véhicules de supervision de communes et des zones sanitaires sont utilisés.

Pour la mise en œuvre du DSLO, des véhicules entrepôts mobiles sont utilisés pour la distribution des vaccins et consommables aux formations sanitaires. Les activités au centre de santé sont exécutées par les motos et les barques motorisées pour les régions lacustres.

Gestion des déchets

Le PEV ne dispose pas d'un plan de gestion des déchets de la vaccination. Cependant, il existe un service d'hygiène et d'assainissement chargé de la gestion des déchets biomédicaux. Les seringues utilisées pour la vaccination et les soins sont détruits par incinération.

Le tableau 11 fait le point des incinérateurs à l'intérieur du pays.

Tableau 11 : Point des incinérateurs fonctionnels par département en 2016

DEPARTEMENTS	DHAB		MONFORT		TOTAL FONCTIONNEL
	F	NF	F	NF	
Atacora/Donga	2	0	17	37	19
Atlantique/Littoral	5	18	32	22	37
Borgou/Alibori	6	26	74	46	80
Mono/Couffo	0	7	58	23	58
Ouémé/Plateau	0	8	27	32	27
Zou/Collines	0	0	68	8	68
Total	13	59	276	168	289

Source : Inventaire ANV-SSP 2016

F= Fonctionnel ; NF= Non Fonctionnel

III.1.1.5. Surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV

Grâce aux efforts fournis dans le PEV du Bénin, une réduction sensible des maladies évitables par la vaccination est notée. Le système de surveillance mis en place cible certaines maladies évitables par la vaccination et prend en compte tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les maladies cibles du PEV sous surveillance sont : la poliomyélite à travers les cas de PFA, la fièvre jaune, la rougeole, la rubéole et le tétanos maternel et néonatal.

Conformément à la pyramide sanitaire, trois niveaux de surveillance sont définis au Bénin :

➤ Les niveaux de surveillance

• Premier niveau de la surveillance

Les formations sanitaires regroupées autour d'un hôpital constituent le premier niveau de surveillance. A ce niveau, la surveillance se fait par l'équipe du centre de santé, par les prestataires et les praticiens des hôpitaux sous la responsabilité de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire. La surveillance est de type passive et active. Toutes les fonctions essentielles et de soutien de la surveillance sont exigées à tous les niveaux.

• Deuxième niveau de la surveillance (départemental)

Une équipe dirigée par un le Chef du Service Départemental de la Santé Publique et de la Médecine Traditionnelle (C/SDSPMT) assure la coordination des activités de surveillance au niveau départemental. Elle supervise les acteurs chargés de la visite des sites prioritaires, appuie les investigations des cas de maladies Evitables par la Vaccination (MEV) et la formation des agents de santé du département. Les données collectées par cette équipe auprès des zones sanitaires sont compilées, analysées, validées et transmises au niveau national tous les mardis.

• Troisième niveau de la surveillance (national)

Il existe un guide national de surveillance élaboré conjointement par l'ANV-SSP et la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP).

Il existe au niveau national un comité de gestion de toutes les données de surveillance. Les principaux acteurs à ce niveau sont : les gestionnaires de données des services de vaccination, de surveillance et de laboratoire. Ils se réunissent de façon mensuelle pour faire le bilan des activités de surveillance des maladies cibles du PEV. Au cours de ces réunions, les principaux points objets de discussion portent sur le monitoring des données de notification, l'acheminement des échantillons vers le laboratoire de référence, l'analyse des données ; la diffusion des données à l'OMS et aux autres partenaires, le suivi des indicateurs d'évaluation de la qualité du système de surveillance ; l'élaboration et l'actualisation des stratégies et la rétro information.

A l'instar de la plupart des pays de la sous-région, la surveillance des maladies cibles du PEV est intégrée à la SIMR.

➤ **Les maladies cibles du PEV sous surveillance et les MAPI**

- **la poliomyélite.**

La surveillance de la poliomyélite se fait à travers celle des cas de paralysies flasques aiguës (PFA). Est considéré comme cas de PFA tout enfant de moins de 15 ans atteint de trouble de la marche ou de boiterie ou de paralysie flasque présente ou transitoire ou perte de mouvement de tonus au niveau de n'importe lequel de ses 4 membres ou de sciatique post injection (trouble de la marche ou paralysie après injection) de survenue brutale sans notion de traumatisme. La surveillance de la PFA a pour but de suivre les progrès accomplis dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite

Tableau 12 : Indicateurs de performance de la surveillance des PFA entre 2013 et 2017

Années	Population Age < 15 ans	Total cas de PFA non-polio notifiés	Taux de PFA non-polio**	Cas de PFA avec échantillons de selles adéquats		Nb de cas de polio confirmés
				Nombre	%	
2017	5 339 987	213	4,0	206	97%	0
2016	5 015 034	218	4,3	204	94%	0
2015	4 618 627	198	4,3	194	98%	0
2014	4 694 383	164	3,5	133	81	0
2013	4 545 649	180	4,0	168	93	0

Source : ANV-SSP/DVAC/SSE

Au niveau national, on note des performances satisfaisantes dans la surveillance des PFA au cours de ces dernières années.

Tableau 13 : Evolution des indicateurs de performance des PFA par département en 2017

DEPARTEMENT	Population <15 ans	Total cas PFA 'non-polio' notifiés <15 ans	% PFA Non-polio*	Total cas PFA avec 2 échantillons de selles adéquates	% de cas PFA avec des échantillons de selles adéquates
ATACORA	451 956	19	4.2	19	100
DONGA	292 555	8	2.7	8	100
ATLANTIQUE	705 980	28	4.0	28	100
LITTORAL	288 297	13	4.5	13	100
ALIBORI	507 671	20	3.9	17	85
BORGOU	696 689	24	3.4	23	96
COUFFO	419 088	12	2.9	12	100
MONO	256 769	20	7.8	20	100
OUEME	555 605	18	3.2	18	100
PLATEAU	328 526	13	4.0	12	92
COLLINES	386 961	17	4.4	17	100
ZOU	449 516	21	4.7	19	90
TOTAL BENIN	5339613	213	4.0	206	97

Source : ANV-SSP/DVAC/SSE

Considérant les deux indicateurs majeurs de la surveillance des PFA, tous les départements ont enregistré une bonne performance en 2017 avec des disparités observées. Ces acquis doivent être maintenus et renforcés par la mise en œuvre effective de la surveillance communautaire. Par ailleurs, le Bénin a été déclaré libéré du polio virus sauvage autochtone par le Comité Régional de Certification de la poliomyélite, lors de sa réunion du 1er juin 2015 à Abidjan.

La rougeole et de la rubéole

La rougeole est une maladie virale hautement contagieuse causée par un virus, très répandue. Elle affecte en l'absence de programme de vaccination à peu près tous les individus d'une population donnée avant l'adolescence. La surveillance de la rougeole a pour but d'évaluer l'impact du plan de contrôle ou d'élimination de la rougeole.

Le Bénin a connu plusieurs épisodes d'épidémies de rougeole :

- 2015 : 01 foyer d'épidémie
- 2016 : 02 foyers d'épidémie
- 2017 : 06 foyers d'épidémie

Le nombre de cas suspects de rougeole signalés s'est accru ces dernières années. Il est passé de 255 cas en 2015 à 315 cas en 2016 et à 428 en 2017. Le taux de positivité a connu une tendance évolutive de 2015 à 2017 (13.3% en 2015 ; 22.2% en 2016 et 22.9% en 2017 contre 10% attendu). Ces taux s'expliquent par la multiplicité du nombre de foyers d'épidémie enregistrés chaque année.

Malgré une amélioration dans la notification des cas, 6% des communes que compte le Bénin sont restées silencieuses en 2017. Certaines communes ayant une bonne couverture vaccinale en VAR en 2017, ont connu des épisodes d'épidémie de rougeole. Il s'agit des communes de : Cobly (126%), Karimama (107%), et Malanville (97%). Des efforts importants restent donc à fournir afin d'atteindre les objectifs de contrôle effectif de cette maladie au Bénin.

La campagne nationale de rattrapage vaccinal contre la rougeole et la rubéole couplée avec la vitamine A prévue pour 2017 sera organisée au cours du troisième trimestre de l'année 2018 et permettra de diminuer les cas positifs et les foyers d'épidémie de rougeole (20 foyers d'épidémie et 181 cas confirmés par le laboratoire à la 33^{ème} semaine épidémiologique 2018).

La surveillance de la rubéole est intégrée dans la surveillance des cas de rougeole. On détecte les cas de rubéole en procédant à des tests sérologiques chez les cas dont la sérologie est négative pour la rougeole.

Le tétanos maternel et néonatal

Le tétanos est une maladie infectieuse grave. Son agent causal, *Clostridium tetani*, est ubiquitaire dans l'environnement. Les bactéries sous forme sporulées pénètrent dans l'organisme par une plaie souillée par de la terre, de la poussière extérieure ou des selles animales ou humaines.

L'objectif général de la surveillance du tétanos maternel et néonatal est de contrôler l'incidence et de suivre l'évolution des activités menées dans le cadre de l'élimination afin de prendre les mesures appropriées. L'évolution des cas de TNN depuis 2010 se présente sur la figure 24.

De 2010 à 2017, le plus grand nombre de cas de tétanos néonatal a été enregistré au Bénin en 2017 (12 cas). La rareté des cas de tétanos néonatal pourrait être expliquée par l'amélioration de la couverture en VAT2 + chez les femmes enceintes et la réduction de jour en jour du nombre d'accouchement à domicile. Cette situation doit être interprétée avec beaucoup de précaution puisque la surveillance du TMN souffre d'une sous notification notoire liée à la faiblesse de la surveillance à base communautaire et à la documentation. Ainsi, comme l'indique le graphique ci-dessus, le nombre de cas de tétanos maternel et néonatal reste très bas depuis plus de cinq années à part l'accroissement connu en 2017.

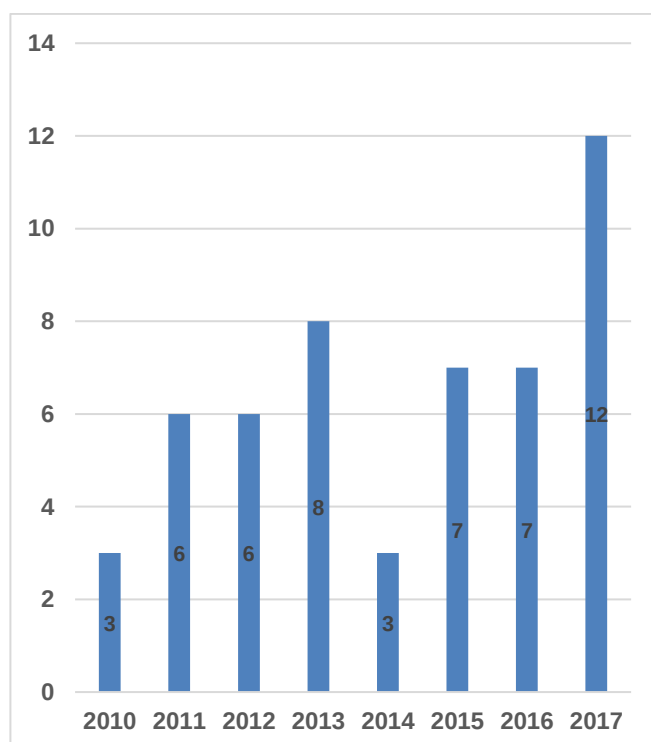


Figure 23 : Nombre de cas de tétanos néonatal de 2010 à 2017

Globalement des progrès sensibles ont été enregistrés dans la surveillance des maladies évitables par la vaccination. Cependant, le système de surveillance épidémiologique présente encore des points faibles dont les principaux sont :

- l'insuffisance de la supervision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- faible implication des structures privées ;
- l'inexistence de la surveillance à base communautaire (les relais du système ne sont pas formés sur la surveillance des MPE) ;
- l'insuffisance dans le monitoring et la gestion des données à différents niveaux ;
- l'insuffisance dans la recherche active des cas de maladies évitables par la vaccination
- la sous notification des cas de Tétanos Néonatal.

Les manifestations post vaccinales indésirables (MAPI)

La surveillance des MAPI n'est pas systématique au niveau des formations sanitaires. Le circuit d'information est le même que celui des Maladies à Potentiel Epidémique.

Une politique/directives sur la conduite à tenir en cas de MAPI est disponible. Un comité national des experts de MAPI a été mis en place. La DPMED assure la coordination de la gestion des cas de MAPI. L'effectivité de la surveillance des MAPI passera par la formation de tous les prestataires, la mise à disposition des directives et des différents supports, l'intégration de la supervision des MAPI aux autres supervisions et l'implication de la communauté à travers les relais.

Laboratoire

Le laboratoire National de Santé Publique joue un rôle central dans la confirmation des cas de rougeole, rubéole, fièvre jaune, et méningite et rotavirus. Pour le genotypage, le pays a recours. L'identification des souches des virus de rougeole en circulation se fait au laboratoire Laboratoire inter pays OMS, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumè de Côte d'Ivoire (rougeole) et dont la dernière accréditation remonte au 19 – 21 décembre 2013. En cas d'épidémie les prélèvements de gorge sont aussi convoyés dans le même laboratoire de référence de Noguchi à Accra (poliovirus et rotavirus). Il sera nécessaire de renforcer les capacités du Laboratoire National de Santé Publique en vue d'améliorer la célérité et la souveraineté du pays pour la confirmation des cas.

Sécurité de la vaccination

Les injections de vaccin se font avec des seringues autobloquantes qui sont jetées après usage dans des boîtes de sécurité. Les boîtes de sécurité une fois remplies au 3/4 sont éliminées à travers l'incinération. Les formations sanitaires ne disposant pas d'incinérateurs convoient les boîtes de sécurité vers celles qui en disposent après un entreposage initial.

III.1.1.5. Communication

Le Bénin a démarré le Programme Elargi de Vaccination depuis 1982. C'est un programme dirigé vers des cibles spécifiques que sont les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes. La communication est développée en appui pour accompagner le programme. Les différentes stratégies communicationnelles y sont développées en direction de tous les groupes participants. Ces groupes cibles sont regroupés par niveau que sont :

- **Le niveau micro qui comprend à lui trois groupes :**
 - Pour cibles primaires : les mères, pères et gardiens d'enfants de 0 à 11 mois ;
 - Pour cibles secondaires les agents socio sanitaires, les relais communautaires, les membres COGECS, les artistes, les crieurs publics, les professionnels des médias, les alphabétiseurs, les enseignants, les membres d'ONG, les membres des réseaux d'association ;
 - Pour cibles tertiaires les personnes influentes, les élus locaux, les leaders religieux, les autorités et les décideurs ;
- **Le groupe méso**

Ce niveau regroupe les gestionnaires du PEV

- **Le groupe macro**

Ce sont essentiellement les autorités politiques, les décideurs centraux et les partenaires techniques et financiers. Dans le but d'atteindre ces différentes cibles, les activités de communication sont menées aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.

Au niveau central, les activités de communication pour le PEV sont coordonnées par la Direction des Soins de Santé Primaires de l'ANV-SSP, appuyée par la commission de mobilisation sociale du CCIA, en collaboration avec les organisations de la société civile regroupées sous forme de plateforme. Les principaux partenaires à ce niveau sont GAVI et les Nations Unies.

Au niveau départemental, les activités de communication sont coordonnées par la Direction Départementale de la Santé à travers le service départemental de santé publique et de médecine traditionnelle qui dispose d'une division responsabilisée dans la conduite des activités de communication. La direction sollicite par moments l'appui des notables, des leaders et des autorités administratives.

Au niveau périphérique, les activités de communication sont coordonnées par les équipes d'encadrement de zone sanitaire avec la collaboration technique des Chargés de recherche et appui à la mobilisation sociale (CRAMS).

L'analyse de la situation sur la mise en œuvre du PPAc 2014 – 2018 et les données actuelles de communication pour le PEV a révélé plusieurs insuffisances en matière de vision et de mise en œuvre des activités de communication pour le développement. Ainsi les différents problèmes résultant de cette analyse sont déclinés comme suit :

- Manque de plan de communication pour le PEV au niveau des structures opérationnelles
- Faible couverture en activités de communication pour le PEV à l'endroit des communautés
- Les élus locaux sont sous informés de la situation sur la vaccination dans les communes
- Insuffisance de vaccination des enfants
- Les organisations de la société civile ne sont pas partout associées aux activités de sensibilisation
- Persistance des cas de refus/réticence dans les communes.

Les problèmes ci-dessus évoqués à la suite de l'analyse de la situation ont à l'origine un certain nombre de causes qui sont cités en dessous :

- Insuffisance de personnel qualifié en communication à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Insuffisance de formation/renforcement des capacités en communication du personnel en charge de la vaccination ;
- Insuffisance de moyens financiers pour les activités de communication avec la communauté et les radios ;
- Mauvaise prise en charge des effets secondaires présumés des vaccins ;
- Mauvais accueil des mères dans certains centres de vaccination ;
- Faible implication des leaders dans les activités du PEV ;
- Faible implication des ONG dans la sensibilisation sur le PEV ;
- Méconnaissance des maladies cibles du PEV par la majorité des populations ;
- Non maîtrise du calendrier vaccinal par les parents ;
- Persistance de rumeurs par rapport à la vaccination ;
- Insuffisance de supervision en communication PEV ;
- Faible capitalisation des expériences réussies en communication PEV ;
- Persistance d'opinions religieuses hostiles à la vaccination.

Il faut signaler pour finir que les activités de communication ne sont visibles que pendant les Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS).

Les menaces au niveau du volet communication du PEV sont représentées par :

- les rumeurs au sein de la communauté sur la qualité des vaccins ;
- l'existence des dignitaires religieux et chefs de culte non acquis à la vaccination ;
- la persistance des foyers de refus/Réticences dans certaines communautés.

Les opportunités à saisir pour la communication du PEV sont la disponibilité des leaders, des relais communautaires, des mobilisateurs sociaux lors des AVS, de la plateforme des OSC, l'initiative vaccination décentralisée (IVD) à accompagner les activités du PEV dans toutes les communes et l'existence de radios communautaires dans la plupart des départements et zones sanitaires.

Face à ces différents problèmes et menaces, l'ANV-SSP envisage de renforcer les stratégies de communication suivantes pour réussir sa mission.

Les principales stratégies de communication à déployer sont :

- Le plaidoyer,
- La mobilisation sociale,
- La communication pour le développement (C4D)

Plaidoyer

Le plaidoyer se mène en direction de la cible tertiaire (les personnes influentes, les élus locaux, les leaders religieux, les autorités et les décideurs) soit pour briser un obstacle à l'acceptation de la vaccination afin d'obtenir une bonne couverture, soit pour maintenir cette bonne couverture (pour le PEV de routine et les campagnes), soit pour informer les leaders communautaires sur les résultats des activités de surveillance afin de les impliquer dans les actions correctrices éventuelles au niveau de leurs localités.

Le plaidoyer et la C4D peuvent se mener à tout moment pour le PEV de routine.

Mobilisation sociale

C'est l'ensemble des actions de conscientisation de grande envergure que mène la cible secondaire pour motiver davantage la cible primaire (mères d'enfants, pères, gardiens d'enfants) pour les amener à faire vacciner leurs enfants.

Ces activités de mobilisation sociale se mènent sur le terrain avec les groupements de femmes, les ONG, les troupes de théâtre ou de musique et les média.

Communication pour le développement (C4D)

C'est une stratégie de communication qui met l'accent sur les individus et les communautés dans le contexte des normes socioculturelles et des réseaux. Elle utilise l'approche participative en impliquant les communautés dans l'analyse et l'identification des actions à entreprendre. Elle regroupe la communication de proximité ou interpersonnelle et la communication pour le changement social.

Communication de proximité ou interpersonnelle

Cette stratégie de communication est surtout utilisée pendant les AVS. Elle prend en compte les interventions des radios de proximité, de la presse écrite, des crieurs publics, et des mobilisateurs sociaux. Elle peut être aussi utilisée au cours de la routine par les agents vaccinateurs au poste fixe ou en stratégie avancée. En d'autres termes, c'est une stratégie de communication de proximité qui se mène en direction des cibles primaires (mères d'enfants, pères, gardiens d'enfants) sous forme de communication interpersonnelle pour mieux toucher le point sensible des cibles primaires afin de les amener à accepter de faire vacciner leurs enfants cibles. Cette stratégie peut se faire entre l'acteur du PEV identifié et une mère ou père ou gardien seul. L'acteur du PEV peut faire aussi l'entretien avec un petit groupe composé de douze personnes au plus.

Communication pour le changement social

C'est une méthode de communication qui met l'accent sur le dialogue social et le débat communautaire, afin d'explorer les opportunités de changement, discuter des contraintes et solutions et aboutir à des consensus sur des solutions locales. Cette stratégie peut être développée à l'endroit de certains groupes socioculturels, religieux qui confisquent l'autorité de décision à la vaccination au profit d'un seul individu dit "Responsable social"

Il existe au Bénin trois groupes sociaux à accès difficile par moment : Il s'agit des Hollis du Zou et de la vallée de l'Ouémé, des Adjias du Couffo mais aussi présents dans d'autres régions du Bénin en quête de terres fertiles et des Peulhs pendant la période de transhumance.

Pour les peulhs, la stratégie consiste à récupérer les cibles à la fin de la transhumance. Quant aux Hollis le manque de confiance aux vaccins, la sous information sur les maladies cibles du PEV et le calendrier vaccinal sont source de refus de la vaccination. La structure d'organisation en milieu Adjias est linéaire et ne confère pas le pouvoir traditionnel de décision à une autorité consensuelle. Chacun est chef de son ménage et en cas de refus ou d'absence, ne délègue pas son autorité à quelqu'un d'autre. Dans cette situation le PEV considère comme une contrainte la gestion des problèmes de vaccination en milieu Adja.

En ce moment où le Bénin prévoit soumissionner pour l'introduction du vaccin contre la rougeole rubéole et l'Hépatite B à la naissance, il est important qu'un plan de communication spécial soit rédigé pour faciliter la communication avec la population sur ces vaccins.

III.1.2. Composantes d'appui

III.1.2.1. Gestion du programme

Législation et réglementation

Au début du programme, le PEV était géré par la Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires (DNPEV -SSP). Les réformes instaurées suite à l'audit organisationnel du Ministère de la Santé en 2008 ont abouti à la création de l'Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires (ANV-SSP) par décret N° 2011-413 du 28 Mai 2011. L'ANV-SSP dispose d'une autonomie financière lui permettant de se procurer les vaccins et les consommables du PEV puis de mettre en œuvre les autres activités de son Plan Intégré de Travail Annuel (PITA). L'ANV-SSP est financée par le budget national et appuyée par des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Elle a pour mission de mettre en œuvre la politique sanitaire nationale en matière de vaccination et des Soins de Santé Primaires.

Au Bénin il n'y a pas encore une Autorité Nationale de Régulation (ANR). Cette fonction est actuellement assurée la Direction Nationale de la Pharmacie et des Médicaments (DPMED). Pour les questions en la matière, le PEV s'adresse à cette structure à travers son Comité National d'Approvisionnement des Produits de Santé (CNAPS) qui se réunit tous les trois mois

Politique et planification

Le Bénin dispose d'une politique de Santé National (PNS) 2009-2018 qui place la vaccination comme une intervention prioritaire en vue de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022 prend en compte la mission de l'ANV-SSP. Le Plan Pluriannuel Complet 2019-2023 reste le document de référence au plan national pour l'exécution des activités du PEV.

Pour le suivi de la mise en œuvre de la politique et des plans, des documents ci-après sont utilisés :

- Le document de Programmation Pluriannuel des Dépenses (DPPD) du ministère de la santé,
- le Projet Annuel de Performance (PAP) du ministère de la santé intégrant le PEV

Par ailleurs, l'ANV-SSP élabore son Plan Intégré de Travail Annuel (PITA) qui découle du PPAC. D'autres documents tels que : Plan National de Développement (PND) 2013-2025 ; Plan d'action mondial pour la vaccination (GVAP) ; le Plan d'Action du Gouvernement (PAG) 2016-2021 ; le Plan de Croissance pour le Développement Durable (PC2D) 2018-2022, la Commission Technique chargée des Reformes du secteur de la Santé (CTRSS) servent aussi de repère dans l'atteinte des objectifs de l'ANV-SSP.

Toutefois, il convient de retenir quelques insuffisances dans le mécanisme de planification et de mobilisation des ressources telles que :

- le mécanisme de financement du PNDS n'est pas encore clairement défini,
- le retard dans la mise à disposition des ressources financière pour le fonctionnement de l'Agence
- l'irrégularité dans l'élaboration du Plan d'Action de l'ANV-SSP,
- l'irrégularité et l'insuffisance dans l'élaboration des micros plans PEV.

Coordination

♣ Place du PEV dans la structure du Ministère de la Santé

○ Au niveau central

L'ANV-SSP est directement rattachée au Secrétariat Général du Ministère de la santé et assure la gestion du PEV au niveau central. L'Agence est composée de trois directions techniques : la Direction des Soins de Santé Primaires, la Direction de la Logistique et la Direction de la Vaccination. Ces trois Directions sont coordonnées par une Direction Générale.

La Direction Générale se situe dans l'enceinte du Ministère de la Santé. Elle abrite la Direction des Soins de Santé primaires et celle de la Vaccination. La direction générale a une annexe à Guinkomey. Ce site annexe abrite la Direction de la logistique et ses dépendances (les chambres froides et les magasins secs).

○ **Au niveau intermédiaire**

La coordination des activités de vaccination est assurée par les Directions Départementales de la Santé à travers leur Service Départemental de la Santé Publique et de la Médecine Traditionnelle (SDSPMT). Ces services disposent de Divisions de Vaccination et Recouvrement de coût qui assurent la mise en œuvre des activités de l'ANV-SSP.

○ **Au niveau périphérique**

La coordination des activités de vaccination se fait au niveau de l'Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS). L'EEZS fait des supervisions bimestrielles vers les formations sanitaires de sa zone de couverture. Au niveau des communes, le système sanitaire dispose de Médecins Chefs, de Responsables PEV et de chefs poste qui participent à la mise en œuvre des activités de vaccination.

♣ **Coordinations intra et intersectorielle (les Comités)**

Pour la mise en œuvre de ces activités, des comités techniques ont été mis en place : Comité de Coordination - Inter Agence (CCIA), Comité National des Experts pour l'éradication de la Poliomyélite (CNEP), Comité National de Certification (CNC), Comité National Consultatif pour les Vaccins et la Vaccination (CNCV), Comité de Gestion des MAPI, Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CNEEP) et le Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CDEEP).

≡ **Le comité de Coordination Inter Agence (CCIA)**

Il est créé en octobre 2005, par Arrêté ministériel n° 9541/MSP/DC/SGM/DNPEV-SSP/SVAC/SA du 04 octobre 2005.

Il est chargé de :

- Apporter son appui à la définition des orientations politiques du Programme Elargi de Vaccination ;
- Apporter son appui à la préparation des plans stratégiques et des plans annuels du PEV ;
- Mobiliser les ressources nécessaires tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays pour la mise en œuvre des programmes élaborés ;
- Suivre la mise en œuvre de ces programmes ;
- Examiner périodiquement les rapports d'exécution des programmes ;
- Veiller à l'optimisation des ressources mobilisées.

Il faut signaler que les textes actuels du CCIA ne sont pas à jour et nécessite une actualisation.

≡ **Le Comité National des Experts pour l'éradication de la Poliomyélite**

Créé en 2005 par l'arrêté ministériel N° 9540 en date du 04 octobre 2005, il est composé de spécialistes en santé publique, en neurologie, en pédiatrie, en bactériologie et virologie. Il a pour mission de :

- faire la classification finale de tous les cas de Paralysies Flasques Aiguës (PFA) ;
- contrôler la qualité de la surveillance des cas de PFA et la performance du laboratoire ;
- contrôler les progrès accomplis dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite ;
- fournir un appui technique pour l'initiative d'éradication de la poliomyélite.

≡ **Le Comité National de Certification**

Créé en 2005 par l'arrêté ministériel N° 9539 en date du 04 octobre 2005, il est composé d'experts en médecine, en pédiatrie et en santé publique. Il a pour mission de :

- encadrer les responsables nationaux de la surveillance épidémiologique et du Programme Elargi de Vaccination dans la préparation de la documentation requise pour la certification de l'éradication de la poliomyélite ;

- faire la revue de la documentation sur la certification et informer le personnel national de la surveillance épidémiologique et du Programme Elargi de vaccination des informations complémentaires ;
- faire des visites dans les hôpitaux, les laboratoires et autres secteurs pour valider les données de vaccination et de surveillance épidémiologique ;
- passer en revue le travail du Comité National d'Experts de la Poliomyélite (CNEP) pour la classification de cas de paralysie flasque aiguë en ayant une attention particulière pour les cas compatibles de poliomyélite ;
- recommander des activités de surveillance ou de collecte de données complémentaires exigées pour la certification ;
- soumettre régulièrement à la Commission de Certification de la Région Africaine (CCRA) de l'OMS des rapports sur les progrès réalisés dans le cadre de la certification et les difficultés rencontrées capables de retarder le processus de certification ainsi que les solutions envisagées ;
- préparer et soumettre à la CCRA, un rapport final pour la certification de l'éradication de la poliomyélite par le pays après qu'il ait été prouvé l'absence de circulation du poliovirus sauvage pendant au moins trois (03) ans avec une documentation complète et approuvée.

🏛 Comité de gestion des MAPI

Il est créé par l'arrêté N° 2778/MS/DC/SGM/ANV-SSP/SA du 07/07/2011. Il est responsable de la coordination et du suivi de la surveillance, des investigations des MAPI dues à la vaccination.

Le comité a pour mission de :

- développer des directives pour la surveillance et la gestion des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI) ;
- proposer les méthodes et procédures pour la surveillance active, la recherche des cas de MAPI, l'investigation de tous les cas graves de MAPI, la collecte, la transmission des prélèvements et la gestion des cas cliniques suspects ;
- suivre l'enregistrement des cas de MAPI et l'investigation des cas graves ;
- classer les cas de MAPI graves.

L'ANV-SSP collabore avec certaines directions du Ministère de la Santé que sont : Direction de la Santé de la Mère et de l'enfant, Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Explorations Diagnostiques, Direction des Ressources Financières et du Matériel, Direction des Ressources Humaines, Direction de la Programmation et de la Prospective, Direction des Infrastructures, d'Equipements et de la Maintenance, Direction Nationale des Etablissements de Soins, Direction de la Formation et de la Recherche en Santé, Direction Nationale de la Santé Publique, Direction de la Promotion des Soins Infirmiers et Obstétricaux.

Quelques ministères participent à la mise en œuvre des activités de l'ANV-SSP : Ministère Chargé de la Défense Nationale , Ministère d'Etat Chargé de l'Economie, des Finances et des Programmes de Dénationalisation, Ministère de l'Enseignement Maternel et Primaire, Ministère d'Etat Chargé de l'Enseignement Secondaire, de la Formation Technique et Professionnelle de la Reconversion et de l'Insertion des Jeunes , Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, Ministère de l'Intérieur , de la Sécurité Publique et des Cultes, Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age, Ministère de la Communication et des Technologies de l'Information et de la Communication.

✿ Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV)

Le Bénin dispose d'un Comité National Consultatif pour la Vaccination et les Vaccins (CNCV) par arrêté N° 173 en date du 27 Août 2013 faisant office de Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination.

Le CNCV se réunit régulièrement pour étudier la qualité des vaccins afin de donner son avis technique et élaborer des recommandations à l'endroit du Ministre de la santé pour l'introduction des nouveaux vaccins. De manière plus détaillée il est chargé de :

- analyser les politiques et stratégies nationales de vaccination en cours (PEV de Routine, AVS et Surveillance épidémiologique)
- proposer au besoin les réaménagements nécessaires pour les politiques et stratégies vaccinales ;

- proposer des stratégies optimales pour le contrôle des maladies évitables par la vaccination ;
- conseiller les autorités nationales sur les stratégies pertinentes pouvant permettre le monitoring et l'évaluation de l'impact des activités de vaccination ;
- faire un plaidoyer en direction des autorités nationales, de la société civile, du secteur privé, pour soutenir les politiques nationales de vaccination ;
- informer les autorités nationales sur les derniers développements scientifiques et les innovations dans le domaine de l'immunisation et des vaccins ;
- établir des partenariats avec d'autres comités consultatifs pour la vaccination.

Actuellement le CNCV fait face à des difficultés financières pour son fonctionnement.

III.1.2.2. Gestion des ressources humaines

Ressources humaines

Le Ministère de la santé dispose d'un Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines (PSDRH) 2009-2018, et d'un plan de formation des ressources humaines pour la période 20015-2017. Toutefois le PSDRH a été faiblement mis en œuvre de même que le plan de formation n'a pas pris en compte suffisamment les aspects de renforcement de capacité en matière de vaccination, Aussi, le plan de carrière des agents n'est-il pas suffisamment pris en compte.

○ Au niveau central

Les activités du PEV au niveau central sont coordonnées par le Directeur Général de l'Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires. L'Agence est divisée en trois directions techniques. Toutes les directions techniques et la direction générale sont dirigées par les médecins de santé publique.

○ Au niveau intermédiaire

Le PEV au niveau intermédiaire est géré par un chef du service départemental de santé publique : Médecin de Santé Publique assisté de :

- un chef de la division de la vaccination et du recouvrement des coûts : Technicien supérieur en santé publique ou Logisticien du PEV ou Contrôleur d'action sanitaire ;
- un chef de la division de la communication : Inspecteur d'action sanitaire ;
- un chef de la division maladie et catastrophe : Technicien supérieur en épidémiologie ;
- une secrétaire administrative ;
- un conducteur de véhicule administratif ;
- un gardien de nuit.

○ Au niveau périphérique

Au niveau périphérique, le personnel en charge du PEV est composé de :

- un Médecin coordonnateur de Zone : Médecin de santé publique ;
- un Chargé de Recherche pour Action et Mobilisation Sociale (CRAMS) ;
- un infirmier major de zone : Contrôleur d'action sanitaire ;
- un Médecin chef de commune : Médecin diplômé d'Etat ;
- un responsable PEV : infirmier diplômé d'Etat ou Sage-femme diplômé d'Etat ou Infirmier breveté ;
- un chargé des statistiques.

Renforcement des capacités

Périodiquement, suite aux affectations ou à la désignation /nomination de nouveaux responsables ou suite aux recommandations de certaines équipes de vaccination, il est procédé à la formation ou au recyclage du personnel. Cette formation ou recyclage peut être organisé par le niveau national, intermédiaire ou périphérique. L'effectif du personnel formé ou recyclé est fonction des ressources mobilisées. Ces renforcements sont parfois pris en charge par les partenaires (OMS, Unicef, etc.)

Il faut signaler que de nombreux besoins de renforcements de capacité existent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais attendent les financements.

Supervision formative

Elle est planifiée une fois par semestre par le niveau central, une fois par trimestre au niveau départemental et tous les deux mois au niveau périphérique. Mais cette planification n'est pas respectée du fait de l'absence de directives claires sur la réalisation des activités des supervisions.

III.1.2.3. Financement des activités du programme

Généralités

Dès son lancement en 1982 jusqu'au milieu des années 1990, la Communauté Internationale (OMS, Unicef, ROTARY, USAID, etc.) a accordé une priorité au PEV qui a bénéficié de financements conséquents. Ceci a permis d'assurer l'essentiel du financement du programme et les taux de couverture vaccinale ont connu une nette amélioration.

La deuxième moitié des années 1990 a été marquée par une réduction du financement du PEV par les bailleurs traditionnels : l'évolution positive de la couverture vaccinale est ainsi contrariée, poussant le Gouvernement et ses partenaires à chercher une autre alternative, notamment pour le financement des vaccins et consommables.

Contribution de l'Etat au financement du PEV

L'assainissement des finances publiques a permis au Gouvernement de renforcer son engagement vis-à-vis du PEV en initiant dès 1996 l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale (IIV). Notons que le Bénin finance l'entièreté de ses besoins en vaccins pour les vaccins traditionnels depuis l'année 2000. Les vaccins sous utilisés et les nouveaux vaccins sont en très grande partie financés par Gavi avec un cofinancement par l'Etat (1/5ième). Les activités de vaccination supplémentaire sont financées essentiellement par les partenaires techniques et financiers notamment l'OMS, l'UNICEF, le Rotary international, etc., avec une petite contribution de l'Etat pour ces AVS.

Le tableau 14 indique la contribution de l'Etat pour l'achat des vaccins de 1995 à 2017.

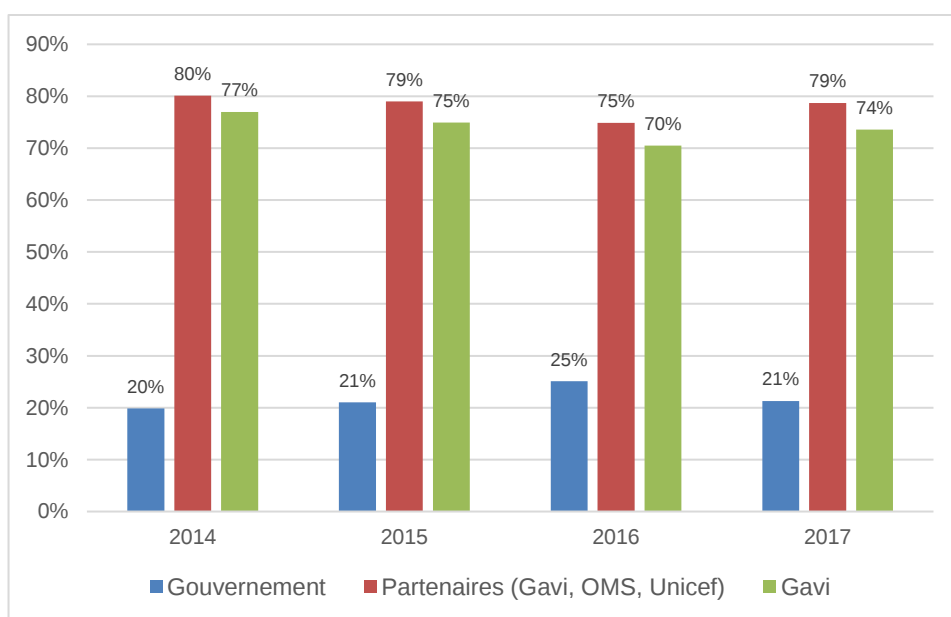
Tableau 14 : Evolution des contributions de l'Etat et décaissement dans le cadre de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale, Bénin, 1995 – 2017 (coût en millions de FCFA)

Années	Montants prévus (en millions de FCFA)	Part du Gouvernement dans l'achat des vaccins (%)	Montants décaissés (En millions de FCFA)	Montant alloué par GAVI (En millions de FCFA)
1995	30	0	30	
1996	30	10	30	
1997	187,3	50	187	
1998	299	80	210	
1999	337	90	337	
2000	837	100	837	
2001	837	100	837	
2002	878,85	67,13	783,732	528,5
2003	900	67,13	295,973	
2004	900	81,47	899,39	204,5
2005	950	29,19	667	1 617, 750
2006	900	25,83	875,19	2 512,250
2007	950	18,7	650	2 809,000
2008	900	23,51	459, 28	1 493,775
2009	950	20,04	792,096	3159

Années	Montants prévus (en millions de FCFA)	Part du Gouvernement dans l'achat des vaccins (%)	Montants décaissés (En millions de FCFA)	Montant alloué par GAVI (En millions de FCFA)
2010	821,564	31,14	821,564	1816,477
2011	500	16,50	564,653	2 856,127
2012	500	14,22	429,083	2 588
2013	6266	17,50	1096	1 500
2014	2350	33,51	2256	1500
2015	1734,11	51,09	1500.994	734,11
2016	2900	27,71	2766.884	2000
2017	1925	52,69	2114	1000

Source : Revue externe du PEV-2001, 2008, 2014, rapport d'auto-évaluation, ANV-SSP, 2016 et 2017, Fact Sheet Gavi Bénin consulté le 01/11/2018

La figure 25 ci-dessous indique la contribution de l'Etat à toutes les activités du PEV en général de 2014 à 2017.



Sur la période de 2014 à 2017, ¾ du financement du PEV est assuré par les partenaires en l'occurrence l'alliance Gavi. En effet, Gavi a financé 80% l'achat des vaccins nouveaux et sous utilisés, les campagnes de vaccination contre la rougeole (2014), le switch du VPI (2015) et le projet de démonstration du vaccin HPV.

Figure 24 : Structure du financement du PEV de 2014 à 2017

Contribution des partenaires au financement du PEV

Les mécanismes de gestion sont spécifiques pour chaque partenaire. La mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre des activités est évaluée dans le plan d'action annuel.

D'une manière générale, les apports des PTF ont été très positivement appréciés de 2013 à 2017

Tableau 15: Financement des partenaires du programme de 2013 à 2017 (en F CFA)

Année	OMS	UNICEF	GAVI	TOTAL
2013	1 179 070 000	1 286 230 000	2 659 240 000	5 124 540 000
2014	180 000 000	190 750 000	5 333 036 240	7 248 278 422

2015	100 000 000	80 000 000	2 860 441 920	4.059.413.533
2016	137 282 000	796 000 000	4 030 983 600	5.378.568.533
2017	100 000 000	80 000 000	4 374 931 680	5 685 634 633

III.1.3. Synthèse de l'analyse de la situation du PEV par composante

Le tableau 16 fait la synthèse de l'analyse situationnelle de la vaccination systématique par composante du système de vaccination.

Tableau 16 : Analyse de situation du PEV de routine par composante du système de vaccination

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2015	2016	2017
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation et réglementations	Combien de fonctions sont gérées par les ANR	0	0	0
	Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant une ligne budgétaire (<i>line item</i>) pour la vaccination ?	Oui	Oui	oui
	Existe-t-il une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ?	Oui	Oui	oui
Politique	La politique nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ?	Non	Non	Non
Planification	Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par les processus de budgétisation du ministère de la Santé ?	Oui	Oui	Oui
	Nombre et pourcentage de districts bénéficiant d'un microprogramme annuel de vaccination La plupart des départements disposent de micro plan élaborés depuis la base jusqu'au niveau central	17 (50%)	17 (50%)	17 (50%)
Coordination	Nombre de réunions du CCI (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée	2	0	4
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination ou les dépenses engagées	0	0	0
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Nombre de RH	Nombre de personnel* de santé pour une population de 10 000 habitants	7,9	8	7,5
	Pourcentage de postes d'agents vaccinateurs actuellement vacants	0	0	0
Renforcement des capacités	Nombre et pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type MLM ou VDP	0	0	0
	Pourcentage du personnel de santé ayant reçu une formation relative aux services de vaccination au cours des deux dernières années (données provenant des rapports PEV)	ND	ND	ND
	Révision du programme de formation initiale du personnel médical et soignant en matière de vaccination	ND	ND	ND

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2015	2016	2017
Supervision	Moyenne annuelle de visites de contrôle du niveau central dans chaque département :	2	2	2
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				
Viabilité financière	Existence d'une ligne budgétaire dans le budget national public réservé spécifiquement à l'achat de vaccins pour la vaccination de routine	Oui	Oui	Oui
	Montant dépensé avec les fonds propres du gouvernement pour les vaccins utilisés dans la vaccination de routine ?	766 884 942	766 884 942	1 114 000 000
	Dépenses totales (toutes sources) consenties aux vaccins utilisés dans la vaccination de routine	3 327 562 000	2 238 000 000	1 395 000 000
	Pourcentage des dépenses totales en matière de vaccin financé par les fonds publics	51,09%	27,71%	52,69%
	Montant dépensé avec les fonds propres du gouvernement pour la vaccination de routine ?	1 130 702 953	1 018 971 619	1 544 492 182
	Dépenses totales en matière de vaccination de routine (toutes sources)	4.059.413.533	5.378.568.533	5 685 634 633
	Pourcentage des dépenses en matière de vaccination financé par des fonds publics	21%	25%	20%
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS				
Transport / mobilité	Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de véhicules / motos / barques motorisées (selon les besoins) en bon état de marche réservés à la surveillance/aux activités sur le terrain du PEV	55%	60%	75%
Approvisionnement des vaccins	Y a-t-il eu des ruptures de stock d'antigènes, quels qu'ils soient, au cours de l'année passée au niveau national ?	Oui	Oui	Oui
Chaîne de froid / Logistique	Pourcentage de formations sanitaires dotés d'un nombre suffisant d'équipements de la chaîne de froid en bon état de fonctionnement	00%	01%	08%
	En quelle année a eu lieu le dernier contrôle d'inventaire pour l'ensemble des équipements de la chaîne de froid, de transport et de gestion des déchets (ou de GEV) ?	SO	2016 : Inventaire	2017 : GEV
	Nombre de structures SSP ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la dernière évaluation GEV	SO	SO	0%
	Pourcentage des communes possédant un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne de froid	0%	0%	0%
Élimination des déchets	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets	Non	Non	Non
5. SERVICES DE VACCINATION				
Couverture de routine	Couverture par (DTC-HEPB – HIB)3	104%	93%	94%
Demande	Pourcentage d'abandon du (DTC-HEPB – HIB)1 – (DTC-HEPB – HIB)3 à l'échelon national	10%	5%	4%
	Pourcentage des communes avec un taux d'abandon du (DTC-HEPB – HIB)1 – (DTC-HEPB – HIB)3 > 10 %	25	0	28
Équité	Nombre de communes avec une couverture < 80 %	2	12	21
	Écart en pourcentage entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles	26,9	26,9	25

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2015	2016	2017
Nouveaux vaccins	Pourcentage de couverture de vaccination VPC (ou de couverture pour d'autres nouveaux antigènes)	103%	93%	94%
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	Pourcentage de rapports (notification) de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escompté (exhaustivité)	100%	100%	100%
	Taux de détection de la PFA chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants	173,9	197,8	174,5
	Pourcentage de cas de rougeole suspectée pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé	88,5	70,9	63,9
	Nombre de décès néonataux ayant fait l'objet d'une enquête de suivi	ND	ND	ND
	Plan de surveillance sentinelle établi pour le rota virus	NA	NA	NA
	Plan de surveillance sentinelle établi pour la méningite (HiB/VPH)	ND	ND	ND
	Pourcentage de cas de méningite suspectée qui ont fait l'objet de tests HiB/maladies pneumococciques conformément au protocole standard	ND	ND	ND
Contrôle de la couverture	Écart en pourcentage entre les chiffres de couverture par (DTC-HEPB – HiB)3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	17%	7%	22%
Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	ND	ND	100%
Manifestations indésirables	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Oui	Oui	Oui
	Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête	6	ND	4
7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE				
Stratégie de communication	Existence d'un plan de communication concernant la vaccination systématique	ND	ND	Oui
Recherche	Année de la dernière étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination	2014 Revue externe PEV	2014 Revue externe PEV	2014 Revue externe PEV

*Médecins, infirmiers, sage- femmes

III. 2. Initiatives mondiales de lutte accélérée contre les maladies au Bénin

Les initiatives de lutte accélérées concernent les maladies telles que :

- La poliomyélite : Eradication de la poliomyélite
- La rougeole/rubéole : Elimination de la rougeole/ rubéole
- Le tétanos maternel et néonatal : Elimination du tétanos
- La méningite A avec le vaccin MenAfrivac

III.2.1 Activités supplémentaires de vaccination

A l'instar de la plupart des pays de la sous-région, le Bénin organise des activités supplémentaires de vaccination telles que :

- Les Journées nationales /locales de vaccination contre la poliomyélite chez les enfants de 0- 5 ans,
- Les campagnes de suivi contre la rougeole,

- Les campagnes de masse contre la méningite avec le vaccin Men A pour la population âgée de 0- 29 ans,
- Les journées de rattrapage dans le cadre de PEV de routine.

Les principales difficultés rencontrées dans l'organisation de ces AVS sont relatives à : la mise en place tardive de fonds ; l'insuffisance de la supervision de proximité et dans la revisite des maisons par les vaccinateurs ; le mauvais remplissage des fiches de pointage et des erreurs de marquage des cibles.

Journées Nationales de Vaccination (JNV) contre la Poliomyélite

De 1996 à 2018, le Bénin a organisé au total 22 éditions comportant 66 journées nationales et 11 journées locales de vaccination. Le tableau suivant indique les tours de JNV/JLV de 1996 à 2018

Tableau 17 : Récapitulatif des JNV/JLV selon la stratégie porte à porte au Bénin de 1996 à 2018

Année	Tour JNV ou JLV	Date/Mois	No. Enfants < 5 ans ciblés (en 1000)	No ; enfants < 5 ans vaccinés avec le VPO	Couverture (%)
1996	JNV	3-6 Jan	1 071 070	1 234 882	115
	JNV	6-9 Déc	1 071 070	1 204 360	112
1997	JNV	21-23 Nov	1 106 991	1 216 938	110
	JNV	19-21 Déc	1 106 991	1 232 916	111
1998	JNV	13-15 Nov	1 152 886	1 340 739	116
	JNV	11-13 Déc	1 152 886	1 288 411	111
1999	JNV	22-24 Oct	1 190 825	1 423 181	120
	JNV	19-21 Nov	1 190 825	1 379 750	116
2000	JNV	13-15 Oct	1 196 905	1 540 719	129
	JNV	17-19 Nov	1 196 905	1 618 799	135
2001	JNV	23-25 Oct	1 715 318	1 781 308	104
	JNV	27-29 Nov	1 715 318	1 828 581	107
	JLV	06- 08 mai	851 381	939 000	110
	JLV	06-08 Juin	851 381	958 354	113
2002	JNV	5-7 Oct	1 864 021	1 948 696	103
	JNV	9-11 Nov	1 864 021	1 971 193	105
2003	JNV	22-24 Oct	2 027 201	2 148 146	106
	JNV	05-07 Déc	2 027 201	2 164 439	107

Année	Tour JNV ou JLV	Date/Mois	No. Enfants < 5 ans ciblés (en 1000)	No ; enfants < 5 ans vaccinés avec le VPO	Couverture (%)
2004	JNV	24-26 Fév	2 111 756	2 160 796	102
	JNV	23-25 Mar	2 111 756	2 178 8 90	103
	JNV	9-11 Oct	2 111 756	2 269 084	107
	JNV	19-21 Nov	2 111 756	2 270 139	107, 5
2005	JNV	26-28 Fév	2 326 053	2 289 757	101,48
	JNV	09-11 Avr	2 326 053	2 329 563	103,24
	JNV	11-13 Nov	2 326 053	2 300 172	98, 89
	JNV	09-11 Déc	2 326 053	2 380 093	102, 32
2006	JNV	27-29 Mai	2 403 943	2 572 280	101
	JNV	24-26 Juin	2 403 943	2 614 500	104
2007	JNV	13-15 Avr	2 591 806	3 106 240	101
2008	JNV	05-07 Avr	2 677 409	3 300 000	101
	JLV	05-07 Juil	1 048 681	1011660	102
	JLV	08-10 Août	1 048 681	1 014 033	100
	JLV	05-07 Nov	1 048 681	1006000	102
2009	JNV	28 Fév au 02 Mars	2 807 512	2 875 392	102
	JNV	28-31 Mars	2 807 512	2 913 554	104
	JNV	26-29 Juin	2 807 512	2 875 392	101
	JNV	24-26Juil	2 807 512	2 913 554	104
	JLV	10-13 Oct	424 190	424 577	100
	JLV	16-déc	195 403	202 806	104
2010	JNV	05 - 07 Avr	3 006 000	3 300 000	102
	JNV	19-21 Nov	3 006 224	3 078 242	102

Année	Tour JNV ou JLV	Date/Mois	No. Enfants < 5 ans ciblés (en 1000)	No ; enfants < 5 ans vaccinés avec le VPO	Couverture (%)
	JNV	17- 19 Déc	3 006 224	2 958 151	98
	JLV	06-08 Mar	2 182 000	2 442 000	102
2011	JNV	28-30 Mai	3 121 345	3 323 370	98
	JNV	01-03 Oct	3 121 345	3 369 460	101
	JNV	29-31 Oct	3 121 345	3 228 273	102
2012	JNV	23-25 Mars	3 246 162	3 240 202	100
	JNV	18-22 Oct	3 246 162	3 284 861	101
	JNV	05-10 Déc	3 246 162	3 337 321	103
2013	JNV	26-28 Avr	3 309 958	3 392 813	103
	JNV	24-26 Mai	3 309 958	3 403 614	103
	JNV	25-27 Oct	3 309 958	3 412 763	103
	JNV	22-24 Nov	3 309 958	3 428 670	104
2014	JNV	25-27 avril	3 508 699	3 498 603	100
	JNV	13-15 juin	3 508 699	3 537 641	101
	JNV	19-21 sept	3 508 699	3 496 779	100
	JLV	19-21 déc	2 945 918	2 986 881	101
2015	JNV	27 fév au 02 mar	3 583 780	3 610 333	101
	JNV	10 -12 avril	3 583 780	3 620 431	104
	JNV	02-04 oct	3 583 780	3 543 500	100
2016	JNV	1 ^{er} -03 avr	3 555 812	3 651 651	103
	JNV	22-24 avr	3 545 812	3 627 323	102
2017	JNV	21-23 avr	3 567 644	3 596 404	100
	JLV	27-29 oct	2 255 240	2 260 975	100

Année	Tour JNV ou JLV	Date/Mois	No. Enfants < 5 ans ciblés (en 1000)	No ; enfants < 5 ans vaccinés avec le VPO	Couverture (%)
	JNV	24-26 nov	3 574 353	3 611 006	101
2018	JNV	06-08 avr	3 616 205	3 664 255	101

Le Monitoring indépendant suite aux JNV contre la polio a été institué au Bénin à partir de 2010. Le tableau ci-dessous permet d'établir la comparaison des couvertures administratives et celles du Monitoring indépendant des JNV de 2010 à 2018.

Tableau 18 : Comparaison des couvertures administratives selon JNV et celles du Monitoring indépendant de 2010 à 2018

Année	Tour JNV ou JLV	Date/Mois	No. Enfants < 5 ans ciblés (en 1000)	No ; enfants < 5 ans vaccinés avec le VPO	Couverture (%)	
					Selon JNV	Selon monitoring indépendant
2010	JNV	05 - 07 Avr	3 006 000	3 300 000	102	ND
	JNV	19-21 Nov	3 006 224	3 078 242	102	ND
	JNV	17- 19 Déc	3 006 224	2 958 151	98	ND
	JLV	06-08 Mar	2 182 000	2 442 000	102	ND
2011	JNV	28-30 Mai	3 121 345	3 323 370	98	93
	JNV	01-03 Oct	3 121 345	3 369 460	101	93
	JNV	29-31 Oct	3 121 345	3 228 273	102	95
2012	JNV	23-25 Mars	3 246 162	3 240 202	100	93
	JNV	18-22 Oct	3 246 162	3 284 861	101	ND
	JNV	05-10 Déc	3 246 162	3 337 321	103	94
2013	JNV	26-28 Avr	3 309 958	3 392 813	103	93
	JNV	24-26 Mai	3 309 958	3 403 614	103	95
	JNV	25-27 Oct	3 309 958	3 412 763	103	96
	JNV	22-24 Nov	3 309 958	3 428 670	104	96
2014	JNV	25-27 avril	3 508 699	3 498 603	100	96
	JNV	13-15 juin	3 508 699	3 537 641	101	97

	JNV	19-21 sept	3 508 699	3 496 779	100	94
	JLV	19-21 déc	2 945 918	2 986 881	101	NA
2015	JNV	27 fév au 02 mar	3 583 780	3 610 333	101	96
	JNV	10 -12 avril	3 583 780	3 620 431	104	97
	JNV	02-04 oct	3 583 780	3 543 500	100	95
2016	JNV	1 ^{er} -03 avr	3 555 812	3 651 651	103	95
	JNV	22-24 avr	3 545 812	3 627 323	102	97
2017	JNV	21-23 avr	3 567 644	3 596 404	100	95
	JLV	27-29 oct	2 255 240	2 260 975	100	95
	JNV	24-26 nov	3 574 353	3 611 006	101	97
2018	JNV	06-08 avr	3 616 205	3 664 255	101	91

Source : Rapport technique des JNVs

Campagne de vaccination contre la rougeole

Entre 2005 et 2015, le Bénin a organisé quatre campagnes de suivi contre la rougeole. Les figures suivantes illustrent les différents résultats enregistrés.

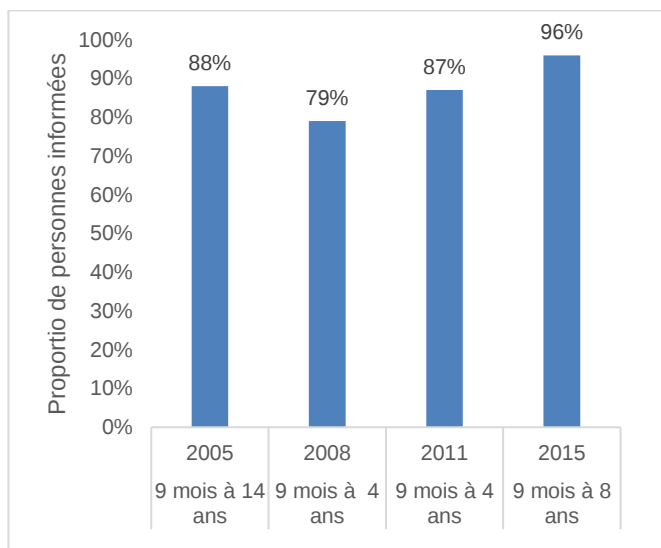


Figure 25 : Proportion de personnes informées lors des campagnes de vaccination contre la rougeole de 2005 à 2015 au Bénin

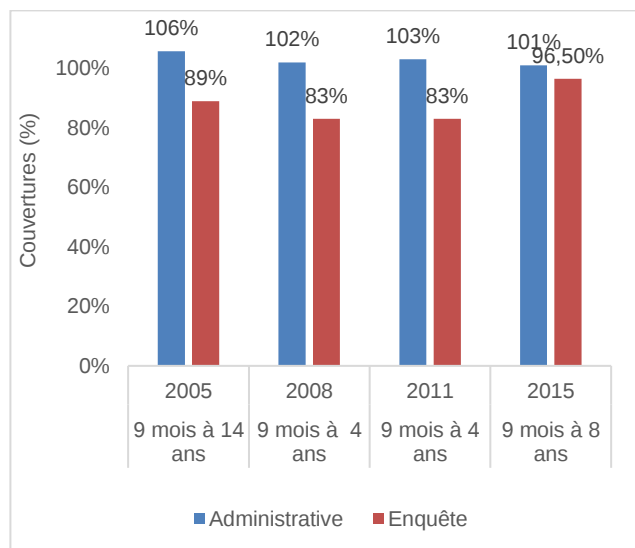


Figure 26 : Comparaison des couvertures d'enquêtes et des couvertures administratives lors des campagnes de vaccination contre la rougeole de 2005 à 2015 au Bénin

Les raisons de la non vaccination des enfants lors des AVS de 2005 à 2015 sont consignées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 19 : Principales raisons de la non-vaccination des enfants lors des campagnes de vaccination de 2005 à 2015

Raisons	2005	2008	2011	2015
Absence des parents pendant la campagne	19%	14%	ND	38%
Pas informé de la campagne	37%	43%	55%	27%
Total	56%	57%	55%	65%

Source : Rapport technique des JNVs

La proportion de parents informés de la campagne est en progression constante depuis 2008. Elle a atteint son niveau le plus élevé durant la campagne de 2015 (Figure 26). L'absence et le manque d'information des parents ont toujours été les principales raisons de non-vaccination des enfants (Tableau 22). Les couvertures vaccinales administratives dépassaient toujours 100% et étaient supérieures aux couvertures rapportées par les enquêtes. Même si les cibles ne sont pas les mêmes on peut constater que la couverture vaccinale par enquête de la quatrième campagne de suivi, est la plus élevée de toutes les campagnes de vaccination contre la rougeole organisée au Bénin. Les couvertures vaccinales de ces campagnes n'ont jamais atteint 90% après enquête (de 2005 à 2011). Inversement sa couverture administrative est la plus faible.

Campagne de masse contre la méningite avec le vaccin MenAfriVac

Le Bénin a organisé la campagne de lutte contre la méningite à Méningocoque A avec le vaccin MenAfriVac en novembre 2012. La figure ci-dessous indique la comparaison des couvertures vaccinales administratives à celles du monitoring et de l'évaluation

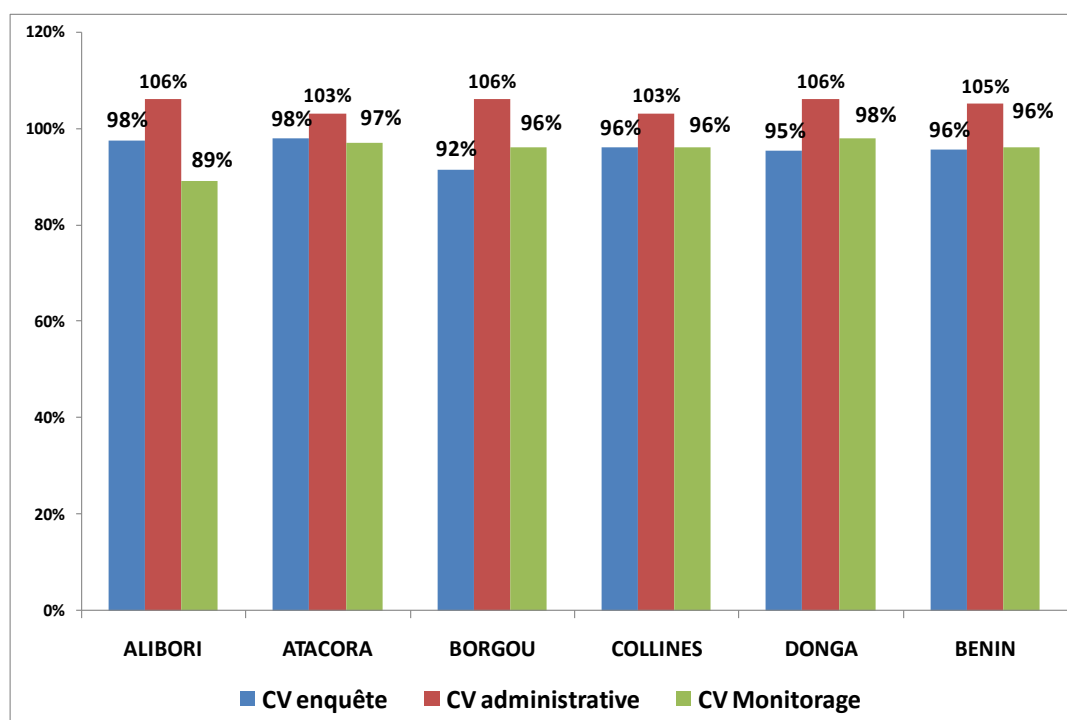


Figure 27 : Comparaison des couvertures vaccinales selon les données administratives, du monitoring et de l'enquête par département

Source : Rapport technique AVS

La comparaison des trois couvertures montre que les données du monitoring sont superposables à celles de l'enquête de couverture. Ces deux données sont un peu plus faibles que les données administratives rapportées par les communes.

Rattrapage des cibles manquées

Au Bénin, pour le PEV de routine le rattrapage des cibles est trimestriel dans les zones à contre-performance. Mais les données de ces différents rattrapages sont systématiquement ajoutées aux rapports activités des formations sanitaires concernées. Depuis 2011, avec l'avènement de la Semaine Africaine de la Vaccination, entre autres manifestations le rattrapage s'organise de façon synchronisée dans les communes à faibles performance pendant la semaine d'activités de rattrapage. Pour la cinquième édition de mai 2015 qui s'est déroulée dans 39 communes contre performantes réparties dans les départements de l'Atlantique-Littoral, Atacora-Donga, Mono-Couffo, Ouémé-Plateau et Zou-Collines Comme résultats, 3 397 cibles ont été rattrapées pour le BCG, 4 866 pour le Penta 15 382 pour le (DTC – Hep B – Hib)3, 5 682 pour VAR et VAA et 3 666 femmes enceintes ont reçu le VAT2 puis 1587 femmes enceintes ont également reçu le VAT2+

En ce qui concerne, les campagnes, les rattrapages s'organisent durant les 48 heures qui suivent les campagnes dans les zones à faible performance.

III.2.2 Synthèse de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies

La synthèse de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies se présente comme suit dans le tableau ci-dessous :

Tableau 20 : Analyse de situation par initiative de lutte accélérée contre les maladies jusqu'en 2017

Indicateurs	SITUATION NATIONALE													
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
POLIOMYELITIS														
Couverture VPO3	89%	93%	92%	97%	94%	98%	98%	97%	104%	93%	94 %	98%	105%	106%
Taux de PFA non polio pour 100 000 habitants	3,0	1,9	2,4	3,1	3,2	3,2	2,4	2,6	3,5	4,0	3,5	1,98	2,18	2,13
Données JNV/JLV														
1 ^{er} passage	102	101	101	101	101	102	102	98	100	103	100%	101%	103	100
2 ^{ème} passage	103	103	104			104	98	101	101	103	101%	104%	102	100
3 ^{ème} passage	107	99				101		102	103	103	100%	100%		101
4 ^{ème} passage	108	102				104					101%			
Résultats après monitoring														
1 ^{er} passage								93	93	93	94%	96%	95%	95%
2 ^{ème} passage								93	90	95	95%	97%	97%	95%
3 ^{ème} passage								95	94	96	96	95%		97%
4 ^{ème} passage									91	96	NA			
Nombre de Poliovirus sauvage notifié	06	00	00	00	06	20	00	00	00	00	00	00	00	00
TMN														
Couverture VAT2+	68%	65%	68%	66%	65%	68%	63%	70%	82%	69%	69%	68%	69%	69%
Couverture vaccinale AVS TMN dans les districts à haut risque :	SO	SO	SO	122%	SO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Nombre de cas de TMN notifiés	7	12	18	9	7	4	3	6	6	8	3	7	7	13
Nombre de districts notifiant plus d'un cas de TMN pour 1000 naissances vivantes	ND	ND	ND	ND	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
ROUGEOLE ET RUBEOLE														
Couverture VAR	85%	85%	89%	92%	86%	94%	92%	94%	91%	94%	91%	94%	102%	103%
Nombre de cas notifiés	262	294	277	503	1090	1039	394	603	535	1004	927	255	320	429
AVS résultats de monitoring		89%			83%			83%			96%	NA	NA	NA
Nombre de flambées de rougeole/rubéole confirmées par laboratoire	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	2	14

Indicateurs	SITUATION NATIONALE													
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre total de cas de rougeole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	180	169	167	357	298	1349	269	327	308	772	786	55	89	97
Nombre total de cas de rubéole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	15	8	40	03	00
MENINGITE EPIDEMIQUE														
Couverture du vaccin méningococcique A (AVS)	SO	SO	SO	SO	SO	SO	SO	SO	98%	SO	SO	SO	SO	SO

III.1.3. Synthèse de l'analyse situationnelle : forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)

Tableau 21: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM)

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
1. GESTION DU PROGRAMME			
- Existence de procédures, normes et standards : - Disponibilité permanente des estimations conjointes OMS/Unicef/Pays des données de la vaccination (JRF) - Disponibilité des rapports d'auto évaluation prenant en compte les activités de vaccination - Disponibilité du rapport de performance du Ministère de la santé prenant en compte les activités de vaccination - Existence de cadres de redevabilité (CCIA-PEV, CODIR, CNEEP, CDEEP) - Revue périodiques du programme PEV : (Revue externes PEV 2008, 2014) - Production de bulletin mensuel du PEV pour la rétro information des résultats obtenus - Respect de l'obligation de rendre compte à la chambre des comptes de la cour suprême (production des états financiers du programme) - Existence du plan de décentralisation et de déconcentration (P2D) du secteur de la santé - Engagement politique (renforcement des pouvoirs des structures de contrôle et d'inspection) - Existence de mécanisme de suivi évaluation des politiques et stratégies (PND, SCRP, document de projet ARCH, PNS, PNDS, PPAC) cohérents - Existence d'instances fonctionnelles de suivi évaluation des actions du secteur (CODIR, CDEEP, CNEEP, RAC) - Existence et utilisation d'un tableau de bord de suivi trimestriel des indicateurs PEV - Existence du SNIGS - Parution régulière des annuaires statistiques	- Faible fonctionnalité des mécanismes de redevabilité à tous les niveaux (central départemental et périphérique) - Faiblesses dans l'utilisation des informations pour la prise de décision à tous les niveaux - Faible fonctionnalité (irrégularité des réunions, faible mise en œuvre des recommandations...) des instances de suivi évaluation au niveau départemental et périphérique - Inexistence d'un guide national de validation des données de la vaccination au plan national - Irrégularité dans l'édition des bulletins de rétro information - Irrégularité des enquêtes de couverture - Faible exploitation des résultats de supervisions et de monitoring au niveau national, intermédiaire et périphérique - Faible qualité des données de couverture vaccinale (discordance récurrente entre les données administratives et les données d'enquêtes) - Faible mise en œuvre du plan de suivi évaluation PEV	- Mécanismes de reddition des comptes mis en œuvre par les partenaires - Exercice de reddition de comptes de plus en plus réalisé dans les communes - Disponibilité des partenaires à accompagner les activités de suivi-évaluation	Non alignement des partenaires sur les stratégies pays

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Intégration des données du PEV dans le DHIS2			
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES			
- Disponibilité d'un cadre organique et d'un plan stratégique de développement des ressources humaines en santé - Existence de personnel qualifié formé sur le PEV à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	- Mobilité du personnel de santé - Insuffisance de supervision formative - Faiblesse du partenariat local (opérateurs économiques, fondations, OSC, Association Nationale des Communes du Bénin) - Absence de l'approche par tutorat/coaching dans le PEV - Absence d'un mécanisme de motivation des agents de santé impliqués dans les activités de vaccination basé sur la performance.	- Existence des relais communautaires dans toutes les aires sanitaires - Existence d'expérience pilote de partenariat plateforme des OSC sur la vaccination, secteur privé santé et communauté en appui au PEV - Possibilité de mobilisation de ressources locales (opérateurs économiques, fondations) - Prise en compte CPN et prise en charge des enfants dans le paquet de l'ARCH (améliorent les couvertures du PEV en minimisant les occasions manquées)	- Réticence à la vaccination liée à certaines religions - Faible accès à la vaccination lié au niveau socio-économique et aux pesanteurs culturelles - Accessibilité géographique difficile dans certaines régions - Baisse de la contribution des PTF en faveur du PEV.
3. FINANCEMENT DES ACTIVITES DU PEV			

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
- Contribution du Budget National à l'achat des vaccins - Existence de financement communautaire pour la vaccination - Réformes dans le secteur de la santé, - Projet de création d'une Alliance Nationale pour la Vaccination dans le PNDS 2018-2022. - Existence d'un document de stratégies nationales de financement de la santé	- Forte dépendance de l'ANV-SSP des bailleurs pour le financement de la vaccination ; - Inexistence d'une ligne budgétaire spécifique à la vaccination aux niveaux intermédiaire (DDS) et opérationnel (ZS et mairies) - Faible implication des autorités communales dans la mobilisation des opportunités et des ressources pour la vaccination - Absence de mécanisme garantissant le financement durable de la vaccination - Insuffisance d'exploitation de la mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la santé	- Stabilité politique - Contribution des PTF, ONG, Associations, etc. au financement de la vaccination. - Existence de financements innovants (GSM, SOBEBRA, etc...) - Possibilité de contribution des mairies au financement de la vaccination (Initiative de la Vaccination Décentralisée) - Possibilité de mobilisation de financements privés locaux (associations de producteurs)	- Persistance de la crise économique mondiale - Diminution progressive de la part du budget du secteur santé dans le budget général de l'Etat ; - Amenuisement de la contribution des PTF
4. PRESTATIONS DES SERVICES			
- Bonne accessibilité aux services de vaccination (BCG et DTC-Hib- HepB 1) - Offre des services de vaccination en stratégies fixes - Equité vaccinale selon le sexe chez les enfants de 12 à 23 mois - Mise en œuvre du processus d'analyse et de planification centré sur l'équité dans les zones sanitaires prioritaires - Implication des relais communautaires dans les activités de stratégie de vaccination et la recherche active des perdus de vue - Introduction de nouveaux vaccins (HepB, Hib, PCV 13, VPI)	- Insuffisances dans l'organisation de la vaccination des cibles en stratégies avancées - Faible mise en œuvre des recommandations issues des états généraux de la vaccination, - Absence de vaccination en stratégie fixe au quotidien dans toutes les formations sanitaires - Faible implication des secteurs privés, confessionnel et libéral dans les prestations de vaccination		
5. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION			

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
- Existence de documents actualisés de politique et stratégies de surveillance des maladies et d'outils de gestion (SMIR, RSI) - Existence d'un système de surveillance cas par cas des maladies évitables par la vaccination (MEV) - Disponibilité des points focaux de surveillance épidémiologique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire - Existence d'un Laboratoire national accrédité pour l'analyse des cas suspects de rougeole et de fièvre jaune - Fonctionnalité des Comités en charge de l'éradication de la polio (CNC, CNEP)	- Insuffisance dans la planification et dans la mise en œuvre des recherches actives des cas de MEV - Insuffisance dans la notification des maladies évitables par la vaccination - Insuffisance dans l'investigation des foyers épidémiques et riposte - Insuffisance de monitoring des indicateurs de la surveillance par niveau - Absence d'une surveillance épidémiologique à base communautaire		
6. INITIATIVES MONDIALES DE LUTTE ACCELEREE CONTRE LES MALADIES			
- Recherche effective des cas de PFA ; - Atteinte du statut d'élimination du TMN en 2010 ; - Régularité des AVS contre la rougeole	- Non atteinte des conditionnalités pour l'introduction de la 2eme dose du VAR dans la vaccination de routine ; - Non atteinte des indicateurs de pré élimination de la rougeole ; - Faible riposte aux flambées (67%) - Absence de surveillance de la rubéole congénitale		
7. LOGISTIQUE/APPROVISIONNEMENT ET QUALITE DES VACCINS			
- Professionnalisation de la gestion logistique des produits de santé en particulier des vaccins - Existence de logisticien de santé dans d'autres structures du Ministère de la santé - Disponibilité de personnel qualifié en Logistique de santé au niveau central (04) et de 5/6 dépôts intermédiaires (Parakou, Natitingou, Abomey, Lokossa et Cotonou) - Existence d'un Groupe Technique de Coordination Logistique fonctionnel au niveau central	- Insuffisance de logisticien de santé au niveau des zones sanitaires : 94% (32/34) des ZS du pays ne disposent pas de logisticien de santé - Verticalisation du système logistique du Ministère de la Santé - Faible performance des scores de la GEV de 2017 - Mise en œuvre insuffisante du plan d'amélioration de la GEV 2012 (Maintenance, Gestion des stocks, Système d'information)	- Existence dans le pays d'une filière de formation en logistique de santé à l'Institut Régionale de Santé Publique (IRSP) - Approbation de la proposition à la plateforme pour le renouvellement des équipements de la chaîne du froid (CCEOP/GAVI) - Démarrage du processus d'intégration des	Absence d'exonération des frais de douanes pour les vaccins et autres intrants de la vaccination

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
- Evaluations périodiques de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) assorties de plan d'amélioration mise en œuvre (2012 et 2017). - Expérimentation du Système Informatisé d'Information Logistique (SIIL) dans 13 zones sanitaires - Utilisation de l'outil SMT au niveau central et intermédiaire, analyse mensuelle des données de stock au niveau central. - Système de quantification des vaccins existant - Existence d'un Mémoire d'Entente avec l'Unicef pour l'achat des vaccins et matériel d'injection : achat de vaccins pré-qualifiés à des prix préférentiels - Opérationnalisation de six dépôts départementaux avec un système de distribution trimestrielle régulière - Existence d'un mécanisme prompt d'enlèvement des intrants au niveau de l'ANV-SSP - Système Logistique Optimisé (SLO) opérationnel dans 13 ZS sur les 34 (Push model) - Intégration de la mise à échelle du SLO dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022 - Capacité de stockage des vaccins suffisante au niveau central et intermédiaire 108 Réfrigérateurs solaires fonctionnels au niveau périphérique - Existence d'un plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid - Existence de pools d'installateurs et de maintenancier pour les équipements de chaîne du froid solaire	- Faible exploitation des données de gestions logistiques (SMT, DVD_MT) pour prise de décision au niveau central, intermédiaire et périphérique - Planification insuffisante des redevances du Système Informatisé d'Information Logistique (SIIL) - Non enrôlement de 21 ZS dans le Système Logistique Optimisé (SLO) - Insuffisance / vétusté des équipements de la chaîne du froid des formations sanitaires : 223 Formations Sanitaires (FS) sans réfrigérateur et 573 FS disposent de réfrigérateurs non conformes aux normes - Absence de plan de renouvellement des Equipements de Chaîne du Froid - Faible financement du plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid	systèmes d'information logistique des programmes de santé (Chemonics) - Possibilité d'utiliser le partenariat public privé pour pérenniser les interventions logistiques à haut impact - Existence d'une stratégie nationale de cyber santé - Existence d'un schéma directeur informatique - Existence d'un programme des jeunes logisticiens professionnels	
8. QUALITE DES DONNEES			
Existence du document de procédure de collecte et de gestion de l'information sanitaire ;	- Vétusté du matériel informatique ; - Sauvegarde non régulière de la base du PEV ;		

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
- Les agents impliqués dans le PEV sont pour la plupart formés ; - La plupart des agents du bureau de zone disposent d'une description de poste ; - Gestionnaire de données de la zone formé sur le DHIS2 ; - Disponibilité et standardisation des outils de collecte ; - Disponibilité des outils de traitement électronique des données (DVD-MT, RIM, DHIS); - Circuit de transmission des données bien défini avec des délais de transmission bien précis ; - Monitoring de la complétude et de la promptitude de notification du niveau inférieur ; - Existence d'un tableau de bord de suivi trimestriel des indicateurs PEV ; - Utilisation des données de population cible fournies par le niveau central ; - Bonne complétude des rapports C7	- Irrégularité dans l'édition des bulletins de retro information ; - Composante gestion des données pas souvent prise en compte dans la grille de supervision ; - Mauvaise estimation de la population cible - Irrégularité des enquêtes de couverture ;		
9. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE			
- Existence du plan intégré de communication pour la survie de la mère du nouveau-né et de l'enfant (2014 – 2018) ; - Existence du plan stratégique de communication pour la vaccination (2017-2021) ; - Disponibilité et fonctionnalité de points focaux de communication aux niveaux central, départemental et opérationnel ; - Expériences en cours de l'initiative vaccinale décentralisée (IVD) soutenues par le conseil communal dans 5 communes du Bénin et TJ (Tékponon Jikuagu) mise en œuvre dans le Couffo ; - Existence d'un réseau de relais communautaires dans toutes les aires sanitaires.	- Mise en œuvre partielle et insuffisante du plan intégré au niveau opérationnel ; - Faible incitation des communautés par les acteurs du PEV à s'engager dans la vaccination ; - Absence de documentation sur les bonnes pratiques en matière de communication pour le PEV de routine ; - Inefficacité des stratégies de communication utilisées par le personnel de santé pour lever les réticences/résistances à la vaccination ; - Insuffisance de supervisions formatives des agents de santé et des agents communautaires sur la	- Existence des instances pouvant être utilisées au profit de la communication pour la vaccination (Conférence Administrative Départementale, Conseil Départemental de Concertation et de Coordination, Conseil communal) - Existence d'un réseau de leaders religieux engagés pour les activités de santé ; - Existence d'opérateurs économiques et des	- Réduction de la contribution des PTF dans la communication pour le PEV de routine. - Tendance baissière de la part du budget de la santé dans le budget de l'état.

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	communication en faveur du PEV de routine ; • Faible allocation de ressources à la communication pour le PEV de routine et la survie de l'enfant.	opérateurs des réseaux GSM ; • Existence d'une plateforme des OSC pour la mobilisation sociale en faveur de la vaccination ; • Disponibilité des chaînes de radios de proximité dans la majorité des communes ; • Existence d'un réseau des formations sanitaires privées offrant les services de vaccination. • Utilisation de la téléphonie mobile par la majorité des ménages.	

IV. BUT, OBJECTIFS, ETAPES ET PRIORITES DU PEV

IV.1 But

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

IV.2. Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité infanto juvéniles attribuables aux maladies cibles du PEV

IV.2.1. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont définis ici pour les thématiques suivantes :

- i) PEV systématique
- ii) Vaccination supplémentaire,
- iii) Surveillance des maladies cibles du PEV
- iv) Sécurité des injections.
- v) Gestion du programme

IV.2.2. Objectifs spécifiques du PEV systématique

Couverture vaccinale

- Porter la couverture vaccinale nationale des enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés de **60% à 80%** d'ici à 2023
- Porter la couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois, ceux de 15 à 23 mois et des femmes enceintes au niveau national d'ici à 2023 pour chaque antigène aux taux indiqués dans le tableau ci-dessous :

Tableau 22 : Objectifs annuels nationaux de couverture vaccinale de 2018 à 2023 par antigène.

Antigènes	Objectifs de la Couverture Vaccinale (%)					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
BCG	96	97	97	98	98	99
Hépatite B à la naissance		50	97	98	98	99
(DTC-HepB Hib)3	90	90	92	92	94	94
VAR	82					
RR 1		88	90	92	92	92
RR 2				50	90	90
VPO3	90	90	92	92	94	94
VPI (une dose)	90	90	92	92	94	94
VAA	82	88	90	92	92	92
PCV 13_3	90	90	92	92	94	94
Vaccin Rota 3	25	90	92	92	94	94
VAT2+-Femmes enceintes	75					
Td2+		76	76	78	78	80
HPV			75	75	80	80
MenA			50	75	78	80

Taux d'abandon

- Réduire les taux d'abandon (DTC-HepB – Hib)1 -(DTC-HepB – Hib)3
- Réduire les taux d'abandon BCG-VAR

Tableau 23 : Objectifs nationaux des taux d'abandon de 2019 à 2023.

TAUX D'ABANDON	Année				
	2019	2020	2021	2022	2023
Taux d'abandon Penta 1 – Penta 3 (%)	10	10	10	10	10
Proportion de communes avec un taux d'abandon Penta 1 – Penta 3 <10% (%)	72	79	86	93	100
Taux d'abandon BCG – RR (%)	15	13	12	10	10
Proportion de communes avec un taux d'abandon BCG-RR <10% (%)	64	72	82	90	100

Taux de perte

Réduire les taux pertes des antigènes conformément aux valeurs du tableau ci-après :

Tableau 24 : Objectifs nationaux de taux de perte de vaccins de 2019 à 2023 par antigène.

Antigènes	Conditionnement du vaccin (nombre de dose par flacon)	Objectifs taux de perte (%)				
		2019	2020	2021	2022	2023
Vaccination de Routine						
BCG	Flacon de 20 doses	35	35	35	35	35
Td (en remplacement du VAT)	Flacon de 10 doses	13	13	13	13	13
RR (en remplacement du VAR)	Flacon de 10 doses	20	20	20	20	20
VPO	Flacon de 20 doses	13	13	13	13	13
VPI	Flacon de 5 doses	5	5	5	5	5
HPV	Flacon de 2 doses		5	5	5	5
DTC-HepB-Hib (Pentavalent)	Flacon de 10 doses	13	13	13	13	13
PCV13	Flacon de 4 doses	5	5	5	5	5
Rota	Flacon de 5 doses	30	30	30	30	30
Hép B à la naissance	Flacon de 1 dose	5	5	5	5	5
Campagnes de Vaccination						
VPO	Flacon de 20 doses	10	10	10	10	10
RR	Flacon de 20 doses			10		
Autres interventions de santé publique						
Vitamine A	Flacon de 200 capsules	10	10	10	10	10
Albendazole	Flacon de 500 comprimés	10	10	10	10	10

Introduction de nouveaux vaccins

- D'ici 2019, introduire le vaccin Rota contre les diarrhées aiguë à Rotavirus pour les cibles de moins d'un an.
- D'ici 2019, introduire le vaccin contre l'hépatite à la naissance
- D'ici 2020, introduire le vaccin contre la Méningite de type A pour les cibles de moins d'un an.

- D'ici 2020, introduire le vaccin HPV chez les filles de 9 ans.
- D'ici 2021, introduire la deuxième dose du vaccin RR

Vaccinations supplémentaires

Poliomyélite :

- Vacciner au moins 95% des enfants de 0 – 59 mois lors des campagnes de masse ou lors des ratissages par l'administration de deux gouttes de VPO ;
- Organiser des campagnes de riposte vaccinale contre la poliomyélite autour des cas de poliovirus sauvage détectés.

Human Papilloma Virus :

- Vacciner au moins 95% des fillettes âgées de 9 ans lors des campagnes de masse ou lors des ratissages par l'administration du Vaccin HPV.

Rougeole - Rubéole :

- Vacciner au moins 95% des enfants de 9mois à 14 ans révolus lors des campagnes de masse contre la rougeole et la rubéole sur toute l'étendue du territoire en 2018.
- Organiser des campagnes de riposte vaccinale contre la rougeole autour des foyers d'épidémie.
- Réduire de 95% la mortalité due à la rougeole d'ici 2020

Tétanos Maternel et Néonatal

- Organiser des campagnes de riposte vaccinale contre le tétanos autour de chaque cas de TMN détecté.

Fièvre Jaune :

- Organiser des campagnes de riposte vaccinale contre la Fièvre Jaune autour d'éventuels cas confirmés.

Surveillance des maladies évitables par la vaccination

- Renforcer le système de surveillance et de contrôle des maladies cibles du PEV et des maladies sous surveillance.
- Evaluer le niveau de performance du système de surveillance
-

Objectif pour la surveillance des PFA d'ici à 2023,

- Maintenir à 100% la proportion des communes qui notifient au moins un cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans tous les départements ;
- Porter de 93 à 95% la proportion des communes ayant 80% d'échantillons de selles collectés dans les 14 jours ;
- Maintenir à au moins 90 % la promptitude des rapports mensuels des communes.

Objectif pour la surveillance de la rougeole et de la rubéole d'ici à 2023,

- Porter de 79 à 85% la proportion de communes ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ;
- Maintenir la performance pour le prélèvement des cas suspects de rougeole à 95% ;
- Investiguer 100% des foyers épidémiques de rougeole détectés.
- Notifier les cas de syndrome de rubéole congénital.

Objectif pour la surveillance du Tétanos Maternel et Néonatal (TMN) d'ici à 2023

- Investiguer 100% des cas de TMN détectés ;

Objectif pour la surveillance de la Fièvre Jaune, d'ici à 2023,

- Porter de 87 à 90% la proportion de communes ayant notifié au moins un cas suspect de Fièvre Jaune ;
- Prélever au moins 90% des cas suspects de Fièvre Jaune

Objectif pour la surveillance des infections à pneumocoque

- Prélever et analyser au moins 80% des échantillons des LCR dans chaque zone sanitaire ;

Objectif pour la surveillance du rota virus.

- Réduire la morbidité et la mortalité des centres sentinelles relatives aux infections dues au rota virus.

Objectif pour la surveillance de la méningite A

- Réduire de 16 à 10% la létalité due à la méningite A ;
- Assurer une disponibilité à 100% des réactifs appropriés pour le typage des cas de méningite au niveau des laboratoires ;

IV.2.4 Sécurité des injections

- Maintenir à 100% la disponibilité des seringues autobloquantes et des boîtes de sécurité dans toutes les formations sanitaires qui vaccinent.
- Porter de 15 à 40% le pourcentage de formations sanitaires qui notifient effectivement les cas de MAPI ;
- Investiguer et prendre en charge 100% des cas de MAPI notifiés par les formations sanitaires ;
- Assurer l'élimination du matériel vaccinal utilisé selon les normes requises (incinération) dans toutes les formations sanitaires ;

IV.2.5 Gestion du programme

- Amener de 44 à 100% la proportion de zones sanitaires à disposant chaque année d'un micro plan pour le PEV.

IV.3 Priorités

L'analyse des différents problèmes a permis de définir pour les trois prochaines années les priorités suivantes :

Tableau 25 : Priorités, étapes et objectifs nationaux

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation et réglementations	Faible capacité des membres de l'ANR (représentée par la DPMED) à exercer les fonctions d'inspection et de contrôle de qualité pour la libération des lots.	Amener l'ANR à assurer 100% de ses fonctions pour le contrôle de qualité notamment en ce qui concerne l'inspection et la libération des lots	2019 : 100% 2020 : 100% 2021 : 100% 2022 : 100% 2023 : 100%	1
Politique	La politique nationale de vaccination a été mise à jour au cours des cinq dernières années	Rendre disponible le document de politique nationale de vaccination	2020	1
Planification	Insuffisance dans l'élaboration des documents de planification du PEV au niveau central : 20% des plans d'action annuels de l'Agence ont été élaborés (1 plan d'action sur 5) de 2014 à 2018	Assurer une disponibilité à 100% de tous les documents de planification du PEV (plan d'action annuel, PPAC, etc)	2019 : 100% 2020 : 100% 2021 : 100% 2022 : 100% 2023 : 100%	1
	Insuffisance dans l'élaboration des documents de planification du PEV au niveau périphérique : 44% des zones sanitaires disposent d'un micro plan annuel pour les activités du PEV	Amener de 44 à 100% la proportion de zones sanitaires à disposant chaque année d'un micro plan pour le PEV	2019 : 60% 2020 : 75% 2021 : 90% 2022 : 100% 2023 : 100%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
Coordination	Insuffisance de ressources pour le fonctionnement du CNCV : 5% de ressources disponibles pour assurer le fonctionnement du GTCV (CNCV) pour l'année 2018	Doter le GTCV de 100% des ressources sollicitées pour son fonctionnement d'ici 2023	2019 : 100% 2020 : 100% 2021 : 100% 2022 : 100% 2023 : 100%	1
Suivi-évaluation	Inexistence d'un service de suivi-évaluation au sein de l'ANV-SSP	Mettre en place un service de suivi-évaluation à l'ANV	2019 : 100% 2020 : 100% 2021 : 100% 2022 : 100% 2023 : 100%	2
Plaidoyer	Aucune présentation au parlement, CES, CCIB portant sur les résultats des campagnes de vaccination ou des dépenses engagées n'a été réalisée	Organiser annuellement des séances d'échange avec le parlement, le Conseil Economique et Social, la Chambre de Commerce et d'Industrie du Bénin sur les activités de vaccination (performances, financements, défis, perspectives)	2019 : 1 2020 : 1 2021 : 1 2022 : 1 2023 : 1	2
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Nombre de RH	Le plan de formation du ministère de la santé n'intègre pas le renforcement des capacités en matière de vaccination	Prendre en compte à 100% les aspects liés à la vaccination dans le plan de formation d'ici 2023	2019 :80% 2020 : 80% 2021 : 80% 2022 : 100% 2023 : 100%	1
	0% du suivi du plan de carrière mise en œuvre	Amener de 0 à 40% la proportion d'agents avec un suivi de carrière régulier	2019 :10% 2020 :20% 2021 :25% 2022 : 30% 2023 :40%	1
Renforcement des capacités	Faible proportion des managers du PEV formés en gestion du programme de vaccination (MLM, MIVA, etc) : 59% (21/34) des médecins coordonnateurs en 2018 n'ont pas été formés sur la gestion du PEV du niveau intermédiaire (cours MLM ou MIVA)	Amener de 59 à 100% la proportion des médecins coordonnateurs de zone sanitaire (et des médecins-chef) formés sur la gestion du PEV du niveau intermédiaire (cours MLM ou MIVA)	2019 :75% 2020 :85% 2021 :90% 2022 : 95% 2023 :100%	1
	Existence d'acteurs du PEV du niveau opérationnel (nouveaux agents) non encore formés sur la gestion du PEV (formation courte nationale)	Former tous les nouveaux agents sur la gestion du PEV (formation courte nationale)	2019 :50% 2020 :75% 2021 :85% 2022 : 95% 2023 :100%	1
Supervision	50% en moyenne des supervisions formatives sont réalisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Réaliser 100% des supervisions formatives (selon le rythme retenu) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2023	2019 :60% 2020 :70% 2021 :80% 2022 : 90% 2023 : 100%	2
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
Viabilité financière	Les ressources de l'Etat représentent 20% des dépenses totales en matière de vaccination de routine (toutes sources confondues) en 2017 :	Accroître de 20 à 30% la part des ressources de l'Etat dans les dépenses totales en matière de vaccination de routine (toutes sources confondues)	2019 :22% 2020 :25% 2021 :27% 2022 : 30% 2023 : 30%	2
	Insuffisance du mécanisme de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PNDS 218-2022	Accroître de 10 à 15 % le financement du secteur santé sur ressources publiques	2019 :11% 2020 :12% 2021 :13% 2022 : 14% 2023 : 15%	1
	Retard dans la mise à disposition des ressources financières allouées sur budget national	Améliorer le rythme de décaissement des ressources allouées d'ici 2023	2019 :100% 2020 :100% 2021 :100% 2022 : 100% 2023 :100%	1
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS				
Approvisionnement des vaccins	Absence d'exonération des vaccins, matériels d'injection et équipements de chaîne du froid achetés à travers l'Unicef	Obtenir une exonération des vaccins, matériels d'injection et équipements de chaîne du froid achetés par l'Unicef d'ici 2023.	2019 : 100% 2020 :100% 2021 :100% 2022 : 100% 2023 :100%	2
Chaîne du froid / Logistique	20% des formations sanitaires disposent d'équipements de la chaîne du froid homologués fonctionnels	Accroître de 30 à 100% le nombre de formations sanitaires à disposant d'équipements de la chaîne du froid homologués et fonctionnels	2019 : 60% 2020 :100% 2021 :100% 2022 : 100% 2023 :100%	1
	40% des formations sanitaires disposent des Procédures Opératoires Normalisées (PON) pour la gestion logistique des vaccins	Accroître de 40 à 100% le nombre de formations sanitaires à disposant des Procédures Opératoires Normalisées (PON) pour la gestion logistique des vaccins	2019 : 40% 2020 :100% 2021 :100% 2022 : 100% 2023 :100%	2
	38% (13 sur 34) des zones sanitaires mettent en œuvre le Système Logistique Optimisé (SLO)	Accroître de 38 à 100% le nombre de zones sanitaires mettant en œuvre le Système Logistique Optimisé	2019 : 50% 2020 :60% 2021 :80% 2022 : 100% 2023 :100%	1
	Faible mise en œuvre du plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid	Exécuter annuellement au moins 80% des activités du plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid	2019 : 80% 2020 :80% 2021 :80% 2022 : 100% 2023 :100%	1
Élimination des déchets	Inexistence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets	Elaborer une politique et un plan de gestion des déchets	2019 : 1 2020 : 1 2021 : 1 2022 : 1 2023 : 1	2
5. SERVICES DE VACCINATION				

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
Couverture de routine	Faible couverture vaccinale en (DTC – Hep B – Hib) 3 selon l'estimation officielle 2017 (82%)	Porter de 82% à 94% la couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib) 3 d'ici 2023 au niveau national	2019 : 90% 2020 : 92% 2021 : 92% 2022 : 94% 2023 : 94%	1
	23% des communes ont une couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib)3 < 90%	Réduire à 10% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib)3 inférieure à 90% d'ici 2023	2019 : 20% 2020 : 18% 2021 : 16% 2022 : 14% 2023 : 10%	1
	Faible couverture vaccinale en VAR selon l'estimation officielle 2017 (74%)	Atteindre au niveau national au moins 90% de couverture vaccinale en VAR/RR d'ici 2023	2019 : 88% 2020 : 90% 2021 : 92% 2022 : 92% 2023 : 92%	1
	81% des communes ont une couverture vaccinale en VAR > = 90% (JRF 2017)	Porter de 81 à 90% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAR/RR supérieure ou égale à 90% d'ici 2023	2019 : 82% 2020 : 85% 2021 : 85% 2022 : 90% 2023 : 90%	1
	Faible couverture vaccinale en VAT2+ selon l'estimation officielle 2017 (69%)	Atteindre au niveau national au moins 80% de couverture vaccinale en VAT2+ d'ici 2023	2019 : 76% 2020 : 76% 2021 : 78% 2022 : 78% 2023 : 80%	1
	40% des communes ont une couverture vaccinale en VAT ≥ 80% (JRF 2017)	Porter de 40 à 80% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAT2+ ≥ à 80% d'ici 2023	2019 : 48% 2020 : 56% 2021 : 64% 2022 : 72% 2023 : 80%	1
Demande	Taux d'abandon spécifique élevé en (DTC-HepB – HIB) l'échelon national : 13,1% (EDSB-V)	Réduire à moins de 10% le taux d'abandon en (DTC-HepB – HIB) d'ici 2023	2019 : 10% 2020 : 10% 2021 : 10% 2022 : 10% 2023 : 10%	1
	35% des communes ont un taux d'abandon en (DTC-HepB – HIB)1 et (DTC-HepB – HIB)3 > 10 % (données administratives)	Réduire de 35 à 0% la proportion des communes ayant un taux d'abandon (DTC-HEPB – HIB)1(DTC-HepB – Hib)1 – (DTC-HepB – HIB)3(DTC-HepB – Hib)3 > 10 % d'ici 2023	2019 : 28% 2020 : 21% 2021 : 14% 2022 : 7% 2023 : 0%	1
	Fort taux d'abandon BCG –VAR à l'échelon national : 22,73% (EDSB-V)	Réduire de 23 à 10% le taux d'abandon BCG –RR d'ici 2023	2019 : 15% 2020 : 13% 2021 : 12% 2022 : 10 % 2023 : 10 %	1
	34 % des communes ont un taux d'abandon BCG-VAR > 10 % (données administratives)	Réduire de 34 à 0% la proportion de communes ayant un taux d'abandon BCG-RR >10 % d'ici 2023	2019 : 28% 2020 : 21% 2021 : 14% 2022 : 7% 2023 : 0%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
Équité	Ecart de couverture vaccinale important (24,9%) entre le quintile de richesse le plus bas et le plus élevé (EDSB-V)	Réduire à 10% l'écart de couverture vaccinale entre le quintile de richesse le plus bas et le plus élevé d'ici 2023	2019 : 22% 2020 : 20% 2021 : 18% 2022 : 15% 2023 : 10%	1
	Effectif élevé d'enfants peu ou pas vaccinés dans les CPPD : 58 401 (Rapport Equité en matière de vaccination au Bénin, 2018)	Réduire d'au moins 90% le nombre d'enfants peu ou pas vaccinés dans les CPPD d'ici 2023	2019 : 47889 2020 : 37377 2021 : 26866 2022 : 16353 2023 : 5840	2
	Ecart significatif (6%) de la couverture vaccinale entre milieu urbain et milieu rural (EDSB-V)	Réduire à 0% l'écart entre de couverture vaccinale entre les milieux urbain et rural d'ici 2023	2019 : 5% 2020 : 4% 2021 : 2% 2022 : 1% 2023 : 0%	1
	Faible proportion de zones sanitaires mettant en œuvre toutes les composantes de l'approche ACE (équité) : 15/34 (Rapport Equité en matière de vaccination au Bénin, 2018)	Porter de 15 à 34 le nombre de communes mettant en œuvre toutes les composantes de l'approche ACE (équité) d'ici 2023	2019 : 34 2020 : 34 2021 : 34 2022 : 34 2023 : 34	1
Nouveaux vaccins	Vaccins contre HPV, RR, Rotavirus, Hépatite B à la naissance et MenA non encore introduit dans le PEV de routine	Introduire le vaccin contre le Rotavirus	2019	1
		Introduire le vaccin contre l'Hépatite B à la naissance	2019	2
		Introduire le vaccin HPV	2020	2
		Introduire le vaccin MenA	2020	3
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	13% de communes sont en sous notification de cas de PFA (Relevé Surv 2017)	Réduire de 13 à 0% la proportion des communes en sous notification de cas de PFA d'ici 2023	2019 : 10% 2020 : 5% 2021 : 3% 2022 : 0% 2023 : 0%	1
	7% de communes n'ont pas atteint l'objectif de 80% d'échantillons de selles prélevées dans les 14 jours	Réduire de 7 à 0% le pourcentage de communes avec 80% d'échantillons de selles prélevées dans les 14 jours ;	2019 : 5% 2020 : 4% 2021 : 2% 2022 : 0% 2023 : 0%	1
	79% des communes ont notifié au moins un cas suspect de rougeole	Amener à au moins 80% la proportion de communes ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ;	2019 : 80% 2020 : 80% 2021 : 80% 2022 : 80% 2023 : 80%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
	Faible taux d'éruption fébrile non rougeoleuse rapporté (1,4 pour 100 000 habitants pour une cible de 2.0 au niveau national) (Relevé Surv 2017)	Atteindre un taux d'éruption fébrile non rougeoleuse de 2.0 pour 100 000 habitants d'ici 2023	2019 : 2.0 2020 : 2.0 2021 : 2.0 2022 : 2.0 2023 : 2.0	1
	Faible taux d'investigation des foyers épidémiques de rougeole (70%)	Investiguer au moins 80% des foyers épidémiques de rougeole détectés.	2019 : 80% 2020 : 80% 2021 : 80% 2022 : 80% 2023 : 80%	1
	Absence de données sur le syndrome de rubéole congénitale	Rendre disponible le système de surveillance du syndrome de la rubéole congénitale	2019 : 100%	1
	87% de communes ont notifié au moins un cas suspect de Fièvre Jaune	Amener de 87 à 90% au moins la proportion de communes notifiant au moins un cas suspect de Fièvre Jaune d'ici 2023 ;	2019 : 88% 2020 : 88% 2021 : 89% 2022 : 89% 2023 : 90%	1
	Faible investigation des cas de TNN (46%)	Atteindre au moins 80% de cas de TNN investigué d'ici 2023	2019 : 50% 2020 : 55% 2021 : 60% 2022 : 70% 2023 : 80%	1
	Faible riposte autour des cas de TNN (46%)	Atteindre au moins 80% de cas de TNN ayant bénéficié de riposte autour du cas d'ici 2023	2019 : 50% 2020 : 55% 2021 : 60% 2022 : 70% 2023 : 80%	1
Manifestations indésirables	50% des départements ont notifiés systématiquement des cas de MAPI (Base Surveillance de la DNSP 2017)	Atteindre au moins 80% des formations sanitaires qui notifient systématiquement les cas de MAPI ;	2019 : 60% 2020 : 65% 2021 : 70% 2022 : 75% 2023 : 80%	1
	Faible investigation des cas de MAPI graves notifiées	Investiguer 100% des cas de MAPI graves notifiés par les formations sanitaires ;	2019 : 60% 2020 : 65% 2021 : 70% 2022 : 75% 2023 : 80%	1
Laboratoire	Limite du plateau technique du laboratoire de référence pour le sérotypage des virus (rougeole, fièvre jaune) et la mise en évidence du polio virus sauvage	Renforcer les capacités de laboratoire de référence pour le stéréotypage des virus (rougeole, fièvre jaune) et la mise en évidence du polio virus sauvage	2020 : 100% 2021 : 100% 2022 : 100% 2023 : 100%	2
7. GESTION DES DONNEES				
Complétude et promptitude	Faible promptitude dans la transmission des données (66% selon le PAQD, 2018)	Amener à 100% la proportion des communes promptes dans la transmission des données	2019 : 90% 2020 : 100% 2021 : 100% 2022 : 100% 2023 : 100%	2

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
Qualité des données	Ecart important entre couverture administrative et couverture d'enquête (24%) d'une part et l'estimation Unicef/OMS d'autre part (25%) (PAQD, 2018)	Réduire de 24 à 5% l'écart entre la couverture administrative et la couverture d'enquête d'une part et l'estimation Unicef/OMS d'autre part d'ici 2023	2019 : 20% 2020 : 16% 2021 : 12% 2022 : 8% 2023 : 5%	1
	95% des communes déclarent des couvertures vaccinales au-delà de 100%	Réduire à moins de 20% la proportion des communes qui déclarent des couvertures vaccinales au-delà de 100%	2019 : 70% 2020 : 60% 2021 : 50% 2022 : 40% 2023 : 20%	2
8. COMMUNICATION POUR LA GENERATION DE LA DEMANDE				
Renforcement de la confiance des communautés face à la vaccination	30% de manque d'information constitue les principales raisons de non vaccination ou de vaccination partielle des enfants de 12 à 23 mois (Revue Externe PEV, 2014)	Amener à au moins 14% la proportion des communautés n'ayant pas de connaissance sur les différents aspects du PEV d'ici 2023	2019 : 22% 2020 : 20% 2021 : 18% 2022 : 16% 2023 : 14%	1
	50% de manque de motivation des parents sont la cause de non vaccination ou de vaccination partielle chez les enfants de 12 à 23 mois (Revue Externe PEV, 2014)	Amener à au moins 20%, le manque de motivation comme cause de non vaccination ou de vaccination partielle des enfants de 0 à 59 mois	2019 : 44% 2020 : 40% 2021 : 30% 2022 : 25% 2023 : 20%	1
	43% des mères ont évoqué le manque d'informations sur les programmations des activités du PEV comme raison de non vaccination ou de vaccination partielle de leurs enfants (Revue Externe PEV, 2014)	Amener à au moins 23% la proportion des mères non informées sur les programmations des activités du PEV.	2019 : 31% 2020 : 29% 2021 : 27% 2022 : 25% 2023 : 23%	1
Production des outils de communication	9% des zones sanitaires disposent d'un plan opérationnel de communication (Rapport Supervision IEC, 2018)	Amener de 9 à 100% les communes à disposer d'un plan opérationnel de communication d'ici 2023	2019 : 30% 2020 : 50% 2021 : 70% 2022 : 80% 2023 : 100%	1
	100% des mères ne disposent pas du nouveau carnet de santé de l'enfant (Rapport Supervision IEC, 2018)	Amener 100% des mères à disposer du nouveau carnet de santé de l'enfant d'ici 2023	2019 : 50% 2020 : 75% 2021 : 90% 2022 : 95% 2023 : 100%	1
	100% des formations sanitaires ne disposent pas de supports de communication intégrant les nouveaux vaccins introduits dans le PEV (Rapport Supervision IEC, 2018)	Amener 100% des FOSA à disposer de supports de communication intégrant les nouveaux vaccins introduits dans le PEV	2019 : 100% 2020 : 100% 2021 : 100% 2022 : 100% 2023 : 100%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
La communication pour le changement social	25% des OBS/OSC, des élus locaux et leaders communautaires ne s'impliquent pas dans la mobilisation sociale pour le PEV (Rapport Supervision IEC, 2018)	Augmenter de 25 à 100% l'implication des OBS/OSC, des élus locaux et leaders communautaires dans la mobilisation sociale pour le PEV	2019 : 75% 2020 : 80% 2021 : 85% 2022 : 90% 2023 : 100%	2
	7% des communes impliquent les élus locaux dans la mise en œuvre des activités de vaccination (Approche IVD)	Accroître de 7 à 100% la proportion des communes mettant en œuvre l'approche IVD	2019 : 25% 2020 : 50% 2021 : 75% 2022 : 100% 2023 : 100%	2
La communication de proximité	20% des communes réalisent des émissions de radios partenaires sur le PEV	Amener 100% des communes à réaliser avec les radios partenaires des émissions sur les activités du PEV d'ici 2023.	2019 : 30% 2020 : 50% 2021 : 80% 2022 : 90% 2023 : 100%	2

IV. PLANIFICATION DES STRATEGIES POUR CHAQUE COMPOSANTE DU SYSTEME

Les stratégies appropriées et les activités essentielles qui permettront de réaliser les objectifs précédemment définis se présentent comme suit dans le tableau ci-dessous :

Tableau 26 : Stratégies et activités par composante

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation et réglementations	Amener l'ANR à assurer 100% de ses fonctions pour le contrôle de qualité notamment en ce qui concerne l'inspection et la libération des lots	Renforcement de capacité	Former les membres de la DPMED et de la l'ANV-SSP sur les rôles et fonctions de l'ANR	2019
		Collaboration intrasectorielle	Identifier une personne à la DPMED chargé d'assurer le contrôle et la libération des lots	2019
			Mettre en place un cadre de concertation entre l'ANV-SPP et la DPMED pour le contrôle de qualité des vaccins	2019
			Assurer l'inspection et le contrôle de qualité des lots de vaccins à chaque arrivage	Tous les ans
		Prise d'actes administratifs	Prendre les actes administratifs requis pour rendre effectif le contrôle de qualité des vaccins notamment en ce qui concerne l'inspection et la libération des lots	2019
Politique/ Planification	Rendre disponible le document de politique nationale de vaccination	Atelier de réflexion	Organiser un atelier sur l'élaboration de la politique nationale de vaccination	2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
		Recours à une assistance technique	Faire une requête auprès des partenaires pour une assistance technique en vue de l'élaboration de de la politique nationale de vaccination	2020
	Assurer une disponibilité à 100% de tous les documents de planification du PEV (plan d'action annuel, PPAC, etc)	Atelier de réflexion	Organiser annuellement un atelier pour élaborer le plan de travail de l'ANV-SSP	Tous les ans
		Atelier de travail et assistance technique	Elaborer le PPAC 2024-2029	2023
	Amener de 44 à 100% la proportion de zones sanitaires à disposant chaque année d'un micro plan pour le PEV	Renfocermement de capacité	Former les équipes d'encadrement de zone sanitaire sur l'élaboration des micros plans du PEV	2019
		Assistance technique	Apporter une assistance technique aux zones sanitaires dans l'élaboration des microplans du PEV	Tous les ans
Coordination	Doter le GTCV de 100% ressources sollicitées pour son fonctionnement d'ici 2023	Plaidoyer pour la mobilisation de ressources	Inscrire les activités du fonctionnement du CNCV sur le financement du RSS de Gavi	Tous les ans
			Mobiliser des ressources additionnelles pour assurer le fonctionnement du CNCV	Tous les ans
Suivi évaluation	Mettre en place un service de suivi-évaluation à l'ANV	Revue des textes et documents	Créer le service de suivi évaluation dans les documents regissant l'ANV-SSP (decret)	2019
		Recrutement du personnel	Recruter du personnel pour rendre fonctionnel le service de suivi-évaluation de l'ANV-SSP	2019
		Assistance technique	Solliciter auprès des partenaires une assistance technque pour le fonctionnement du service de suivi-évaluation de l'ANV-SSP	2019
Plaidoyer	Organiser annuellement des séances d'échange avec le parlement sur les activités de vaccination (performances, financements, défis, perspectives)	Plaidoyer	Mettre en place une association des parlementaires soutenant la vaccination	2020
			Organiser annuellement les rencontres décharges avec les parlementaires	2021, 2022, 2023
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Nombre de RH	Prendre en compte à 100% les aspects liés à la vaccination dans le plan de formation d'ici 2023.	Concertation intrasectorielle	Participer à toutes les séances prévues dans le cadre de l'élaboration du plan de formation en cours du minsitère de la santé	Tous les ans
		Plaidoyer	Plaidoyer auprès de la DAF du ministère de la santé pour la prise en compte des besoins quantitatifs en qualitatifs de formation en gestion du PEV dans le plan de formation	2019
	Amener de 0 à 40% la proportion d'agents avec un suivi carrière régulier	Concertation intrasectorielle	Faire un suivi régulier auprès de la DAF du plan de carrière des agents en	Tous les ans

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			particulier ceux impliqués dans les activités du PEV	
Renforcement de capacité	Amener de 59 à 100% la proportion de médecin coordonnateur (et de médecins-chef) formés sur la gestion du PEV du niveau intermédiaire (cours MLM ou MIVA)	Renforcement de capacité	Former annuellement au moins 5 managers du PEV en Master de vaccinologie	Tous les ans
			Organiser tous les deux ans une session nationale de cours MLM à l'intention de 30 managers du PEV	2020, 2022
	Formés tous les nouveaux agents sur la gestion du PEV (formation courte nationale)	Renforcement de capacité	Former annuellement au moins 50 agents sur la gestion du PEV (formation courte nationale)	Tous les ans
Supervision	Réaliser 100% des supervisions formatives (selon le rythme retenu) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2023	Etude	Faire un état des lieux de la mise en œuvre de la supervision formative	2019
		Atelier de réflexion	Organiser un atelier de relecture des directives nationales de supervision	2019
		Concertation intrasectorielle	Mettre en place un cadre de suivi de la mise en œuvre des supervisions formatives du PEV au niveau intermédiaire et périphériques	2019
		Mission de terrain	Assurer les supervisions formatives (selon le rythme retenu) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Tous les ans
		Partage de documents	Mettre à la disposition des acteurs à différents niveaux les outils révisés de supervision des activités	2019
		Renforcement de capacité	Former les responsables du PEV à divers niveaux sur les techniques de supervision	2019
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				
Viabilité financière	Accroître de 20 à 50% la part des ressources de l'Etat dans les dépenses totales en matière de vaccination de routine (toutes sources)	Plaidoyer	Mettre en place un comité de suivi des actes et recommandations issus de la table ronde sur la relance et financement de la vaccination	2019
			Faire une revue annuelle des progrès dans la mise en œuvre des actes de la table ronde sur le financement du PEV.	Tous les ans
		Concertation intersectorielle	Organiser une séance de concertation entre le MS et le MEF pour l'accroissement des ressources allouées à la vaccination	2019
	Accroître de 10 à 15 % le financement du secteur santé sur ressources publiques	Plaidoyer	Organiser un plaidoyer pour un accroissement des ressources en faveur du secteur de la santé	2019
	Retard dans la mise à disposition ressources financières allouées sur budget national	Concertation intrasectorielle	Organiser une séance de travail avec la DAF du MS sur les modalités de mise à dispositions à temps des ressources de allouées aux activités de la vaccination	2019
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS				

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
Approvisionnement en vaccins	Obtenir une exonération des vaccins, matériels d'injection et équipements de chaîne du froid achetés par l'Unicef d'ici 2023.	Concertation intersectorielle	Organiser une séance de concertation entre le MS et le MEF en vue de l'obtention d'une exonération des frais de douanes sur les vaccins, matériels d'injection et équipements de chaîne du froid achetés par l'Unicef	2019
Chaîne du froid / Logistique	Accroître de 30 à 100% le nombre de formations sanitaires à disposant d'équipements de la chaîne du froid homologués et fonctionnel	Mise en œuvre du CCEOP	Mettre en œuvre les activités prévues dans le cadre du plan de déploiement de la soumission CCEOP	2019, 2020
			Assurer le paiement de la part de co-financement de l'Etat dans le cadre de la soumission CCEOP	2019, 2020
	Accroître de 40 à 100% le nombre de formations sanitaires à disposant des procédures opératoires normalisées (PON) pour la gestion logistique des vaccins	Atelier de réflexion	Elaborer toutes les PONs de la GEV	2019
		Partagde de documents	Diffuser toutes les PONs de la GEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement	2019
		Renforcement des capacités	Elaborer tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement sur les PONs de la GEV	2019
	Accroître de 38 à 100% le nombre de zones sanitaires mettant en œuvre le système logistique optimisé	Etude	Réaliser les analyses de la situation logistique dans les zones sanitaires non encore enrôlées dans le DSLO	2019, 2020, 2021
		Renforcement des capacités	Former les acteurs les acteurs de la chaîne d'approvisionnement des zones sanitaires non encore enrôlées sur la gestion logistique du PEV	2019, 2020, 2021
		Appui aux infrastructures	Contruire/Réhabiliter les dépôts de zone sanitaires pour la conservation des vaccins	2019, 2020, 2021
		Acquisition de matériels roulant	Doter en véhicule (entrepôt mobile) les zones sanitaires non encore enrôlées dans le SLO	2019, 2020, 2021
		Assistance technique	Apporter un appui technique aux zones sanitaires non encore enrôlées dans le SLO	2019, 2020, 2021
		Suivi des activités	Faire le suivi trimestriel de la mise en œuvre du plan de maintenance	Tous les ans
	Exécuter annuellement au moins 80% des activités du plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid	Planification des activités	Inscrire systématiquement dans les PITA de l'ANV-SSP les activités du plan de maintenance des ECFs	Tous les ans
		Suivi des activités	Elaborer les rapports annuels de progrès du plan de maintenance	Tous les ans
Élimination des déchets	Elaboration de la politique de gestion des déchets	Atelier de réflexion	Organiser un atelier d'élaboration de la politique de gestion des déchets	2020
		Partage de document	Editer et diffuser la politique de gestion des déchets	2020, 2021
5. SERVICES DE VACCINATION				

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
Couverture de routine	Porter de 82 à 94% la couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib)3 d'ici 2023 au niveau national	- Mise en œuvre de la stratégie ACD/ACE dans toutes les communes - Assistance technique ciblée - Atelier de revue des indicateurs	- Mettre en place un système de monitoring à temps réel de la mise en œuvre des stratégies avancées dans les formations sanitaires - Faire le suivi périodique de la mise en œuvre des micros plans PEV dans toutes les communes - Organiser trimestriellement le rattrapage des cibles manquées dans les aires sanitaires à faible performance - Apporter une assistance technique ciblée en direction des communes à faibles performances en matière de vaccination (recrutement de consultants nationaux) - Organiser semestriellement dans les départements des ateliers de revue des indicateurs du PEV suivi d'élaboration de plan de résolution des problèmes	Tous les ans
	Atteindre au niveau national au moins 90% de couverture vaccinale en VAR/RR d'ici 2023			
	Atteindre au niveau national au moins 80% de couverture vaccinale en VAT2+/Td 2+ d'ici 2023			
	Réduire à 10% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib)3 inférieure à 90% d'ici 2023			
	Porter de 81 à 85% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAR/RR supérieure ou égale à 90% d'ici 2023			
	Porter de 40 à 80% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAT2+/Td supérieure ou égale à 80% d'ici 2023			
Demande	Réduire à moins de 10% le taux d'abandon en (DTC-HepB – HIB) d'ici 2023	- Renforcement des recherches actives des perdus de vue - Réduction des occasions manquées - Recherche opérationnelle	- Instruire les acteurs de la vaccination au niveau opérationnel à organiser la recherche active systématique des perdus de vue - Sensibiliser les agents de santé impliqués dans le PEV à organiser au quotidien les séances de vaccination - Instruire les agents de santé impliqués dans le PEV à organiser au quotidien les séances de vaccination - Faire le suivi de l'organisation quotidienne des séances de vaccination dans les formations sanitaires (supervision formative) - Rendre systématique l'évaluation du statut vaccinal des enfants à	Tous les ans
	Réduire de 35% à 0% la proportion des communes ayant un taux d'abandon (DTC-HepB – Hib)1(DTC-HepB – Hib)1 – (DTC-HepB – Hib)3(DTC-HepB – Hib)3 > 10 % d'ici 2023			

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
	Réduire de 23% à 10% le taux d'abandon BCG –VAR d'ici 2023 Réduire de 34% à 0% la proportion de communes ayant un taux d'abandon BCG-VAR >10 % d'ici 2023		tout contact avec les services de santé - Elaborer des directives sur les enfants défaillants aux séances de vaccination - Mettre en place un système de recherche des défaillants en exploitant les technologies de l'information et de la communication - Rechercher les raisons de contre performance des communes à abandon élevé - Organiser des activités intensives de rattrapage dans les communes à faible performance	
Équité	Réduire de 25 à 10% l'écart de couverture vaccinale entre le quintile de richesse le plus bas et le plus élevé d'ici 2023 Réduire d'au moins 90% le nombre d'enfants peu ou pas vaccinés dans les CPPD d'ici 2023 Réduire à 0% l'écart de couverture vaccinale entre les milieux urbain et rural d'ici 2023 Porter de 15 à 34 le nombre de ZS mettant en œuvre toutes les composantes de l'approche ACE (équité) d'ici 2023	Mise en œuvre de l'approche « Analyse et Planification Centrée sur l'Équité en Vaccination » (APCE)	- Étendre à l'ensemble des ZS le processus de l'APCE - Former les acteurs du PEV dans les ZS non encore enrôlées dans l'approche APCE - Accompagner les ZS dans l'identification des CPPD, l'analyse des goulots d'étranglements GE - Appuyer les ZS dans l'élaboration des micros plans centrés sur l'équité - Superviser la MEO des microplans centrés sur l'équité - Évaluer le processus de mise en œuvre de l'approche d'APCE	Tous les ans
Nouveaux vaccins	Introduire le vaccin HPV Introduire le vaccin MenA Introduire la 2 ^{ème} dose du vaccin RR (RR2) Introduire le vaccin contre l'Hépatite B à la naissance Introduire le vaccin contre le Rotavirus	Demande de soutien à Gavi	- Elaborer les dossiers de soumissions - Elaborer les documents de planification, de mise en œuvre de l'introduction du nouveau vaccin - Former les acteurs du PEV - Elaborer les micros plans de mise en œuvre de l'introduction du nouveau vaccin - Introduire le nouveau vaccin	2019 2020 2019 2020 2019

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			- Superviser la mise en œuvre - Faire l'évaluation post-introduction du nouveau vaccin	
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	Réduire de 13 à 0% la proportion des communes en sous notification de cas de PFA d'ici 2023	- Partage de document - Renforcement de capacité - Surveillance à base communautaire - Surveillance passive - Surveillance active - Réunions de suivi - Supervision - Mission de travail - Atelier de réflexion	Organiser la revue du système de surveillance	2019
	Réduire de 7 à 0% la proportion de communes avec 80% d'échantillons de selles prélevées dans les 14 jours ;		Multiplier les supports de surveillance et les rendre disponible dans toutes les formations sanitaires	Tous les ans
	Amener à au moins 90% la proportion de communes ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ;		Former/ mettre à niveau les capacités des agents de santé du niveau opérationnel intervenants dans la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination (MEV)	Tous les ans
	Atteindre un taux d'éruption fébrile non rougeoleuse de 2.0 pour 100 000 habitants d'ici 2023		Renforcer / mettre à niveau les capacités des relais communautaires sur la surveillance épidémiologique des MEV	Tous les ans
	Investiguer au moins 80% des foyers épidémiques de rougeole détectés.		Assurer la sensibilisation de la population sur les MEV à travers le personnel de santé et les relais communautaires	Tous les ans
	Amener de 87% à 90% au moins la proportion de communes notifiant au moins un cas suspect de Fièvre Jaune d'ici 2023 ;		Notifier systématiquement tous cas suspects des MEV	Tous les ans
	Atteindre au moins 80% de cas de TNN ayant bénéficié de riposte d'ici 2023		Prélever les échantillons de cas suspects de MEV	Tous les ans
	Rendre disponible le système de surveillance du syndrome de la rubéole congénitale		Rembourser les frais d'acheminement des échantillons	Tous les ans
	Mettre en place le système de surveillance du Syndrome de la Rubéole Congénitale (SRC)		Acheter les coupons d'expédition d'échantillons par DHL	Tous les ans
			Notifier systématiquement tous cas suspects des MEV	Tous les ans

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			Organiser l'investigation des cas de PFA ayant posé un problème de classification pour les membres de CNEP	Tous les ans
			Organiser les réunions statutaires des différents comités pour l'éradication de la poliomyélite	Tous les ans
			Organiser la visite des communes silencieuses et / ou à risque polio par les experts	Tous les ans
			Organiser la mission des membres du CNC-CNEP-SGTC sur le laboratoire de référence d'ACCRA	Tous les ans
			Mettre à jour le plan de riposte à une importation de PVS et le plan de confinement	Tous les ans
			Actualiser la liste des laboratoires retenus pour le confinement du virus contre la poliomyélite	Tous les ans
			Organiser les réunions d'harmonisation des données entre le Laboratoire national, la DNSP et l'ANV-SSP	Tous les ans
			Organiser une réunion de monitoring de performance de la surveillance et de la vaccination	Tous les ans
			Appuyer les ZS/communes dans l'élaboration des plans de surveillance	Tous les ans
			Rédiger le rapport de progrès annuel du CNC	Tous les ans
			Partager les résultats de la surveillance du SRC avec le personnel de santé, les établissements participants et les autorités de la santé publique concernées	Tous les ans
			Appuyer en réactifs le laboratoire national (Plaider pour obtenir une ligne d'acquisition)	Tous les ans
Manifestations indésirables post immunisation	Atteindre au moins 80% de formations sanitaires notifiant les cas de MAPI ;	Renforcement de capacité	Renforcer / mettre à niveau les capacités des acteurs du PEV sur la surveillance des MAPI	Tous les ans
				Tous les ans

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
	Investiguer 100% des cas de MAPI grave notifiés par les formations sanitaires	Retro-information	Faire une retro-information sur la surveillance en vue de relancer les formations sanitaires en sous notification	2019
Laboratoire	Mettre à niveau le laboratoire national de référence en vue du stéréotypage des virus (rougeole, fièvre jaune) et la mise en évidence du polio virus sauvage	Renforcement du plateau technique de laboratoire de référence	Faire l'état des lieux des équipements, intrants nécessaires pour le sérotypage des virus et la mise en évidence du poliovirus sauvage	2019
			Equiper le laboratoire national et matériel nécessaire	2020
			Former les techniciens de laboratoire sur les nouvelles technologies	2020
7. GESTION DES DONNEES				
Complétude et promptitude des données	Amener à 100% la proportion des communes promptes dans la transmission des données	- Renforcement de la gouvernance et du leadership en matière de la gestion des données du PEV - Renforcement de capacités des acteurs du système de gestion des données du PEV - Mise en place d'un mécanisme de validation des données PEV - Renforcement du système d'identification des cibles PEV	- Mettre en place un groupe technique pour l'analyse et la validation des données au niveau de chaque département - Renforcer les compétences des acteurs de la gestion des données du PEV - Renforcer les ressources matérielles nécessaires à la gestion des données du PEV - Actualiser les supports et Intégrer les sous-systèmes de la gestion des données du PEV - Digitaliser la collecte des données de vaccination - Assurer l'exécution, le suivi et l'évaluation du système - Disposer d'un protocole national de gestion et de validation des données du PEV - Organiser la validation des données de vaccination à tous les niveaux - Réaliser les auto-évaluations de la qualité des données - Réaliser les Enquêtes de Couvertures Vaccinales (ECV) - Organiser la rencontre annuelle de consensus sur les dénominateurs (populations cibles) - Mettre en place un mécanisme de suivi des cibles réajustés	Tous les ans
Qualité des données	Réduire de 24 à 5% l'écart entre la couverture administrative et la couverture d'enquête et l'estimation Unicef/OMS d'ici à 2023			
	Réduire à moins de 20% la proportion des communes qui déclarent des couvertures vaccinales au-delà de 100%			

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE				
Stratégie de communication	Réduire de 22 à 14% la proportion des communautés n'ayant pas de connaissance sur les différents aspects du PEV.	Recherche opérationnelle	Réaliser une enquête CAP sur les raisons de non vaccination des enfants	2019
		Mobilisation sociale	Organiser des émissions grand-publics, des caravanes, des sketches, et théâtres populaires d'information et de sensibilisation pour le PEV.	Tous les ans
			Organiser une séance d'animation par trimestre dans les écoles des communes à faible performance (mise à contribution des OSC, Agents de santé)	Tous les ans
			Réaliser des documentaires audiovisuels sur la vaccination	Tous les ans
			Organiser des séances de diffusion des documentaires visuels dans les établissements scolaires et dans les communautés	Tous les ans
			Recourir aux nouvelles technologies de l'information et de la communication pour promouvoir la vaccination	Tous les ans
		Communication pour un changement social	Utiliser 20 mobilisateurs sociaux par commune et par mois au cours des stratégies avancées dans les localités à faible performance	Tous les ans
			Organiser avec des groupements féminins et relais communautaires des visites à domicile pour les rappels des rendez-vous et l'échange sur les avantages du PEV	Tous les ans
	Réduire de 44 à 20%, le manque de motivation comme cause de non vaccination ou de vaccination partielle des enfants de 0 à 59 mois	Mobilisation sociale	Organiser des séances de mobilisation sociale avec les groupes organisés, les chefs couvents, les leaders religieux et les chefs de ménages sur le PEV	Tous les ans
			Utiliser les mères modèles dans la mobilisation des paires	Tous les ans
	Réduire de 31 à 23% la proportion des mères non informées sur les	Communication pour un changement de comportement	Elaborer un plan de travail avec les RC et OSC suivant les zones d'insuffisance d'activités de communication pour le PEV	Tous les ans

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
	programmations des activités du PEV.		Conduire des dialogues communautaires	Tous les ans
			Organiser des visites à domicile dans des localités avec antécédent de refus	Tous les ans
	Porter de 3 à 100% les communes disposant d'un plan opérationnel de communication	- Mobilisation de ressources - Appui technique - Renforcement de capacité	Faire le plaidoyer pour mobiliser les ressources nécessaires à la divulgation du plan opérationnel de communication	Tous les ans
			Opérationnaliser le plan stratégique de communication	Tous les ans
	Réviser 100% des supports de communication en lien avec les nouveaux vaccins	- Mobilisation de ressources - Atelier de réflexion - Production documentaire	Actualiser les maquettes des différents supports de communication	Tous les ans
			Organiser les ateliers de prévalidation et de validation des différents supports	Tous les ans
			Multiplier les différents supports au profit des structures utilisatrices	Tous les ans
	Porter de 75 à 100% l'implication des OBS/OSC, des élus locaux et leaders communautaires dans la mobilisation sociale pour le PEV	Etude de cartographie	Actualiser la cartographie des aires d'intervention des OSC membres de la plateforme	Tous les ans
		Supervision	Réaliser la supervision des RC et OSC membres de la plateforme	Tous les ans
	Porter de 5 à 100% la proportion des communes mettant en œuvre l'approche IVD	Renforcement de capacité	Former les membres du cadre de concertation sur l'approche IVD et la C4D	Tous les ans
		Mobilisation sociale	Organiser des séances de mobilisation sociale avec les groupes organisés (Groupements Féminins, Chefs couvents, les Leaders Religieux, les Chefs Ménages) pour le PEV	Tous les ans
			Réaliser des émissions grand 'publics, des caravanes	Tous les ans
	Amener 100% des radios et télévisions partenaires à organiser des émissions sur les activités du PEV	Contractualisation	Signer un contrat d'un an renouvelable chaque année avec 55 radios (deux radios/département) et deux chaînes de télévisions de couverture nationale pour l'organisation des émissions sur le calendrier vaccinal, les avantages de la vaccination, la conservation du carnet de santé et les communiqués du Ministre de la Santé relatifs à la vaccination	Tous les ans

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			Organiser deux fois par trimestre sur chaque radio partenaire une émission sur l'un des grands problèmes de la vaccination à diffuser.	Tous les ans
			Faire diffuser par trimestre sur chaque radio partenaire en dehors des AVS deux micros programmes sur la vaccination	Tous les ans
			Evaluer à la fin de chaque année le respect du contrat par radio	Tous les ans

V. ALIGNEMENT DU PPAC AVEC LE GVAP, LES CIBLES REGIONALES ET LA STRATEGIE DU SECTEUR DE LA SANTE

Tableau 27 : Alignement du PPAC avec le GVAP

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
Axe stratégique 1 : <i>Tous les pays s'engagent à donner la priorité à l'activité de vaccination</i>		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Prendre un engagement en faveur des systèmes de vaccination et le maintenir	☐ Garantir la présence d'une législation ou d'un cadre juridique dans tous les pays, tout en prévoyant une ligne budgétaire pour la vaccination, et pour le suivi et la notification.	X			
	☐ Élaborer des plans nationaux de vaccination exhaustifs, qui s'inscrivent dans l'ensemble des plans nationaux de la santé, par le biais d'un processus ascendant et en incluant les parties prenantes.	X			
	☐ Fixer des cibles propres aux pays ambitieux mais non moins réalisables dans le cadre des buts de réduction de la morbidité et de la mortalité.	X			
	☐ Examiner attentivement, défendre et étudier de plus près les budgets, les décaissements et les activités du programme de vaccination.	X			
	☐ Encourager les organisations de la société civile et les associations professionnelles à participer aux discussions ayant pour thèmes la vaccination et la santé.	X			
Informier et convaincre les leaders d'opinion de la valeur de vaccination	☐ Examiner des modèles pour promouvoir la collaboration entre les parties prenantes qui produisent des éléments probants sur la vaccination et celles qui l'utilisent, pour fixer des priorités et formuler des politiques.	X			
	☐ Élaborer et diffuser la base de données factuelles sur la valeur des vaccins et de la vaccination pour la santé publique et sur la valeur ajoutée qu'apporte la garantie d'un accès et d'une utilisation équitables de la vaccination.	X			
	☐ Élaborer et diffuser la base de données factuelles aux individus, ménages, communautés et pays pour leur permettre de profiter des vastes avantages économiques qu'offre la vaccination.	X			
	☐ Intégrer la vaccination dans les ordres du jour des réunions d'organes directeurs, ce à tous les niveaux, et aussi dans les forums sociaux, sanitaires et économiques.	X			
Renforcer la capacité	☐ Instaurer ou renforcer des organes indépendants qui formulent des politiques de vaccination nationales (par	X			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
nationale pour formuler des politiques documentées	exemple, les GTCV c.-à-d. des groupes techniques consultatifs régionaux).				
	☐ Mettre au point des approches plus efficaces pour encourager les ANR (Autorités nationales de réglementation), CCSS (Comité de coordination du secteur de la santé), CDSS (Comité de direction du secteur de la santé) et les CCI (Comité de coordination inter-agences) d'appuyer les programmes de vaccination dans le cadre de programmes de lutte contre les maladies et de soins de santé préventifs.	X			
	☐ Organiser la tenue de forums régionaux et des échanges d'informations, de meilleures pratiques et d'outils entre pairs.	X			
	☐ Mettre au point des mécanismes élargis et plus transparents en vue de rassembler, de partager et d'utiliser les informations recueillies pour mieux gérer les engagements pris.			X	
Axe stratégique 2 : Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et demandent à bénéficier du programme de vaccination car tels sont leur droit et responsabilité		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Convaincre les individus et les communautés des bienfaits de la vaccination et être à l'écoute de leurs préoccupations	☐ Engager un dialogue qui à la fois transmet l'information et qui répond aux préoccupations et inquiétudes évoquées.	X			
	☐ Utiliser les outils des médias sociaux et tirer des enseignements des activités de marketing tant sur le plan commercial que sur le plan social.	X			
	☐ Avoir recours aux nouvelles technologies (mobiles et internet).	X			
	☐ Intégrer la vaccination dans les programmes scolaires de base.		X		
	☐ Mener des recherches en communication.	X			
Offrir des outils d'incitation pour stimuler la demande	☐ Offrir des outils d'incitation susceptibles d'inciter les ménages et le personnel de santé à adopter les programmes de vaccination, tout en respectant l'autonomie des bénéficiaires (moyennant par exemple des transferts en espèces ou en nature, fusion des services, reconnaissance médiatique).	X			
	☐ Mener des recherches sociales pour améliorer les prestations des services vaccinaux et la faculté de répondre aux besoins des diverses communautés.	X			
Renforcer la capacité de plaidoyer	☐ Recruter de nouvelles voix, entre autres celles d'éducateurs, de leaders religieux, de personnalités des médias sociaux et traditionnels, des médecins de famille, des soignants communautaires et des champions dûment formés de la vaccination (parmi d'autres).	X			
	☐ Former le personnel de santé à des techniques de communication efficace, pour avant tout convaincre les sujets qui hésitent de se faire vacciner et pour intervenir dans les cas de signalements de MAPI graves (Manifestation post-vaccinale indésirable) et ainsi maintenir un certain degré de confiance et dissiper les craintes.	X			
	☐ S'adresser aux organisations de la société civile (OSC) du pays, les inciter et les appuyer à plaider, auprès des communautés locales et des responsables politiques et au sein des médias locaux et mondiaux, en faveur des bienfaits des vaccins.	X			
	☐ Mettre en place des plans de plaidoyer, aux niveaux national et régional, qui impliquent la participation des OSC du pays.	X			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
	☐ Associer les activités de plaidoyer mondiale, nationales et communautaires aux réseaux professionnels et universitaires.	X			
Axe stratégique 3 : Les avantages de la vaccination sont équitablement distribués entre tous les individus.		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Élaborer et appliquer des nouvelles stratégies vers une plus grande équité	☐ Changer « Atteindre chaque district » par « Atteindre chaque communauté » pour remédier aux inégalités au sein des districts.	X			
	☐ S'adresser aux groupes mal desservis et marginalisés pour formuler des stratégies ciblées et adaptées à la localité, en vue de réduire les inégalités.	X			
	☐ Introduire des nouveaux vaccins, en rapport avec les besoins des individus, dans les programmes de vaccination (voir l'axe stratégique 5).	X			
	☐ Adopter une approche fondée sur la vie entière au moment de planifier et d'administrer les vaccins, ainsi que les nouvelles stratégies pour garantir le maintien de l'équité à tous les stades de la vie.	X			
	☐ Prévenir et faire face aux maladies à prévention vaccinale en cas d'épidémie, de crises humanitaires et dans les zones de conflit.	X			
Renforcer la base des connaissances et les capacités pour une prestation équitable	☐ Identifier le statut vaccinal de chaque individu, en se référant aux registres d'immunisation, aux bases de données électroniques et aux systèmes de numéros d'identifications nationaux.	X			
	☐ Tirer parti des structures communautaires pour améliorer les communications et garantir les prestations de services (accoucheuses traditionnelles, registres des naissances).	X			
	☐ Impliquer les OSC dans les activités de sensibilisation des communautés et de planification.	X			
	☐ Mettre au point de nouvelles approches pour s'assurer l'engagement des communautés dans les zones urbaines et périurbaines.	X			
	☐ Former le personnel de santé et les OSC aux procédures à suivre pour encourager la participation des communautés, identifier les personnes influentes pouvant contribuer à la planification, l'organisation et le contrôle des programmes de santé et de vaccination, évaluer les besoins des communautés et œuvrer avec elles pour y répondre.	X			
	☐ Entreprendre des recherches en sciences sociales et opérationnelles pour identifier les stratégies ayant fait leur preuve et ainsi améliorer la qualité et les prestations de services de vaccination.	X			
Axe stratégique 4 : Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante d'un système de santé qui fonctionne correctement.		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Formuler et appliquer des nouvelles stratégies pour remédier aux inégalités	☐ S'assurer que les programmes mondiaux de vaccination, ayant pour buts l'éradication et l'élimination, sont bien incorporés dans les programmes de vaccination nationaux.	X			
	☐ S'assurer que la distribution des nouveaux vaccins s'accompagne de plans détaillés de lutte contre les maladies.	X			
	☐ S'assurer de la coordination entre les secteurs public et privé lors de l'introduction de nouveaux vaccins, de la notification des maladies à prévention vaccinale, et de la qualité de la vaccination dans les secteurs public et privé.	X			
	☐ Envisager d'inclure les vaccins dans les programmes de santé, tout au long de la vie.	X			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	☐ Améliorer la qualité de toutes les données de vaccination administratives, et promouvoir l'analyse et les utiliser à tous les niveaux administratifs pour optimiser la performance des programmes.	X			
	☐ Mettre au point et promouvoir le recours aux nouvelles technologies aux fins de collecte, de communication et d'analyse des données sur la vaccination. .	X			
	☐ Renforcer, améliorer la qualité et vulgariser les systèmes de surveillance des maladies pour générer des informations basées sur des cas confirmés en laboratoire, pour prendre des décisions, surveiller l'impact de la vaccination sur la morbidité et la mortalité et les changements perçus dans l'épidémiologie des maladies.	X			
	☐ S'assurer de la capacité de mise en œuvre des activités axées sur la sécurité des vaccins, notamment la capacité de collecter et d'interpréter les données relatives à la sécurité, en prévoyant une capacité plus étendue dans les pays qui introduisent les vaccins récemment mis au point.	X			
Renforcer les capacités des administrateurs et du personnel de première ligne	☐ S'assurer que les programmes de vaccination et tout autre programme de soins de santé primaire disposent des ressources humaines adéquates pour organiser et fournir des services prévisibles de qualité.	X			
	☐ Augmenter les niveaux de formation avant, en cours et après l'emploi des ressources humaines, et élaborer des nouveaux programmes pertinents pour lesquels la vaccination est une composante de la lutte exhaustive contre les maladies.	X			
	☐ Promouvoir la formation coordonnée et la supervision du personnel de santé œuvrant au sein des communautés.	X			
Renforcer l'infrastructure et la logistique	☐ Innover dans le but d'améliorer la capacité de la chaîne du froid et la logistique, ainsi que la gestion des déchets.	X			
	☐ Minimiser - aussi bien à l'échelle des pays qu'à l'échelle mondiale - l'impact que peuvent avoir la consommation d'énergie, et les différentes matières et procédés qu'utilisent les systèmes d'approvisionnement de la vaccination, sur l'environnement.	X			
	☐ Pourvoir en nombre suffisant les systèmes d'approvisionnement en personnel compétent, motivé et responsabilisé.	X			
	☐ Instaurer des systèmes d'information permettant au personnel de suivre les mouvements de l'approvisionnement disponible.	X			
Axe stratégique 5 : Les programmes de vaccination bénéficient d'un accès durable à des apports de fonds prévisibles, à un approvisionnement de qualité et à des technologies novatrices.		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Accroître le montant total des fonds	☐ Obtenir l'engagement des pouvoirs publics d'investir dans la vaccination, en fonction de leur capacité de paiement et les avantages escomptés.	X			
	☐ Trouver des éventuels nouveaux partenaires de développement et nationaux, et diversifier les sources de financement.	X			
	☐ Préparer la nouvelle génération de mécanismes de financement novateurs.	X			
Améliorer « l'abordabilité » (viabilité financière) des pays à moyen revenu	☐ Examiner les différentes approches de tarification et définir des critères clairs et explicites, qui dictent l'échelle des niveaux de prix et des prix actuellement en vigueur et des futurs prix dont disposeront les pays à revenu moyen inférieur et à revenu moyen.			X	
	☐ Examiner les mécanismes communs de négociation ou d'approvisionnement concernant les pays à revenu moyen inférieur et à revenu moyen.	X			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
Améliorer l'affectation des fonds dans les pays à faible et moyen revenus	☐ Renforcer la gestion budgétaire et financière dans le pays pour une meilleure intégration, d'une part de la planification financière et des soins de santé et, d'autre part, du processus de définition des priorités.	X			
	☐ Coordonner le soutien financier des partenaires de développement et de la part d'autres sources extérieures.	X			
	☐ Évaluer et améliorer les mécanismes de soutien financier en fonction de leur effectivité à atteindre les buts de la lutte contre les maladies.	X			
	☐ Baser l'apport de fonds sur la transparence et l'objectivité, pour garantir la viabilité des programmes.	X			
	☐ Encourager le recours à l'étude des coûts et du rapport coûts-bénéfices dans le cadre des levées de fonds, des prises de décision et de la protection du financement des programmes de vaccination.	X			
	☐ Étudier les systèmes de financement sur la base « payer selon la performance ».	X			
Garantir un approvisionnement de qualité	☐ Créer et appuyer des réseaux de régulateurs et de fournisseurs pour partager les meilleures pratiques et pour améliorer les capacités d'assurance qualité et du contrôle de la qualité.	X			
	☐ Mettre au point des outils susceptibles de renforcer la normalisation mondiale des processus de fabrication et les processus de réglementation.				X
	☐ Renforcer les dispositifs réglementaires et mettre en place des réglementations harmonisées à l'échelle mondiale.				X
	☐ Créer un forum à partir duquel les pays pourront dialoguer sur les demandes de vaccins et les différentes technologies disponibles, tout en étant capables de prodiguer des conseils aux fabricants sur les profils de produits recherchés.			X	
Axe stratégique 6 : Les innovations de l'activité R&D (recherche et développement) nationale, régionale et mondiale optimisent les avantages de la vaccination		Oui	No	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Élargir les capacités et collaborer davantage avec l'utilisateur final	☐ Collaborer avec l'utilisateur final pour déterminer les niveaux de priorités des vaccins et les innovations en fonction de la demande et de la valeur ajoutée.			X	
	☐ Mettre en place des plateformes d'échange d'informations sur la recherche vaccinale et l'établissement d'un consensus.			X	
	☐ Renforcer la capacité et les ressources humaines dans les pays à faible et moyen revenus, pour aider les structures de recherche et de développement et encourager la réalisation de recherches supplémentaires.			X	
	☐ Impulser l'essor du réseautage entre les centres de recherche pour établir des partenariats efficaces au sein des institutions des pays à revenu élevé, moyen et faible.			X	
	☐ Promouvoir la collaboration entre les disciplines de recherche traditionnelles et les scientifiques spécialistes de disciplines n'ayant jamais été impliqués dans la recherche sur les vaccins.			X	
Favoriser la mise au point de nouveaux vaccins	☐ Étudier les principes de base des réponses immunitaires acquises et naturelles, en particulier chez l'être humain.			X	
	☐ Étudier les caractéristiques immunologiques et moléculaires des microbes.			X	
	☐ Affiner la compréhension de la portée et des causes de la variation des pathogènes et de la population humaine aux vaccins.			X	

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
Accélérer le développement, la délivrance des licences et l'administration des vaccins	☐ Promouvoir un plus grand accès à la technologie, le savoir-faire et la propriété intellectuelle concernant les adjuvants et leur formulation dans les vaccins.			X	
	☐ Développer des mécanismes d'administration de vaccins sans seringue et des conditionnements de seringue tenant compte des besoins et contraintes des programmes de chaque pays.			X	
	☐ Mettre au point des vaccins thermostables contre le rota virus et la rougeole.			X	
	☐ Mettre au point des nouvelles technologies de biotransformation et de fabrication.			X	
	☐ Mettre en place un programme de recherche scientifique réglementaire, de portée mondiale.			X	
	☐ Adopter les meilleures pratiques en matière de gestion des portefeuilles et des partenariats pour soutenir la recherche et le développement.			X	
Améliorer les efficacités des programmes et élargir la couverture vaccinale et son impact	☐ Chercher à savoir comment utiliser plus efficacement des informations disponibles, grâce aux technologies de communication modernes.	X			
	☐ Entreprendre des études et des investigations représentatives épidémiologiques, immunologiques, sociales et opérationnelles sur l'impact des vaccins, dans un but d'orienter les analyses économiques de la santé.		X		
	☐ Entreprendre des recherches opérationnelles sur l'amélioration des méthodes d'administration pour une vaccination à vie, et sur la vaccination dans des cas d'urgences humanitaires, des États fragiles et des pays en proie à des conflits et sortant d'un conflit.			X	
	☐ Entreprendre des recherches sur les effets de l'interférence et sur les meilleurs délais d'administration.			X	
	☐ Entreprendre des recherches sur l'amélioration des outils de diagnostic, pour faciliter la surveillance dans les pays à faible revenu.			X	

VI. CALENDRIER D'ACTIVITES

Tableau 28: Calendrier d'activités par composante

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
1. GESTION DU PROGRAMME								
Législation et réglementations	Amener l'ANR à assurer 100% de ses fonctions pour le contrôle de qualité notamment en ce qui concerne l'inspection et la libération des lots	Renforcement de capacité	Former les membres de la DPMED et de la l'ANV-SSP sur les rôles et fonctions de l'ANR		X			
		Collaboration intrasectorielle	Identifier une personne à la DPMED chargé d'assurer le contrôle et la libération des lots	X				
			Mettre en place un cadre de concertation entre l'ANV-SPP et la DPMED pour le contrôle de qualité des vaccins	X				
			Assurer l'inspection et le contrôle de qualité des lots de vaccins à chaque arrivage		X			

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
		Prise d'actes administratifs	Prendre les actes administratifs requis pour rendre effectif le contrôle de qualité des vaccins notamment en ce qui concerne l'inspection et la libération des lots		X			
Politique/Planification	Rendre disponible le document de politique nationale de vaccination	Atelier de réflexion	Organiser un atelier sur l'élaboration de la politique nationale de vaccination		X			
		Recours à une assistance technique	Faire une requête auprès des partenaires pour une assistance technique en vue de l'élaboration de la politique nationale de vaccination		X			
	Assurer une disponibilité à 100% de tous les documents de planification du PEV (plan d'action annuel, PPAC, etc)	Atelier de réflexion	Organiser annuellement un atelier pour élaborer le plan de travail de l'ANV-SSP	X	X	X	X	X
		Atelier de travail et assistance technique	Elaborer le PPAC 2024-2029					X
	Amener de 44 à 100% la proportion de zones sanitaires à disposant chaque année d'un micro plan pour le PEV	Renforcement de capacité	Former les équipes d'encadrement de zone sanitaire sur l'élaboration des micros plans du PEV	X	X	X	X	X
		Assistance technique	Apporter une assistance technique aux zones sanitaires dans l'élaboration des microplans du PEV	X	X	X	X	X
Coordination	Doter le GTCV de 100% ressources sollicitées pour son fonctionnement d'ici 2023	Plaidoyer pour la mobilisation de ressources	Inscrire les activités du fonctionnement du CNCV sur le financement du RSS de Gavi	X	X	X	X	X
			Mobiliser des ressources additionnelles pour assurer le fonctionnement du CNCV	X	X	X	X	X
Suivi évaluation	Mettre en place un service de suivi-évaluation à l'ANV	Revue des textes et documents	Créer le service de suivi évaluation dans les documents regissant l'ANV-SSP (decret)	X				
		Recrutement du personnel	Recruter du personnel pour rendre fonctionnel le service de suivi-évaluation de l'ANV-SSP	X				
		Assistance technique	Solliciter auprès des partenaires une assistance technique pour le fonctionnement du service de suivi-évaluation de l'ANV-SSP	X				
Plaidoyer	Organiser annuellement des séances d'échange avec le parlement sur les activités de vaccination (performances, financements, défis, perspectives)	Plaidoyer	Mettre en place une association des parlementaires soutenant la vaccination		X			
			Organiser annuellement les rencontres d'échanges avec les parlementaires			X	X	X

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier					
				2019	2020	2021	2022	2023	
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES									
Nombre de RH	Prendre en compte à 100% les aspects liés à la vaccination dans le plan de formation d'ici 2023.	Concertation intrasectorielle	Participer à toutes les séances prévues dans le cadre de l'élaboration du plan de formation en cours du minsitère de la santé	X	X				
		Plaidoyer	Plaidoyer auprès de la DAF du ministère de la santé pour la prise en compte des besoins quantitatifs en qualitatifs de formation en gestion du PEV dans le plan de formation	X	X	X	X		
	Amener de 0 à 40% la proportion d'agents avec un suivi carrière régulier	Concertation intrasectorielle	Faire un suivi régulier auprès de la DAF du plan de carrière des agents en particulier ceux impliqués dans les activités du PEV	X	X	X	X	X	
Renforcement de capacité	Amener de 59 à 100% la proportion de médecin coordonnateur (et de médecins-chef) formés sur la gestion du PEV du niveau intermédiaire (cours MLM ou MIVA)	Renforcement de capacité	Former annuellement au moins 5 managers du PEV en Master de vaccinalogie	X	X	X	X	X	
			Organiser tous les deux ans une session nationale de cours MLM à l'intention de 30 managers du PEV		X		X		
	Formés tous les nouveaux agents sur la gestion du PEV (formation courte nationale)	Renforcement de capacité	Former annuellement au moins 50 agents sur la gestion du PEV (formation courte nationale)	X	X	X	X	X	
Supervision	Réaliser 100% des supervisions formatives (selon le rythme retenu) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2023	Etude	Faire un état des lieux de la mise en œuvre de la supervision formative	X					
		Atelier de réflexion	Organiser un atelier de relecture des directives nationales de supervision	X					
		Concertation intrasectorielle	Mettre en place un cadre de suivi de la mise en œuvre des supervisions formatives du PEV au niveau intermediaire et périphériques	X					
		Mission de terrain	Assurer les supervisions formatives (selon le rythme retenu) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	X	X	X	X	X	
		Partage de documents	Mettre à la disposition des acteurs à différents niveaux les outils révisés de supervision des activités	X					
		Renforcement de capacité	Former les responsables du PEV à divers niveau sur les techniques de supervision	X		X		X	
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT									

Composants du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
Viabilité financière	Accroître de 20 à 50% la part des ressources de l'Etat dans les dépenses totales en matière de vaccination de routine (toutes sources)	Plaidoyer	Mettre en place un comité de suivi des actes et recommandations issus de la table sur la relance sur la relance et financement de la vaccination	X				
			Faire une revue annuelle des progrès dans la mise en œuvre des actes de la table ronde sur	X	X	X	X	X
		Concertation intersectorielle	Organiser une séance de concertation entre le MS et le MEF pour l'accroissement des ressources allouées à la vaccination	X				
	Accroître de 10 à 15 % le financement du secteur santé sur ressources publiques	Plaidoyer	Organiser un plaidoyer pour un accroissement des ressources en faveur du secteur de la santé	X		X		X
	Retard dans la mise à disposition ressources financières allouées sur budget national	Concertation intrasectorielle	Organiser une séance de travail avec la DAF du MS sur les modalités de mise à dispositions à temps des ressources de allouées aux activités de la vaccination	X				
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS								
Approvisionnement en vaccins	Obtenir une exonération des vaccins, matériels d'injection et équipements de chaîne du froid achetés par l'Unicef d'ici 2023.	Concertation intersectorielle	Organiser une séance de concertation entre le MS et le MEF l'obtention d'une exonération des frais de douanes vaccins, matériels d'injection et équipements de chaîne du froid achetés par l'Unicef	X				
Chaîne du froid / Logistique	Accroître de 30 à 100% le nombre de formations sanitaires à disposant d'équipements de la chaîne du froid homologués et fonctionnel	Mise en œuvre du CCEOP	Mettre en œuvre les activités prévues dans le cadre du plan de déploiement de la soumission CCEOP	X	X			
			Assurer le paiement de la part de co-financement de l'Etat dans le cadre de la soumission CCEOP	X	X			
	Accroître de 40 à 100% le nombre de formations sanitaires à disposant des procédures opératoires normalisées (PON) pour la gestion logistique des vaccins	Atelier de réflexion	Elaborer toutes les PONs de la GEV	X				
		Partage de documents	Diffuser toutes les PONs de la GEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement	X	X			
		Renforcement des capacités	Former tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement sur les PONs de la GEV	X	X			
	Accroître de 38 à 100% le nombre de zones sanitaires mettant en œuvre le système logistique optimisé	Etude	Réaliser les analyses de la situation logistique dans les zones sanitaires non encore enrôlées dans le DSLO	X	X	X		

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
		Renforcement des capacités	Former les acteurs les acteurs de la chaine d’approvisionnement des zones sanitaires non encore enrôlées sur la gestion logistique du PEV	X	X	X		
		Appui aux infrastructures	Contruire/Réhabiliter les dépôts de zone sanitaires pour la conservation des vaccins	X	X	X		
		Acquisition de matériels roulant	Doter en véhicule entrepôt mobil les zones sanitaires non encore enrôlées dans le SLO	X	X	X		
		Assistance technique	Apporter un appui technique aux zones sanitaires non encore enrôlées dans le SLO	X	X	X		
	Exécuter annuellement au moins 80% des activités du plan de maintenance des équipements de la chaine du froid	Suivi des activités	Faire le suivi trimestriel de la mise la mise en œuvre du plan de maintenance	X	X	X		
		Planification des activités	Inscrire systématiquement dans les PITA de l’ANV-SSP les activités de plan de maintenance des ECFs	X	X	X	X	X
		Suivi des activités	Elaborer les rapports annuels de progrès du plan de maintenance	X	X	X	X	X
Élimination des déchets	Elaboration de la politique de gestion des déchets	Atelier de réflexion	Organiser un atelier d’élaboration de la politique de gestion des déchets		X			
		Partage de document	Editer et diffuser la politique de gestion des déchets		X			
5. SERVICES DE VACCINATION								
Couverture de routine	Porter de 82 à 94% la couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib)3 d’ici 2023 au niveau national	• Mise en œuvre de la stratégie ACD/ACE dans toutes les communes	Mettre en place un système de monitoring à temps réel de la mise en œuvre des stratégies avancées dans les formations sanitaires	X				
	Atteindre au niveau national au moins 90% de couverture vaccinale en VAR/RR d’ici 2023		Faire le suivi périodique de la mise en œuvre des micros plans PEV dans toutes les communes	X	X	X	X	X
	Atteindre au niveau national au moins 80% de couverture vaccinale en VAT2+/Td 2+ d’ici 2023	• Assitance technique ciblée	Organiser trimestriellement le rattrapage des cibles manquées dans les aires sanitaires à faible performance	X	X	X	X	X
	Réduire à 10% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib)3 inférieure à 90% d’ici 2023	• Atelier de revue des indicateurs	Apporter une assistance technique ciblée en direction des communes à faibles performances en matière de vaccination (recrutement de consultants nationaux)	X	X	X	X	X

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
	Porter de 81 à 85% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAR/RR supérieure ou égale à 90% d'ici 2023		Organiser semestriellement dans les départements des ateliers de revue des indicateurs du PEV suivi d'élaboration de plan de résolution des problèmes	X	X	X	X	X
	Porter de 40 à 80% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAT2+/Td supérieure ou égale à 80% d'ici 2023							
Demande	Réduire à moins de 10% le taux d'abandon en (DTC-HEPB – HIB) d'ici 2023	- Renforcement des recherches actives des perdus de vue - Réduction des occasions manquées - Recherche opérationnelle	Instruire les acteurs de la vaccination au niveau à organiser la recherche active systématique des perdus de vu	X				
	Réduire de 35% à 0% la proportion des communes ayant un taux d'abandon (DTC-HEPB – HIB)1(DTC-HepB – Hib)1 – (DTC-HEPB – HIB)3(DTC-HepB – Hib)3 > 10 % d'ici 2023		Sensibiliser les agents de santé impliqués dans le PEV à organiser au quotidien les séances de vaccination	X				
	Réduire de 23% à 10% le taux d'abandon BCG –VAR d'ici 2023		Instruire les agents de santé impliqués dans le PEV à organiser au quotidien les séances de vaccination	X				
	Réduire de 34% à 0% la proportion de communes ayant un taux d'abandon BCG-VAR >10 % d'ici 2023		Faire le suivi de l'organisation quotidienne des séances de vaccination dans les formations sanitaires (supervision formative)	X	X	X	X	X
			Rendre systématique l'évaluation du statut vaccinal des enfants à tout contact avec les services de santé	X	X	X	X	X
			Elaborer des directives sur les enfants défaillants aux séances de vaccination	X				
			Mettre en place un système de recherche des défaillants en exploitant les technologies de l'information et de la communication	X	X			
			Rechercher les raisons de contre performance des communes à abandon élevé		X			
			Organiser des activités intensives de rattrapage dans les communes à faible performance	X	X	X	X	X

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
Équité	Réduire de 25 à 10% l'écart de couverture vaccinale entre le quintile de richesse le plus bas et le plus élevé d'ici 2023	Mise en œuvre de l'Approche « Analyse et planification centrée sur l'équité en vaccination »	Etendre à l'ensemble des ZS le processus de l'APCE	X	X			
	Réduire d'au moins 90% le nombre d'enfants peu ou pas vaccinés dans les CPPD d'ici 2023		Former les acteurs du PEV dans les ZS non encore enrôlées dans l'Approche APCE	X	X			
	Réduire à 0% l'écart entre de couverture vaccinale entre les milieux urbain et rural d'ici 2023		Accompagner les ZS dans l'identification des CPPD, l'analyse des GE	X	X			
	Porter de 15 à 34 le nombre de ZS mettant en œuvre toutes les composantes de l'approche ACE (équité) d'ici 2023		Appuyer les ZS dans l'élaboration des micros plans centrés sur l'équité	X	X			
			Superviser la MEO des microplans centrés sur l'équité	X	X			
			Evaluer le processus de mise en œuvre de l'approche d'APCE	X	X	X	X	X
Nouveaux vaccins	Introduire le vaccin HPV	Demande de soutien à Gavi	Elaborer les dossiers de soumissions	X	X	X		
	Introduire le vaccin MenA		Elaborer les documents de planification, de mise en œuvre de l'introduction du nouveau vaccin	X	X	X		
	Introduire la 2ieme dose du vaccin RR (RR2)		Former les acteurs vaccin	X	X	X		
	Introduire le vaccin contre l'Hépatite B à la naissanec		Elaborer les micros plans de mise en œuvre de l'introduction du nouveau vaccin	X	X	X		
	Introduire le vaccin contre le Rotavirus		Introduire le nouveau vaccin	X	X	X		
			Superviser la mise en œuvre	X	X	X		
			Faire l'évaluation post-introduction du nouveau vaccin	X	X	X		
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION								
Surveillance de routine	Réduire de 13 à 0% la proportion des communes en sous notification de cas de PFA d'ici 2023	- Partage de document - Renforcement de capacité - Surveillance à base communautaire - Surveillance passive	Organiser les réunions de revues semestrielles d'analyse des indicateurs de surveillance	X	X	X	X	X
	Réduire de 7 à 0% la proportion de communes avec 80% d'échantillons de selles prélevées dans les 14 jours ;		Multiplier les supports de surveillance et les rendre disponible dans toutes les formations sanitaires	X	X	X	X	X
	Amener à au moins 90% la proportion de communes ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ;		Former/ mettre à niveau les capacités des agents de santé du niveau opérationnel intervenants dans la surveillance épidémiologique des	X	X	X	X	X

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
		- Surveillance active - Réunions de suivi	maladies évitables par la vaccination (MEV)					
	Atteindre un taux d'éruption fébrile non rougeoleuse de 2.0 pour 100 000 habitants d'ici 2023	- Supervision - Mission de travail - Atelier de réflexion	Renforcer / mettre à niveau les capacités des relais communautaires sur la surveillance épidémiologique des MEV	X	X	X	X	X
	Investiguer au moins 80% des foyers épidémiques de rougeole détectés.		Assurer la sensibilisation de la population sur les MEV à travers le personnel de santé et les relais communautaires	X	X	X	X	X
	Amener de 87% à 90% au moins la proportion de communes notifiant au moins un cas suspect de Fièvre Jaune d'ici 2023 ;		Notifier systématiquement tous cas suspects des MEV	X	X	X	X	X
	Atteindre au moins 80% de cas de TNN ayant bénéficié de riposte d'ici 2023		Prélever les échantillons de cas suspects de MEV	X	X	X	X	X
	Rendre disponible le système de surveillance du syndrome de la rubéole congénitale		Rembourser les frais d'acheminement des échantillons	X	X	X	X	X
	Mettre en place le système de surveillance du Syndrome de la Rubéole Congénitale (SRC)		Acheter les coupons d'expédition d'échantillons par DHL	X	X	X	X	X
			Organiser l'investigation des cas de PFA ayant posé un problème de classification pour les membres de CNEEP	X	X	X	X	X
			Organiser les réunions statutaires des différents comités pour l'éradication de la poliomyélite	X	X	X	X	X
			Organiser la visite des communes silencieuses et / ou à risque polio par les experts	X	X	X	X	X
			Organiser la mission des membres du CNC-CNEP-SGTC sur le laboratoire de référence d'ACCRA	X				
			Mettre à jour le plan de riposte à une importation de PVS et le plan de confinement	X	X	X	X	X

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
			Actualiser la liste des laboratoires retenus pour le confinement du virus contre la poliomyélite	X	X	X	X	X
			Organiser les réunions d'harmonisation des données entre le Laboratoire national, la DNSP et l'ANV-SSP	X	X	X	X	X
			Organiser une réunion de monitoring de performance de la surveillance et de la vaccination	X	X	X	X	X
			Appuyer les ZS/communes dans l'élaboration des plans de surveillance	X	X	X	X	X
			Rédiger le rapport de progrès annuel du CNC	X	X	X	X	X
			Partager les résultats de la surveillance du SRC avec le personnel de santé, les établissements participants et les autorités de la santé publique concernées	X	X	X	X	X
Manifestations indésirables post immunisation	Atteindre au moins 80% de formations sanitaires notifiant les cas de MAPI ;	- Renforcement de capacité - Retro information	Renforcer / mettre à niveau les capacités des acteurs du PEV sur la surveillance des MAPI	X	X	X	X	X
	Investiguer 100% des cas de MAPI grave notifiés par les formations sanitaires		Faire une retrominformation sur la surveillance des MAPI en vue de relancer les formations sanitaires en sous notification	X	X	X	X	X
7. GESTION DES DONNEES								
Complétude et promptitude des données	Amener à 100% la proportion des communes promptes dans la transmission des données	- Renforcement de la gouvernance et du leadership en matière de la gestion des données du PEV - Renforcement de capacités des acteurs du système de gestion des données du PEV	Mettre en place un groupe technique pour l'analyse et la validation des données au niveau de chaque département	X				
Qualité des données	Réduire de 24 à 5% l'écart entre la couverture administrative et la couverture d'enquête et l'estimation Unicef/OMS d'ici à 2023		Renforcer les compétences des acteurs de la gestion des données du PEV	X	X			
	Réduire à moins de 20% la proportion des communes qui déclarent des couvertures vaccinales au-delà de 100%		Renforcer les ressources matérielles nécessaires à la gestion des données du PEV	X	X			
			Actualiser les supports et Intégrer les sous-systèmes	X	X			

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
		• Mise en place d'un mécanisme de validation des données PEV	de la gestion des données du PEV					
			Digitaliser la collecte des données de vaccination	X	X	X	X	X
			Assurer l'exécution, le suivi et l'évaluation du système	X	X	X	X	X
		• Renforcement du système d'identification des cibles PEV	Disposer d'un protocole national de gestion et de validation des données du PEV	X	X			
			Organiser la validation des données de vaccination à tous les niveaux	X	X	X	X	X
			Réaliser les auto-évaluations de la qualité des données	X	X	X	X	X
			Réaliser les Enquêtes de Couvertures Vaccinales		X		X	
			Organiser la rencontre annuelle de consensus des dénominateurs	X	X	X	X	X
			Mettre en place un mécanisme de suivi des cibles réajustés	X	X			
			7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE					
Stratégie de communication	Réduire de 22 à 14% les la proportion des communautés n'ayant pas de connaissance sur les différents aspects du PEV.	Recherche opérationnelle	Réaliser une enquête CAP sur les raisons de non vaccination des enfants		X			X
		Mobilisation sociale	Réaliser des émissions grand-publics, des sketches, et théâtres populaires d'information et de sensibilisation pour le PEV.	X		X		X
			Organiser une séance d'animation par semestre dans les écoles des communes à faible performance (mise à contribution des OSC, Agents de santé)		X	X	X	
			Réaliser des documentaires audiovisuels sur la vaccination		X		X	
			Elaborer des contrats de diffusion avec des 'start up' sur le PEV	X	X	X	X	X
	Réduire de 44 à 20%, le manque de motivation comme cause de non vaccination ou de	Plaidoyer	Organiser des séances de plaidoyer avec les responsables départementaux des cultes	X	X	X		

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
	vaccination partielle des enfants de 0 à 59 mois		et les responsables scolaires					
	Réduire de 31 à 23% la proportion des mères non informées sur les programmations des activités du PEV.	Communication pour un changement de comportement	Faire la relecture du plan de travail des RC avec les OSC dans les communes d'insuffisance d'activités de communication pour le PEV	X			X	
	Amener de 3 à 100% les communes disposant d'un plan opérationnel de communication	• Operationalisation du PSC • Mobilisation de ressources • Appui technique • Renforcement de capacité	Actualiser et diffuser le plan stratégique de communication	X				
			Faire le plaidoyer pour mobiliser les ressources nécessaires à la divulgation du plan stratégique de communication		X		X	
			Organiser au niveau des zones sanitaires des réunions d'orientation à l'intention des acteurs de santé, des leaders d'opinions, les groupements féminins, des élus locaux sur l'approche du diagnostic communautaire		X	X		
			Conduire avec les chargés de communication des zones sanitaires, des séances éducatives sur le PEV dans les communautés à faible couverture vaccinale		X	X		
	Réviser 100% des supports de communication en lien avec l'introduction des nouveaux vaccins	• Mobilisation de ressources • Atelier de réflexion • Production de supports	Actualiser les maquettes des différents supports de communication	X				
			Organiser les ateliers de prévalidation et de validation des différents supports	X				
			Multiplier les différents supports au profit des structures utilisatrices	X				
	Porter de 75 à 100% l'implication des OBS/OSC, des élus locaux et leaders communautaires dans la mobilisation sociale pour le PEV	Etude de cartographie	Actualiser la cartographie des aires d'intervention des OSC membres de la plateforme	X				
		Renforcement de capacité	Former les responsables des OSC de la plateforme santé à la technique d'animation communautaire	X	X			

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	2023
	Porter de 5 à 100% la proportion des communes mettant en œuvre l'approche IVD	Supervision	Organiser le suivi post formation des responsables des OSC membres de la plateforme	X	X			
		Renforcement de capacité	Former les membres du cadre de concertation sur l'approche IVD et la C4D	X	X	X		
		Mobilisation sociale	Organiser des séances de mobilisation sociale avec les groupes organisés (GF, Chefs couvents, les Leaders Religieux, les Chefs Ménages) pour le PEV	X	X	X		
			Réaliser des émissions grand 'publics,	X	X	X		
	Amener 100% des radios partenaires à organiser des émissions sur les activités du PEV	Renforcement des capacités	Former les animateurs radio sur les techniques de communication suivant l'IVD	X	X			

VII. CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION

La collecte des données nécessaires pour le calcul des indicateurs retenus dans le plan de suivi-évaluation du PPAc s'est fait en s'appuyant sur le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), principal système d'information du secteur. Par ailleurs, des enquêtes spécifiques sont organisées pour apprécier les performances du PEV, qui ne peuvent être mesurées par les données de routine.

Le suivi-évaluation de la mise en œuvre du PPAc s'appuie également sur les instances de coordination existant qui se présente à chaque niveau de la pyramide sanitaire ainsi qu'il suit :

Niveau central

Au niveau central, Il y a :

- le Comité Consultatif Inter Agence (CCIA) qui est une coordination au sein des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)
- La Revue Annuelle Conjointe (Gouvernement/PTF) de Performance du Secteur de la Santé (RACPSS) ;
- Le Comité National de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes du secteur de la Santé (CNEEP) ;
- La réunion trimestrielle Ministère de la Santé/PTF ;
- La réunion trimestrielle du Comité de Direction élargie aux Directions Départementales de la Santé.

Niveau intermédiaire

Au niveau intermédiaire, nous avons :

- CODIR Elargi aux MCZS, Médecins Chefs et autres acteurs ;
- Réunion de concertation avec les partenaires intervenant dans le département ;

- Le Comité Départemental de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes du secteur de la Santé (CDEEP) ;
- Revue annuelle conjointe de performance.

Niveau périphérique

Au niveau périphérique, on a :

- La réunion mensuelle de coordination de l'EEZS ;
- Les réunions périodiques de concertation entre les PTF et les EEZS de leurs zones d'intervention ;
- La revue annuelle conjointe de performance au niveau des zones sanitaires.
- Le monitoring de routine.

Le processus de suivi/évaluation du PPAc 2019-2023 se fonde sur un cheminement clair et logique axé sur des résultats que les principaux indicateurs retenus permettent de mettre en exergue.

Les indicateurs

Le plan de suivi et évaluation comprend des indicateurs dont la collecte et le suivi régulier contribueront à améliorer la performance du secteur de la santé en matière de vaccination. Ces indicateurs retenus dans le PPAc sont définis en s'appuyant sur le GVAP, sur les cibles régionales ainsi que sur le Plan de Suivi-Evaluation du PNDS.

Indicateurs par composante

Le tableau qui suit présente la liste des indicateurs par composante. Ces indicateurs sont ceux déjà suivis ou qui seront suivis par les structures du Ministère de la Santé avec l'implication ou non des structures connexes à la santé.

Tableau 29 : Cadre de suivi et d'évaluation du système de vaccination national

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de verification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
1. GESTION DU PROGRAMME										
Amener l'ANR à assurer 100% de ses fonctions pour le contrôle de qualité notamment en ce qui concerne l'inspection et la libération des lots	L'ANR reprsésenté par la DPMED assure ses fonctions de contrôle de qualité et de libération des lots pour 100% des arrivages de vaccins	0%	2018	Archives ANV-SSP et DPMED	50%	50%	50%	50%	100%	Rapports de contrôle de qualité et de Libération des lots de vaccins1
Rendre disponible le document de politique nationale de vaccination	Disponibilité du document de politique nationale pour la vaccination	0%	2018	Service documentati on ANV-SSP	0%	100%	100%	100%	100%	Service documen tation ANV-SSP
Assurer une disponibilité à 100% de tous les documents de planification du PEV (plan d'action annuel, PPAC, etc)	Disponibilité de tous les documents de planification du PEV : 5 plan d'action annuel, 1 PPAC)	17%	2018	Service documentati on ANV-SSP	100%	100%	100%	100%	100%	Service documen tation ANV-SSP

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de vérification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
Amener de 44 à 100% la proportion de zones sanitaires à disposant chaque année d'un micro plan pour le PEV	Disponibilité de tous les micros plans PEV des ZS	17%	2018	Service documentation ANV-SSP	60%	75%	90%	100%	100	Service documentation ANV-SSP
Doter le GTCV de 100% ressources sollicitées pour son fonctionnement d'ici 2023	Disponibilité à 100% des ressources de fonctionnement du CNCV	5%	2018	Service comptabilité ANV-SSP	100%	100%	100%	100%	100%	Service comptabilité ANV-SSP
Mettre en place un service de suivi-évaluation à l'ANV	Disponibilité d'un service de suivi-évaluation à l'ANV-SSP	0%	2018	Organigramme ANV-SSP	100%	100%	100%	100%	100%	Organigramme ANV-SSP
Organiser annuellement des séances d'échange avec le parlement sur les activités de vaccination (performances, financements, défis, perspectives)	Organisation de séance d'échange le parlement sur les activités de vaccination (performances, financements, défis, perspectives)	0%	2018	Service comptabilité ANV-SSP	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport de séance
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES										
Prendre en compte à 100% les aspects liés à la vaccination dans le plan de formation d'ici 2023	Prise en compte des besoins de renforcement de capacité en gestion du PEV dans le plan de formation du ministère de la santé	0 /	2018	DAF MS	100%	100%	100%	100%	100%	plan de formation
Amener de 0 à 40% la proportion d'agents avec un suivi carrière régulier	Proportion d'agents impliqués dans le PEV avec un suivi carrière régulier	0%	2018	DAF MS	10%	20%	25%	30%	40%	Plan de carrière des agents : SRH ANV-SSP
Amener de 59 à 100% la proportion des médecins coordonnateurs de zone sanitaire (et des médecins-chef) formés sur la gestion du PEV du niveau intermédiaire (cours MLM ou MIVA)	Proportion de MCZS (et MCC) formés sur la gestion du PEV du niveau intermédiaire (cours MLM ou MIVA)	59%	2018	SRH ANV-SSP	75%	85%	90%	95%	100%	Rapport de formation

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de vérification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
Formés tous les nouveaux agents sur la gestion du PEV (formation courte nationale)	Proportion de nouveaux agents sur la gestion du PEV (formation courte nationale)	0%	2018	SRH ANV-SSP	50%	75%	85%	95%	100%	Rapport de formation
Réaliser 100% des supervisions formatives (selon le rythme retenu) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2023	Taux de réalisations des supervisions formatives (selon le rythme retenu) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	50%	2018	Estimations Service PEV de routine ANV-SSP	60%	70%	80%	90%	100%	Rapport de supervision
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT										
Accroître de 20 à 50% la part des ressources de l'Etat dans les dépenses totales en matière de vaccination de routine (toutes sources)	Part des ressources de l'Etat dans les dépenses totales en matière de vaccination de routine (toutes sources)	20%	2018	RAE ANV-SSP	25%	30%	40%	45%	50%	RAE ANV-SSP
Accroître de 10 à 15 % le financement du secteur santé sur ressources publiques	Part de financement du secteur santé sur ressources publiques	10%	2018	DAF, BGE	11%	12%	13%	14%	15%	BGE
Améliorer le rythme de décaissement des ressources allouées d'ici 2023	Decaissement annuel des fonds alloués à l'ANV-SSP selon le rythme requis	0%	2018	Service comptabilité ANV-SSP	100%	100%	100%	100%	100%	Service comptabilité ANV-SSP
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS										
Obtenir une exonération des vaccins, matériels d'injection et équipements de chaîne du froid achetés par l'Unicef d'ici 2023.	Existence d'un document d'exonération de douanes des vaccins, matériels d'injection et équipements de chaîne du froid achetés par l'Unicef	0%	2018	Archives ANV-SSP	100%	100%	100%	100%	100%	Archives ANV-SSP

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de vérification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
Accroître de 30 à 100% la proportion de formations sanitaires à disposant d'équipements de la chaîne du froid homologués et fonctionnel	Proportion de formations sanitaires à disposant d'équipements de la chaîne du froid homologués et fonctionnel	30%	2017	Inventaire des ECFs	60%	100%	100%	100%	100%	Inventaire des ECFs
Accroître de 40 à 100% la proportion de formations sanitaires à disposant des procédures opératoires normalisées (PON) pour la gestion logistique des vaccins	Proportion de formations sanitaires à disposant des procédures opératoires normalisées (PON) pour la gestion logistique des vaccins	40%	2018	Estimations Direction de la Logistique ANV-SSP	40%	100%	100%	100%	100%	Direction de la Logistique ANV-SSP
Accroître de 38 à 100% la proportion de zones sanitaires mettant en œuvre le système logistique optimisé	Proportion de zones sanitaires mettant en œuvre le système logistique optimisé	38%	2018	Direction de la Logistique ANV-SSP	50%	60%	80%	100%	100%	Direction de la Logistique ANV-SSP
Exécuter annuellement au moins 80% des activités du plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid	Taux d'exécution du plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid	10%	2018	Estimations Direction de la Logistique ANV-SSP	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport d'exécution du plan de maintenance des ECFs
Elaborer une politique et un plan de gestion des déchets	Disponibilité du document de plan de gestion des déchets	0%	2018	Service Matériel et Maintenance ANV-SSP	0%	100%	100%	100%	100%	Service Matériel et Maintenance ANV-SSP
5. SERVICES DE VACCINATION										
Porter de 82 à 94% la couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib) 3 d'ici 2023 au niveau national	Couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib) 3 au niveau national	82%	2018	WUENIC	90%	92%	92%	94%	94%	WUENIC
Réduire à 10% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib)3 inférieure à 90% d'ici 2023	Proportion de communes ayant une couverture vaccinale en (DTC+HepB+Hib)3 inférieure à 90%	35%	2017	Rapport et PTA ANV SSP	20%	18%	16%	14%	10%	Rapport et PTA ANV SSP

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de vérification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
Atteindre au niveau national au moins 90% de couverture vaccinale en VAR/RR d'ici 2023	Couverture vaccinale en VAR/RR au niveau national	74%	2018	WUENIC	88%	90%	92%	92%	92%	WUENIC
Porter de 81 à 90% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAR/RR supérieure ou égale à 90% d'ici 2023	Proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAR/RR inférieure à 90%	81%	2017	Rapport et PTA ANV SSP	82%	85%	85%	90%	90%	Rapport et PTA ANV SSP
Atteindre au niveau national au moins 80% de couverture vaccinale en VAT2+ d'ici 2023	Couverture vaccinale en VAT2+/Td2+ au niveau national	69%	2018	WUENIC	76%	76%	76%	78%	80%	WUENIC
Porter de 40 à 80% la proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAT2+ supérieure ou égale à 80% d'ici 2023	Proportion de communes ayant une couverture vaccinale en VAT2+/Td2+ supérieure ou égale à 80%	40%	2017	Rapport et PTA ANV SSP	48%	56%	64%	72%	80%	Rapport et PTA ANV SSP
Réduire à moins de 10% le taux d'abandon en (DTC-HEPB – HIB) d'ici 2023	Taux d'abandon en (DTC-HEPB – HIB) au niveau national	13%	2018	EDS V	10%	10%	10%	10%	10%	EDS
Réduire de 35 à 0% la proportion des communes ayant un taux d'abandon (DTC-HepB – HIB)1(DTC-HepB – Hib)1 – (DTC-HepB – HIB)3(DTC-HepB – Hib)3 > 10 % d'ici 2023	Proportion des communes ayant un taux d'abandon (DTC-HepB – HIB)1(DTC-HepB – Hib)1 – (DTC-HEPB – HIB)3(DTC-HepB – Hib)3 > 10 %	35%	2017	Rapport et PTA ANV SSP	28%	21%	14%	7%	0%	Rapport et PTA ANV SSP
Réduire de 23 à 10% le taux d'abandon BCG –VAR au niveau national d'ici 2023	Taux d'abandon en BCG-VAR/RR au niveau national	23%	2018	EDS V	10%	10%	10%	10%	10%	EDS
Réduire de 34% à 0% la proportion de communes ayant un taux d'abandon BCG-VAR >10 % d'ici 2023	Proportion des communes ayant un taux d'abandon (BCG-VAR/RR > 10 %	34%	2018	Rapport et PTA ANV SSP	28%	21%	14%	7%	0%	Rapport et PTA ANV SSP

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de vérification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
Réduire à 10% l'écart de couverture vaccinale au Penta 3 entre le quintile de richesse le plus bas et le plus élevé d'ici 2023	Ecart de couverture vaccinale au Penta 3 entre le quintile de richesse le plus bas et le plus élevé	25%	2018	EDS V	22%	20%	18%	15%	10%	EDS
Réduire d'au moins 90% le nombre d'enfants peu ou pas vaccinés dans les CPPD d'ici 2023	Nombre d'enfants peu ou pas vaccinés dans les CPPD		2017	Rapport sur l'équité en matière de vaccination au Bénin	47889	37377	26866	16353	5840	Rapport sur l'équité en matière de vaccination au Bénin
Réduire à 0% l'écart entre de couverture vaccinale entre les milieux urbain et rural d'ici 2023	Ecart de couverture vaccinale au Penta 3 entre les milieux urbain et rural	7%	2018	EDS V	5%	4%	2%	1%	0%	EDS
Porter de 15 à 34 le nombre de zones sanitaires mettant en œuvre toutes les composantes de l'approche ACE (équité) d'ici 2023	Nombre de zones sanitaires mettant en œuvre toutes les composantes de l'approche ACE (équité)	15	2018	Direction de la Vaccination ANV-SSP	34	34	34	34	34	Direction de la Vaccination ANV-SSP
Introduire le vaccin contre le Rotavirus	Introduction du vaccin contre le Rotavirus	0%	2018	Direction de la Vaccination ANV-SSP	100%	100%	100%	100%	100%	Direction de la Vaccination ANV-SSP
Introduire le vaccin contre l'Hépatite B à la naissance	Introduction du vaccin contre l'Hépatite B à la naissance	0%	2018	Direction de la Vaccination ANV-SSP	100%	100%	100%	100%	100%	Direction de la Vaccination ANV-SSP
Introduire le vaccin HPV	Introduction du vaccin HPV	0%	2018	Direction de la Vaccination ANV-SSP	0%	100%	100%	100%	100%	Direction de la Vaccination ANV-SSP
Introduire le vaccin MenA	Introduction du vaccin MenA	0%	2018	Direction de la Vaccination ANV-SSP	0%	100%	100%	100%	100%	Direction de la Vaccination ANV-SSP

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de verification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION										
Réduire de 13 à 0% la proportion des communes en sous notification de cas de PFA d'ici 2023	Proportion des communes en sous notification de cas de PFA d'ici 2023	13%	2017	Rapport et PTA ANV SSP	10%	5%	3%	0%	0%	Rapport et PTA ANV SSP
Réduire de 7 à 0% la proportion de communes avec 80% d'échantillons de selles prélevées dans les 14 jours ;	Proportion de communes avec 80% d'échantillons de selles prélevées dans les 14 jours	7%	2017	Rapport et PTA ANV SSP	5%	4%	2%	0%	0%	Rapport et PTA ANV SSP
Amener à au moins 80% la proportion de communes ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ;	Proportion de communes ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole	79,2%	2017	Rapport et PTA ANV SSP	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport et PTA ANV SSP
Atteindre un taux d'éruption fébrile non rougeoleuse de 2.0 pour 100 000 habitants d'ici 2023	Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse pour 100 000	1,4%	2017	Rapport et PTA ANV SSP	2	2	2	2	2	Rapport et PTA ANV SSP
Investiguer au moins 80% des foyers épidémiques de rougeole détectés.	Taux d'investigation des foyers épidémiques de rougeole détectés.	50%	2017	Estimation Service de la Surveillance Epidémiologique ANV-SSP	80%	80%	80%	80%	80%	Service de la Surveillance Epidémiologique ANV-SSP
Rendre disponible le système de surveillance du syndrome de la rubéole congénitale	Disponibilité du système de surveillance du syndrome de la rubéole congénitale	0%	2017	Service de la Surveillance Epidémiologique ANV-SSP	100%	100%	100%	100%	100%	Service de la Surveillance Epidémiologique ANV-SSP
Amener de 87% à 90% au moins la proportion de communes notifiant au moins un cas suspect de Fièvre Jaune d'ici 2023 ;	Proportion de communes notifiant au moins un cas suspect de Fièvre Jaune	87%	2017	Rapport et PTA ANV SSP	88%	88%	89%	89%	90%	Rapport et PTA ANV SSP
Atteindre au moins 80% de cas de TNN investigué d'ici 2023	Taux d'investigation des cas de TNN détectés.	30%	2017	Estimation Service de la Surveillance Epidémiologique ANV-SSP	50%	55%	60%	70%	80%	Service de la Surveillance Epidémiologique

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de vérification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
										ANV-SSP
Atteindre au moins 80% de cas de TNN ayant bénéficié de riposte autour du cas d'ici 2023	Taux de riposte autour des cas de TNN détectés.	0%	2017	Service de la Surveillance Epidémiologique ANV-SSP	50%	55%	60%	70%	80%	Service de la Surveillance Epidémiologique ANV-SSP
Atteindre au moins 80% des formations sanitaires qui notifient systématiquement les cas de MAPI ;	Proportions de formations sanitaires notifiant systématiquement les cas de MAPI		2017	Base surveillance MAPI DNSP	60%	65%	70%	75%	80%	Base surveillance MAPI DNSP
Investiguer 100% des cas de MAPI graves notifiés par les formations sanitaires ;	Taux d'investigation des cas de MAPI graves notifiés par les formations sanitaires ;		2017	Base surveillance MAPI DNSP	60%	65%	70%	75%	80%	Base surveillance MAPI DNSP
Renforcer les capacités de laboratoire de référence pour le stéréotypage des virus (rougeole, fièvre jaune) et la mise en évidence du polio virus sauvage	Capacités de laboratoire de référence pour le stéréotypage des virus (rougeole, fièvre jaune) et la mise en évidence du polio virus sauvage		2017	Service de la Surveillance Epidémiologique ANV-SSP	0%	100%	100%	100%	100%	Service de la Surveillance Epidémiologique ANV-SSP
7. GESTION DES DONNEES										
Amener à 100% la proportion des communes promptes dans la transmission des données	Promptitude des données PEV		2017	Service PEV de routine ANV-SSP	90%	100%	100%	100%	100%	Service PEV de routine ANV-SSP
Réduire de 24 à 5% l'écart entre la couverture administrative et la couverture d'enquête d'une part et l'estimation Unicef/OMS d'autre part d'ici 2023	Ecart entre la couverture administrative et la couverture d'enquête et de l'estimation Unicef/OMS	24%	2017	WUENIC, EDS, Revue PEV 2014	20%	16%	12%	8%	5%	WUENIC, EDS, Revue PEV, ECV
Réduire à moins de 20% la proportion des communes qui déclarent des	Proportion des communes qui déclarent des couvertures		2017	DVD- MT au niveau national, Rapport	70%	60%	50%	40%	20%	DVD- MT au niveau national,

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de vérification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
couvertures vaccinales au-delà de 100%	vaccinales au-delà de 100%			d'analyse des données						Rapport d'analyse des données
8. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE										
Amener à au moins 14% la proportion des communautés n'ayant pas de connaissance sur les différents aspects du PEV d'ici 2023	Proportion des communautés n'ayant pas de connaissance sur les différents aspects du PEV		2014	Revue externe du PEV	22%	20%	18%	16%	14%	Revue externe du PEV, Enquête CAP, EDS
Amener à au moins 20%, le manque de motivation comme cause de non vaccination ou de vaccination partielle des enfants de 0 à 59 mois	Proportion de parent citant le manque de motivation comme cause de non vaccination ou de vaccination partielle des enfants de 0 à 59 mois		2014	Revue externe du PEV	44%	40%	30%	25%	20%	Revue externe du PEV, Enquête CAP, EDS
Amener à au moins 23% la proportion des mères non informées sur les programmations des activités du PEV.	Proportion des mères non informées sur les programmations des activités du PEV		2014	Revue externe du PEV	31%	29%	27%	25%	23%	Revue externe du PEV, Enquête CAP, EDS
Amener de 9% à 100% les communes à disposer d'un plan opérationnel de communication d'ici 2023	Proportion de communes disposant d'un plan opérationnel de communication		2017	Service communication, DSSP	30%	50%	70%	80%	100%	Service communication, DSSP
Amener 100% des mères à disposer du nouveau carnet de santé de l'enfant d'ici 2023	Proportion des mères disposant du nouveau carnet de santé de l'enfant	0%	2017	DSSP, ANV-SSP	50%	75%	90%	95%	100%	DSSP, ANV-SSP
Amener 100% des formations sanitaires à disposer de supports de communication intégrant les nouveaux vaccins introduits dans le PEV	Proportion de formations sanitaires à disposer de supports de communication intégrant les nouveaux vaccins	0%	2017	DSSP, ANV-SSP	0%	100%	100%	100%	100%	DSSP, ANV-SSP

Objectifs	Indicateurs	Données de bases			Cibles					Source de vérification
		Resultats	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
	introduits dans le PEV									
Augmenter de 25 à 100% l'implication des OBS/OSC, des élus locaux et leaders communautaires dans la mobilisation sociale pour le PEV	Taux d'implication des OBS/OSC, des élus locaux et leaders communautaires dans la mobilisation sociale pour le PEV	25%	2017	DSSP, ANV-SSP	75%	80%	85%	85%	100%	DSSP, ANV-SSP
Accroître de 7 à 100% la proportion des communes mettant en œuvre l'approche IVD	Proportion des communes mettant en œuvre l'approche IVD	7%	2017	DSSP, ANV-SSP	25%	50%	75%	100%	100%	DSSP, ANV-SSP
Amener 100% des communes à réaliser avec les radios partenaires des émissions sur les activités du PEV d'ici 2023.	Proportion de commune réalisant avec les radios partenaires des émissions sur les activités du PEV		2017	DSSP, ANV-SSP	30%	50%	80%	90%	100%	DSSP, ANV-SSP

Composante évaluation

Le PPAC fera l'objet de deux évaluations : une à mi-parcours qui sera menée à la fin 2021 et l'autre à la fin de l'année 2023.

L'évaluation à mi-parcours concernera essentiellement les indicateurs de couverture et l'évaluation finale s'intéressera aux indicateurs d'impacts.

VIII. ANALYSE DES COUTS, DES FINANCEMENTS ET DE LA VIABILITE FINANCIERE DU PPAC

VIII.1- Méthodologie

La méthodologie utilisée est essentiellement basée sur les documents suivants :

- Guide pour l'élaboration des Plans Pluriannuels Complets (PPAC) ;
- Le guide d'utilisation de l'outil de calcul des coûts et du financement pour la création d'un PPAC
- L'outil de prévision Logistique (EPI Log Forecasting Tool)
- L'outil d'analyse des Coûts et Financement pour la planification Pluriannuelle (cMYP 3.9.4 – mars 2017). Il s'agit du nouveau guide pour le développement d'un Plan Pluriannuel Complet (cMYP) pour la vaccination afin de renforcer, d'améliorer et d'harmoniser les divers processus de planification pour la vaccination au niveau national. Ces directives se fondent sur les modèles de plan pluriannuel existant, auquel se sont greffés les éléments de coût, de financement et de cofinancement développés sous l'égide du Plan de Viabilité Financière pour la vaccination (PVF).

VIII.2- Méthodologie d'estimation des coûts et besoins en ressources futures

L'année 2017 a été retenue comme année de référence pour calculer les coûts passés du PEV (première année budgétaire complète avant la première année de prévision). Le taux de change annuel moyen utilisé pour l'année 2017 est de 1 \$ US pour 560 FCFA. Ce taux de change a été obtenu sur le site www.oanda.com. Le PIB par habitant utilisé a été estimé à partir de la valeur du PIB/habitant de 2018 (\$US 860)⁶ et du taux de croissance du PIB en 2018 (5,6%) en supposant une croissance linéaire.

Les différents intrants (personnels, vaccins, matériels d'injection, véhicules, équipement chaîne du froid, bâtiments) et activités (stratégie avancée, mobilisation sociale, gestion de programmes) ont été rentrés dans la feuille « entrée des données » afin de pouvoir estimer les coûts de la vaccination en 2017 et les projections en besoin de ressources sur la période 2019-2023.

Les projections des ressources futures pour la période 2019-2023 ont été saisies dans les feuilles « Entrée des données » et « Financement » du fichier Excel, en appliquant la méthodologie préconisée dans le manuel de l'outil pour le calcul des coûts du PPAC.

• Coût du personnel salarié

Les coûts partagés du personnel impliqué dans la vaccination à tous les niveaux ont été déterminés en fonction du temps moyen consacré à la vaccination et à la stratégie avancée selon les structures. Le temps consacré aux activités de vaccination par le personnel du niveau central est de 100%. Au niveau départemental, il varie de 100% (Chef Division vaccination) à 10% (Directeur départemental de la santé). Dans les zones sanitaires, si les logisticiens consacrent 100% de temps aux activités de distribution des vaccins, pour autres les acteurs, ce temps varie de 33% (médecins-coordonnateur) à 10% (secrétaire). Dans les centres de santé de commune, le responsable du PEV consacre 100% de son temps à la vaccination tandis que pour le reste du personnel, ce temps varie entre 50% (médecins) et 5% (techniciens de laboratoire).

Sur la base de la grille salariale en vigueur au Bénin, les indices moyens de paiement de chaque catégorie de personnel ont été déterminés. Cela a permis d'évaluer l'incidence financière annuelle en prenant en compte les indemnités et les cotisations au titre du Fonds National de Retraites du Bénin (FNRB).

★ Un forfait de 2000 FCFA a été utilisé comme montant des indemnités accordées aux agents vaccinateurs lors des séances de vaccination en stratégie avancée dans les villages.

• Coûts des équipements de la chaîne du froid

Concernant les équipements de chaîne de froid et des véhicules, les données utilisées sont relatives aux informations actualisées à l'issue des monitorings et de la base de gestion des équipements de chaîne de froid et des véhicules de 2018. L'outil « EPI-Log-Forecasting-Tool » a été utilisé pour les informations sur l'équipement de la chaîne du froid, la maintenance et la gestion des stocks. Sur ce point ce sont les données fournies par le programme de vaccination qui ont été directement intégrées dans l'outil de costing sur la base du dernier inventaire des équipements logistiques réactualisé avec les nouvelles acquisitions.

• Coût des vaccins et matériel d'injection

Les coûts des vaccins en 2017 ont été estimés sur la base des dépenses passées. Pour la projection des besoins en ressources pour les vaccins et matériel d'injection, l'outil « Forecasting tool » a été utilisé et transféré dans le tableau 3.1 de l'outil de costing (feuille entrée des données)

• Amortissement des coûts en capital

En ce qui concerne le calcul du coût en capital (amortissement), la durée de vie des équipements de la chaîne de froid est estimée à 10 ans. La méthodologie utilisée pour estimer le coût du matériel de la chaîne du froid est basé sur les unités de matériel (quantités) et sur leur coût unitaire (prix). On suppose que le matériel de la chaîne du froid est spécifique à la vaccination.

Les résultats présentés sont annualisés, afin de présenter les besoins de financements annuels requis selon les plans d'acquisitions prévus (équipement chaîne du froid, véhicules, bâtiments...).

⁶INSAE

Les coûts des bâtiments et frais généraux ont été aussi pris en compte.

Le tableau des hypothèses renseignées plus bas s'applique également à la projection des besoins ressources.

- **Autres activités du programme et surveillance**

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

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

Tableau 30 : Hypothèses de costing utilisées

Section	Indicateurs	Hypothèse costing
Vaccins et matériel d'injection	Taux de perte du matériel d'injection	10%
	Stockage de sécurité (1 ^{ère} année après introduction)	25%
	Taux de perte par antigène	Voir tableau 25
Coûts de personnel	Taux d'inflation des salaires	2,0%
Coûts des véhicules et du transport	Taux d'inflation des prix des véhicules	2,0%
	Prix du litre de carburant	1 USD
	Taux d'inflation des prix : carburant	2,0%
	% coût du carburant lié à l'entretien des véhicules	15,0%
	Durée de vie utile moyenne (nombre d'années) des véhicules	5
	% moyen du temps véhicules consacrés à la stratégie avancée	100,0%
	% moyen du temps véhicules consacrés à la stratégie mobile	0,0%
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid	Taux d'inflation des prix : l'équipement de chaîne du froid	5,0%
	Entretien de la chaîne du froid étant un % de la valeur d'investissement de l'équipement	5,0%
	Durée de vie utile moyenne de la chaîne du froid (années)	10
Coûts opérationnels des campagnes	Coût opérationnel moyen par enfant polio	1,2 USD
	Coût opérationnel moyen par enfant rougeole	4,5 USD
Activités du programme, autres coûts récurrents et surveillance hypothèses	Taux d'inflation	5%
Autres besoins en équipement et coûts d'investissement	Prévision du taux d'inflation	5,0%
	Entretien en % de la valeur du capital des équipements	5,0%
	Durée de vie utile moyenne (nombres d'années) d'autres biens d'équipement (DVUM)	5
Dépenses relatives aux bâtiments et fais généraux	Prévision du taux d'inflation	5,0%
	Durée de vie utile moyenne (nombres d'années) des bâtiments (DVUM)	20

VIII.3- . Méthodologie pour la détermination des financements passés et futurs

- **Financements passés**

La notion de financements passés renvoie aux sources de financement du programme de vaccination. Pour ces sources de financement, les comptes nationaux de la santé ont énoncé en 2017 trois principales sources de financement de la santé dans le pays, à savoir : les ménages, les Partenaires techniques et Financiers et l'Etat. La contribution des ménages se fait à travers le financement communautaire (FC) et représente 46%⁷ des dépenses en santé en 2017. La contribution des communautés, est une réalité parce

⁷Comptes Nationaux de la Santé 2011-2013

que le Bénin a adhéré à l'initiative de Bamako sur la participation communautaire. Néanmoins, la part de la participation de la communauté dans le financement de la vaccination n'a pas été calculée. Toutefois il existe des organes chargés de la gestion des ressources du financement communautaire qui sont appelés comités de gestion et sont structurés par niveau de la pyramide sanitaire. Pour l'ensemble du pays, les charges du FC sont en principe destinées au payement :

- des indemnités liées aux stratégies avancées ;
- des frais de transport et de livraison des vaccins ;
- des frais de transport pour la stratégie avancée ;
- des frais de maintenance des équipements de la chaîne de froid et des motos;
- des primes aux crieurs publics et relais communautaires ; et
- des coûts partagés de transport.

De manière générale, le financement de la vaccination peut être scindé en deux. D'une part, il y a les financements internes et d'autre part, les financements externes. Les financements internes sont ici considérés comme étant les ressources issues du budget national et du financement communautaire. Les financements externes sont les fonds alloués par Gavi, l'OMS, l'Unicef et les Partenaires externes (organismes bi et multilatéraux et ONG/associations).

L'analyse financière va se décomposer en trois parties :

- La première est relative à l'analyse des données de l'année de base 2017,
- La seconde partie décrit le niveau des besoins en ressources futures sur la période 2019 -2023
- La troisième partie est une analyse de la viabilité financière du programme

• Méthodologie de projection du financement

Après identification des besoins et des ressources, les sources de financement sur la période à venir ont été collectées auprès des administrations et organisations adéquates : Gouvernement, OMS, UNICEF, GAVI etc.

Pour chaque financement d'une catégorie de coût par une source donnée, l'attribution des risques a été catégorisée de la manière suivante:

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

Ainsi, il a été mis :

- en risque 1: les financements internes confirmés (ressources du Gouvernement), les financements de GAVI, UNICEF et OMS faisant partie des plans de financements discutés (biennaux, guichet de soutien accordé...) ; et

- en risque 2 : La projection des habitudes de financement des Partenaires.

VIII.4- . Analyse des coûts et financements du programme de vaccination

• Coût du PEV en 2017

Au cours de l'année 2017, le coût total des activités de vaccination y compris l'approvisionnement en vaccin et les autres investissements a été de l'ordre de \$8 300 937.

La vaccination de routine intégrant les coûts partagés représentait \$167 753 874 soit 95.3% du coût total du PEV 2017. Les campagnes de vaccination ont coûté \$1 871 244 soit 39,1% du coût total du PEV 2017.

Les coûts des vaccins et du matériel d'injection ont représenté \$7 817 796 soit 34% des coûts globaux du programme. Cette situation s'explique par l'organisation de multiples campagnes de vaccination (4 campagnes nationales de vaccination contre la

Tableau 31 : Indicateurs économiques et financiers du PEV en 2017

Indicateurs de base	2017
Dépenses totales de vaccination	\$8 300 937
Activités de vaccination supplémentaire	\$1 871 244
Vaccination systématique uniquement	\$6 429 694
Par habitant	\$0,64
Par enfant vacciné avec la DTC	\$22
% vaccins et matériels	79,7%

polio et une campagne de vaccination contre la rougeole, la campagne de vaccination contre la rougeole a pris en compte les enfants de 9 mois à 9 ans).

Le coût de revient d'un enfant complètement vacciné au DTC-HepB-Hib3 était de \$ 22 en 2017. Ce coût prend en compte les coûts des vaccins, du matériel d'injection et les autres coûts opérationnels.

% ressources financières du gouvernement	34,2%
% dépenses totales en santé	0,8%
% Dépenses publiques de santé (DPS)	7.3
% PIB	0,1%
Total coûts partagés	\$167 753 874
% coûts partagés - système de santé	95,3%
Total	\$176 054 812

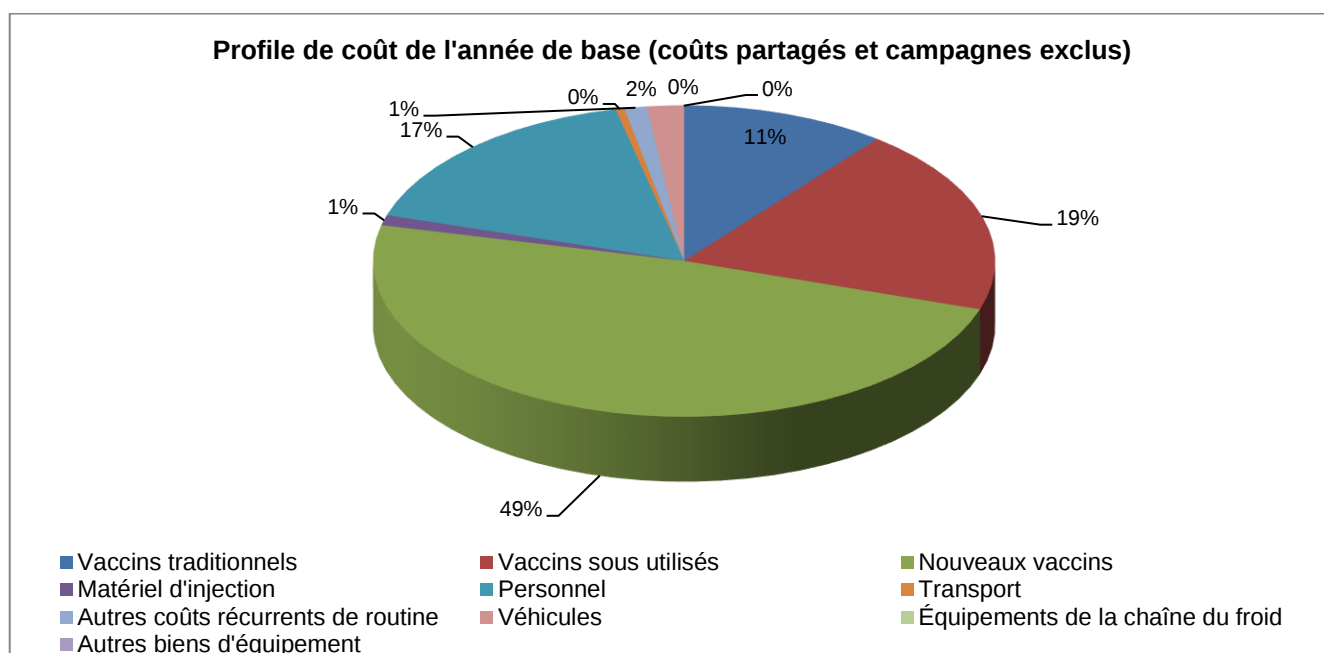


Figure 28: Distribution des coûts du PEV en 2017

La figure N°29 ci-dessus nous indique la structure des coûts spécifiques du PEV de routine en 2017 qui se présente comme suit:

- Le premier poste de coût est occupé par les vaccins nouveaux (38% des coûts), suivi des vaccins sous utilisés (19%). Si on ajoute le coût des vaccins traditionnels (6%), le total des coûts des vaccins représente 83% des coûts totaux.
- Le deuxième poste de coût après les vaccins est constitué par les coûts du personnels (11% du coût total) suivi des Matériel d'injection (3%), Equipements de la chaîne de froid (1,4%), Véhicule (0,7%), Autres biens d'équipement (0,4%), Transport (0,2%).

• . Financements du PEV de routine en 2017

Le coût du PEV de routine déterminé (coûts partagés et campagnes étant exclus), ses sources de financement se présentent comme indiqué dans le graphique suivant.

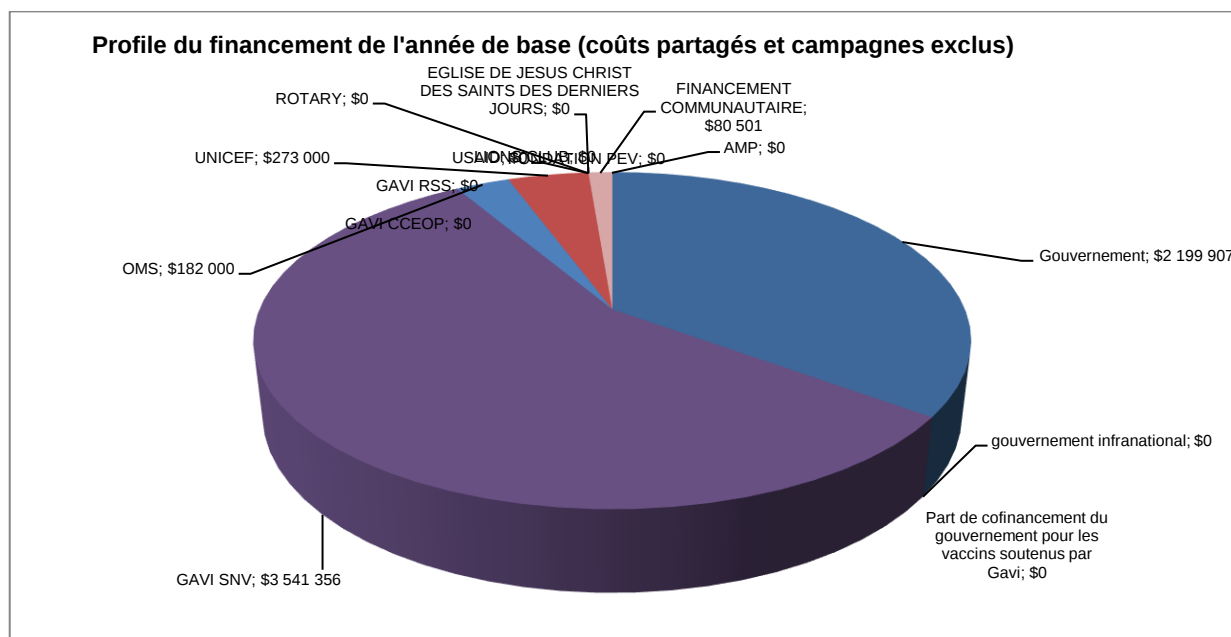


Figure 29 : Financement du PEV de routine en 2017

Comme l'indique la figure N°30 ci-dessus, le profil du financement de la vaccination au cours de l'année de référence est dominé par les partenaires techniques et financiers du programme notamment Gavi. Le financement de Gavi au cours de l'année a représenté 57% de l'ensemble des financements, alors que le financement de l'Etat représente 26% des financements (y compris le cofinancement pour les vaccins soutenus par Gavi). Cette participation de l'Etat représente donc en 2017 environ le quart de toutes les interventions. Ceci montre une forte dépendance de l'Etat à l'égard des partenaires dans le domaine de la vaccination. Les autres partenaires (OMS (4%), UNICEF (5%)) participent surtout au financement des activités de vaccination supplémentaires (AVS). Le financement communautaire occupe une place non négligeable dans le financement des activités de vaccination de routine (8%)

• Coûts et financements du PEV 2019-2023

Besoin en ressources de 2019 à 2023

Le tableau N°35 et le graphique N°31 ci-dessous présentent les besoins en ressources financières sur la durée du PPAC. En effet, en vue d'atteindre les objectifs fixés durant la période 2019-2023, le besoin global en ressources financières est estimé à \$US 975 570 862 dont \$US 874 607 380 sont des coûts partagés, \$US 15 131 356 sont des coûts des AVS et \$US 85 832 126 sont des coûts spécifiques pour le PEV de routine (Tableau 32).

Tableau 32: Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2019 à 2023

	2019	2020	2021	2022	2023	Total 2019 - 2023
Approvisionnement en vaccins et logistiques	\$8 308 462	\$14 527 364	\$14 712 213	\$15 773 940	\$16 778 720	\$70 100 698
Prestation des services	\$727 163	\$801 265	\$877 170	\$884 577	\$896 077	\$4 186 251
Plaidoyer et communication	\$303 900	\$307 851	\$311 853	\$315 907	\$320 014	\$1 559 524
Monitoring et contrôle des maladies	\$674 356	\$695 436	\$716 951	\$726 271	\$735 713	\$3 548 727
Gestion du programme	\$1 214 430	\$1 231 403	\$1 247 411	\$1 263 627	\$1 280 055	\$6 236 926
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	\$1 813 650	\$1 843 335	\$7 829 085	\$1 906 068	\$1 939 218	\$15 331 356
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)	\$170 843 943	\$173 787 994	\$174 381 695	\$176 648 657	\$178 945 090	\$874 607 380
Total global	\$183 885 903	\$193 194 648	\$200 076 378	\$197 519 048	\$200 894 886	\$975 570 862

Les coûts totaux du PEV chuteront de \$US 33 027 718 en 2019 à \$US 19 657 700 en 2020 avant de progresser à partir de 2021, passant de 20 786 622 en cette année à \$US 38 679 793 en 2022. Les pics notés en 2019 et 2021 sont dus aux prévisions de campagnes en 2019 et 2021 contre la rougeole. Ils rechutent à \$US 29 084 037 en 2022. On note en effet que les coûts des activités de vaccinations supplémentaires sont d'environ \$US 20 000.000 les années 2019 et 2023 alors qu'ils dépassent à peine les cinq millions de dollar US les autres années de la période de prévision. Des dispositions doivent donc être prises pour la mobilisation des ressources nécessaires aux campagnes : un réflexe d'anticipation est alors de mise.

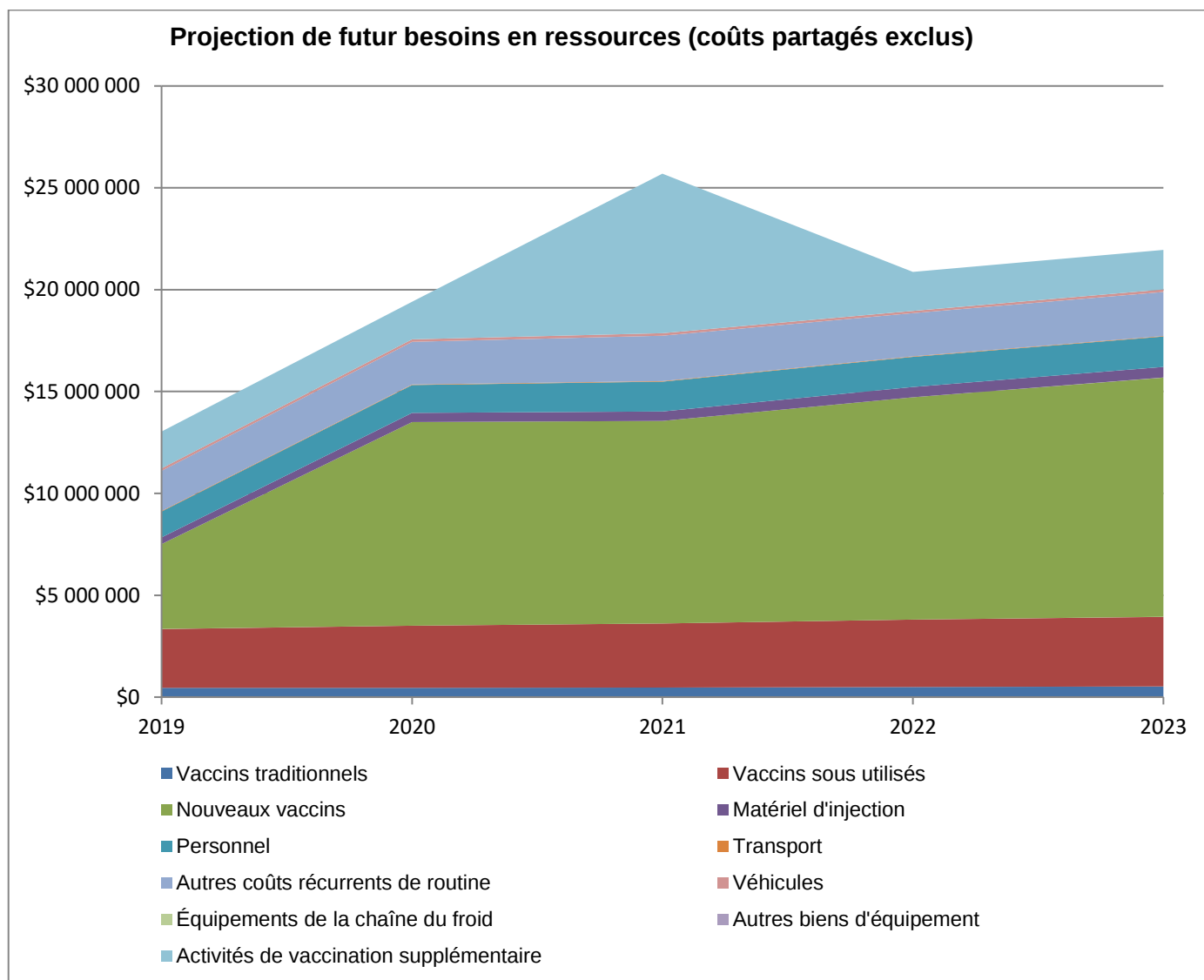


Figure 30: Projection des besoins en ressources

Quand on analyse la projection des besoins futurs la rubrique Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) occupe le plus important poste de coût avec 47,1% des besoins en ressources totales, ceci est dû à la campagne contre la rougeole prévue en 2017 et qui prend en compte un nombre important de cible, les enfants de 9 mois à 9 ans. Le 2^{ème} poste de dépense est celui des nouveaux vaccins avec 25,3% des coûts totaux pour la période de prévision. Vient ensuite le poste de vaccins sous-utilisés (10,6%). Hormis le poste des Activités de vaccinations supplémentaires qui a évolué de manière irrégulière sur la période du PPAc avec des pics en 2021, les autres rubriques ont connu une progression lente entre 2020 et 2022

Analyse de viabilité financière

Tableau 33 : Indicateurs macroéconomiques de viabilité financière

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité financière	2019	2020	2021	2022	2023
% dépenses totales en santé					
Systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	1.52%	1.95%	2.40%	1.91%	1.92%
Systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	1.34%	1.78%	1.68%	1.74%	1.75%
Écart de financement					
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	2.96%	2.07%	1.02%	1.38%	0.89%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	2.96%	2.07%	1.02%	1.38%	0.89%
Besoins en ressources pour la vaccination					
% PIB					
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	0.10%	0.08%	0.06%	0.03%	0.02%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	0.08%	0.07%	0.04%	0.03%	0.02%
Besoins en ressources pour la vaccination Par habitant					
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$1.24	\$1.60	\$1.97	\$1.57	\$1.57
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$1.10	\$1.46	\$1.38	\$1.43	\$1.44
Coût par enfant complètement vacciné au Penta 3					
Coût investissement et coûts partagés exclus	\$34.52	\$44.91	\$42.40	\$43.07	\$43.36
Coût investissement et coûts partagés inclus	\$467.68	\$464.80	\$451.22	\$434.15	\$426.65

Eu égard aux enjeux multiples du système PEV, il faudra développer des stratégies de mobilisation de ressources au plan national pour garantir effectivement l'indépendance vaccinale, sinon la viabilité du programme serait compromise. Il faut alors développer des stratégies pour améliorer la viabilité financière du programme. Ces stratégies proviendront des mesures pour améliorer l'efficacité des ressources disponibles, et garantir la mobilisation des ressources supplémentaires au niveau national ou /et international. Pour améliorer l'efficacité des ressources disponibles les stratégies envisagées s'articulent autour des points suivants :

- la réduction des taux de perte qui sont actuellement élevés ;
- la maintenance de la chaîne de froid ;
- la formation des agents à la gestion de la chaîne de froid qui devrait améliorer la conservation des vaccins et réduire les pertes ;
- le suivi des activités à travers les instances du pays et le CCIA ;
- La Mobilisation des ressources internes : Le Gouvernement Béninois a placé la vaccination au centre de ses priorités dans le cadre de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, à ce titre les financements de l'Etat seront maintenus et même accrus dans les domaines suivants ;
- l'accroissement des fonds alloués à l'achat des vaccins et consommables permettra de prendre en charge le financement des vaccins traditionnels et des nouveaux vaccins ;
- le plan de développement des infrastructures sanitaires (hôpitaux et centres de santé) afin d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services ;
- la maintenance et la réhabilitation de la chaîne de froid ;
- le renforcement de la logistique roulante ;

- la contribution de l'Etat dans l'organisation des activités supplémentaires de vaccination ;
- la mobilisation des ressources externes: Les programmes de coopération avec les institutions multilatérales impliquées dans le financement du PEV sont soumis à des cycles courts. Le Gouvernement doit poursuivre le renforcement des accords de coopération avec les partenaires traditionnels et nouveaux du PEV (Unicef, OMS, GAVI, BM,) en vue de mobiliser d'avantage de ressources externes en faveur du PEV.

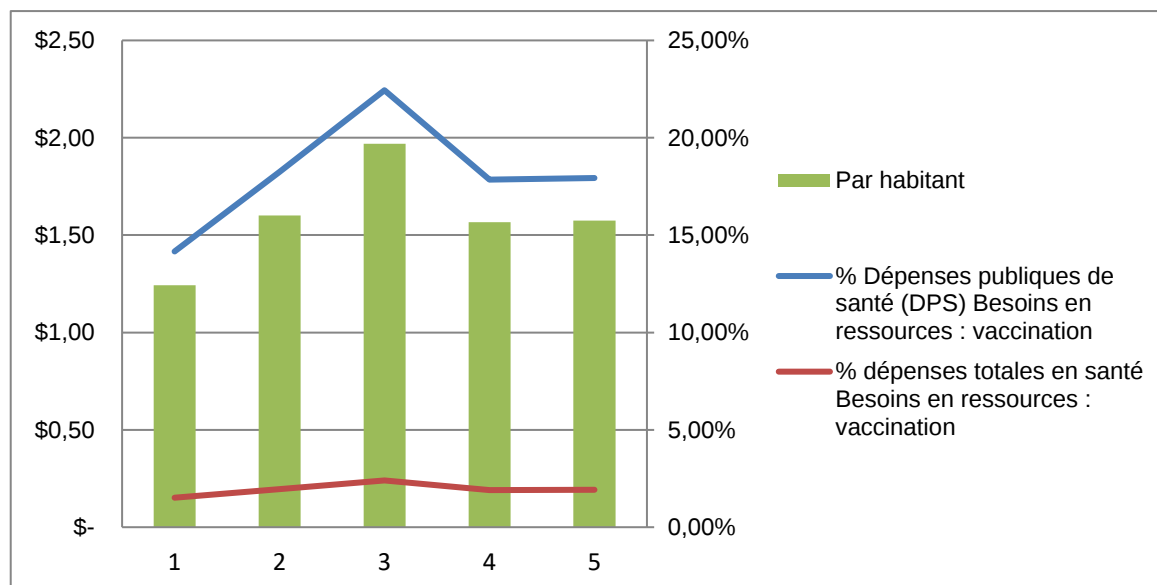


Figure 31 : Analyse de la viabilité financière du PEV sur la période 2019-2023

• L'intérêt de la question pour le Gouvernement

La vaccination est un moyen par excellence pour éviter de contracter la maladie. Face à une situation de maladie, plusieurs niveaux sont ébranlés compte tenu des externalités négatives de cette dernière. En clair, la prise en charge de la maladie engendre pour le malade et sa famille des dépenses catastrophiques qui les empêchent d'être présents sur leur lieu d'activités. Ces activités, rappelons-le, sont génératrices de ressources pour l'Etat (1^{er} niveau de perte). Par ailleurs, l'individu malade tombe dans une incapacité de travail. Ainsi, le temps consacré pour subir les affres de la maladie, pour être au chevet d'un enfant malade ou pour assister aux funérailles d'un parent, ami ou collègue de service, pouvait être convertis pour développer des activités génératrices de revenu imposables (2^{ième} niveau de perte).

Pour répondre aux besoins de la vaccination, il conviendra pour le gouvernement de mettre à la disposition du PEV environ 2% du PIB pour garantir entièrement l'indépendance vaccinale.

En estimant une mobilisation de ressources financières à partir de la contribution de chaque habitant pour la viabilité financière du PPAC en moyenne une contribution de \$US 1,5 par habitant permettrait de garantir effectivement l'indépendance vaccinale au Bénin. Ce montant de la contribution par habitant va augmenter en 2021 (\$US 2) en raison de la campagne de vaccination contre la rougeole.

IX. MISE EN ŒUVRE DU PPAC

Les stades de mise en œuvre du PPAC englobent les activités suivantes :

- Approbation et diffusion du PPAC ;
- l'élaboartion du plan annuel
- Renforcement et intégration des activités
- Hiérarchisation des activités ;
- Suivi et supervision.

X.1. Approbation et diffusion du PPAc

La diffusion du PPAc finalisé se fera selon les étapes ci-après :

- approbation par les plus hautes autorités nationales ;
- plaidoyer auprès du Ministère des Finances pour prise en compte du PPAc dans les engagements du financement pluriannuel ;
- présentation du plan au CCIA et aux partenaires et dans le cadre de forums plus larges du secteur de la santé. Le PPAc pourra également être l'objet de réunion avec les parlementaires ou des personnalités politiques afin de les encourager à s'investir dans le programme de vaccination ;
- diffusion du plan à tous les niveaux (central, intermédiaire, périphérique) et aux autres acteurs impliqués dans le processus de planification ;
- organisation de forums dans le cadre d'une stratégie de plaidoyer et de communication en s'assurant de la participation de la société civile, d'organisations professionnelles, d'universitaires, du secteur privé et des médias, avec pour objectif de faire connaître les principaux buts et cibles du plan pluriannuel.

La figure ci-après décrit le processus d'approbation et de diffusion du PPAc

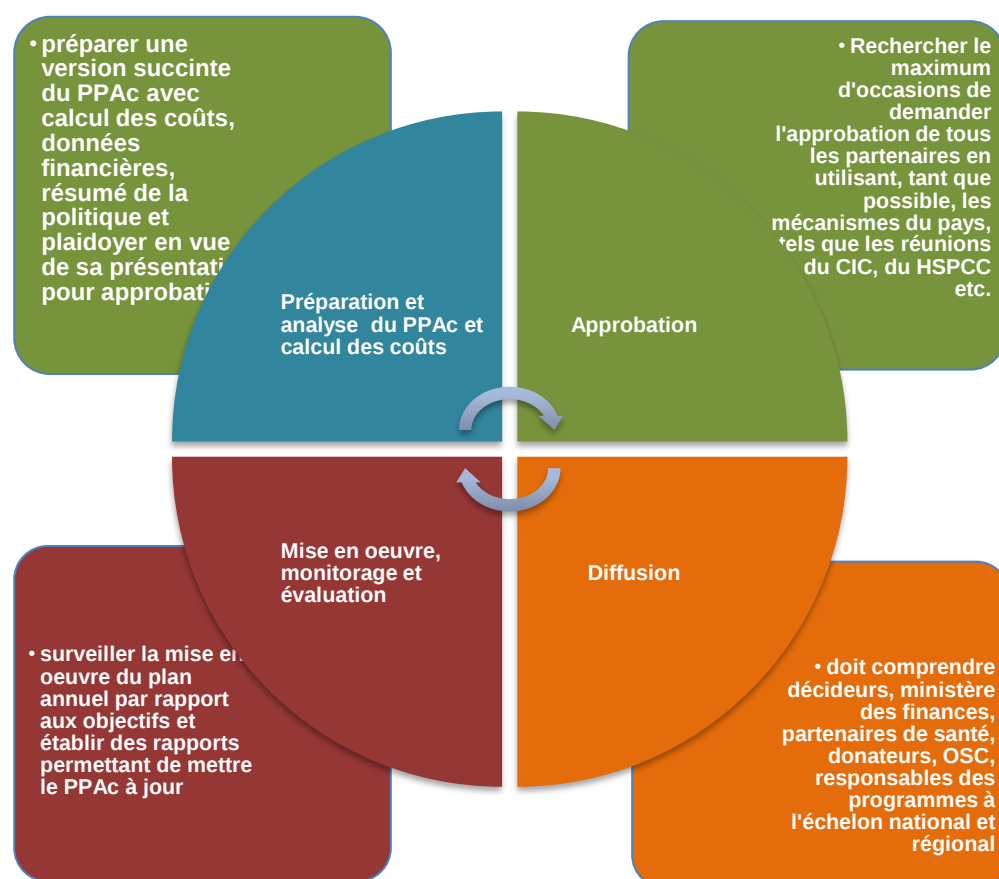


Figure 33 : Processus d'approbation et de diffusion du PPAc

X.2. Plan annuel du PPAc

Le plan annuel du PPAc est déduit du calendrier des activités préalablement établi au chapitre VII du présent document.

Le plan de 2019 contient donc toutes les activités planifiées pour cette année en prenant en compte leur budgétisation dans l'outil costing.

Tableau 34 : Plan de mise en œuvre annuel
Année 1 : 2019

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	% réalisé	Produit escompté	Ressources nécessaires
GESTION DU PROGRAMME						
1	Identifier une personne à la DPMED chargé d'assurer le contrôle et la libération des lots					
2	Mettre en place un cadre de concertation entre l'ANV-SPP et la DPMED pour le contrôle de qualité des vaccins					
3	Organiser annuellement un atelier pour élaborer le plan de travail de l'ANV-SSP					
4	Former les équipes d'encadrement de zone sanitaire sur l'élaboration des micros plans du PEV					
5	Apporter une assistance technique aux zones sanitaires dans l'élaboration des microplans du PEV					
6	Inscrire les activités du fonctionnement du CNCV sur le financement du RSS de Gavi					
7	Mobiliser des ressources additionnelles pour assurer le fonctionnement du CNCV					
8	Créer le service de suivi évaluation dans les documents regissant l'ANV-SSP (decret)					
9	Recruter du personnel pour rendre fonctionnel le service de suivi-évaluation de l'ANV-SSP					
10	Solliciter auprès des partenaires une assistance technique pour le fonctionnement du service de suivi-évaluation de l'ANV-SSP					
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES						
11	Participer à toutes les séances prévues dans le cadre de l'élaboration du plan de formation en cours du ministère de la santé					
12	Plaidoyer auprès de la DAF du ministère de la santé pour la prise en compte des besoins quantitatifs en qualitatifs de formation en gestion du PEV dans le plan de formation					
13	Faire un suivi régulier auprès de la DAF du plan de carrière des agents en particulier ceux impliqués dans les activités du PEV					
14	Former annuellement au moins 5 managers du PEV en Master de vaccinologie					
15	Former annuellement au moins 50 agents sur la gestion du PEV (formation courte nationale)					
16	Faire un état des lieux de la mise en œuvre de la supervision formative					
17	Organiser un atelier de relecture des directives nationales de supervision					
18	Mettre en place un cadre de suivi de la mise en œuvre des supervisions formatives du PEV au niveau intermédiaire et périphériques					

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	% réalisé	Produit escompté	Ressources nécessaires
19	Assurer les supervisions formatives (selon le rythme retenu) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire					
20	Mettre à la disposition des acteurs à différents niveaux les outils révisés de supervision des activités					
21	Former les responsables du PEV à divers niveau sur les techniques de supervision					
FINANCEMENT						
22	Mettre en place un comité de suivi des actes et recommandations issus de la table ronde sur la relance sur la relance et financement de la vaccination					
23	Faire une revue annuelle des progrès dans la mise en œuvre des actes de la table ronde sur la relance sur la relance et financement de la vaccination					
24	Organiser une séance de concertation entre le MS et le MEF pour l'accroissement des ressources allouées à la vaccination					
25	Organiser un plaidoyer pour un accroissement des ressources en faveur du secteur de la santé					
26	Organiser une séance de travail avec la DAF du MS sur les modalités de mise à dispositions à temps des ressources de allouées aux activités de la vaccination					
APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS						
27	Organiser une séance de concertation entre le MS et le MEF l'obtention d'une exonération des frais de douanes vaccins, matériels d'injection et équipements de chaîne du froid achetés par l'Unicef					
28	Mettre en œuvre les activités prévues dans le cadre du plan de déploiement de la soumission CCEOP					
29	Assurer le paiement de la part de co-financement de l'Etat dans le cadre de la soumission CCEOP					
30	Elaborer toutes les PONs de la GEV					
31	Diffuser toutes les PONs de la GEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement					
32	Former tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement sur les PONs de la GEV					
33	Réaliser les analyses de la situation logistique dans les zones sanitaires non encore enrôlées dans le DSLO					
34	Former les acteurs les acteurs de la chaîne d'approvisionnement des zones sanitaires non encore enrôlées sur la gestion logistique du PEV					
35	Construire/Réhabiliter les dépôts de zone sanitaires pour la conservation des vaccins					
36	Doter en véhicule entrepôt mobil les zones sanitaires non encore enrôlées dans le SLO					
37	Apporter un appui technique aux zones sanitaires non encore enrôlées dans le SLO					

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	% réalisé	Produit escompté	Ressources nécessaires
38	Faire le suivi trimestriel de la mise la mise en œuvre du plan de maintenance					
39	Inscrire systématiquement dans les PITA de l'ANV-SSP les activités de plan de maintenance des ECFs					
40	Elaborer les rapports annuels de progrès du plan de maintenance					
PRESTATIONS DE SERVICE						
41	Mettre en place un système de monitoring à temps réel de la mise en œuvre des stratégies avancées dans les formations sanitaires					
42	Faire le suivi périodique de la mise en œuvre des micros plans PEV dans toutes les communes					
43	Organiser trimestriellement le rattrapage des cibles manquées dans les aires sanitaires à faible performance					
44	Apporter une assistance technique ciblée en direction des communes à faibles performances en matière de vaccination (recrutement de consultants nationaux)					
45	Organiser semestriellement dans les départements des ateliers de revue des indicateurs du PEV suivi d'élaboration de plan de résolution des problèmes					
46	Instruire les acteurs de la vaccination au niveau à organiser la recherche active systématique des perdus de vu					
47	Sensibiliser les agents de santé impliqués dans le PEV à organiser au quotidien les séances de vaccination					
48	Instruire les agents de <santé impliqués dans le PEV à organiser au quotidien les séances de vaccination					
49	Faire le suivi de l'organisation quotidienne des séances de vaccination dans les formations sanitaires (supervision formative)					
50	Rendre systématique l'évaluation du statut vaccinal des enfants à tout contact avec les services de santé					
51	Elaborer des directives sur les enfants défaillants aux séances de vaccination					
52	Mettre en place un système de recherche des défaillants en exploitant les technologies de l'information et de la communication					
53	Organiser des activités intensives de rattrapage dans les communes à faible performance					
54	Etendre à l'ensemble des ZS le processus de l'APCE					
55	Former les acteurs du PEV dans les ZS non encore enrôlées dans l'Approche APCE					
56	Accompagner les ZS dans l'identification des CPPD, l'analyse des GE					
57	Appuyer les ZS dans l'élaboration des micros plans centrés sur l'équité					
58	Superviser la MEO des microplans centrés sur l'équité					

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	% réalisé	Produit escompté	Ressources nécessaires
59	Evaluer le processus de mise en œuvre de l'approche d'APCE					
60	Elaborer les dossiers de soumissions de l'introduction du vaccin contre l'Hépatite B à la naissance					
61	Elaborer les documents de planification, de mise en œuvre de l'introduction du vaccin contre l'Hépatite B à la naissance					
62	Former les acteurs l'introduction du vaccin contre l'Hépatite B à la naissance					
63	Elaborer les micros plans de mise en œuvre de l'introduction du nouveau vaccin					
64	Introduire le vaccin contre l'Hépatite B à la naissance					
65	Superviser la mise en œuvre de l'introduction du vaccin contre l'Hépatite B à la naissance					
66	Faire l'évaluation post-introduction du vaccin contre l'Hépatite B à la naissance					
NOTIFICATION ET SURVEILLANCE						
67	Organiser les réunions de revues semestrielles d'analyse des indicateurs de surveillance					
68	Multiplier les supports de surveillance et les rendre disponible dans toutes les formations sanitaires					
69	Former/ mettre à niveau les capacités des agents de santé du niveau opérationnel intervenants dans la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination (MEV)					
70	Renforcer / mettre à niveau les capacités des relais communautaires sur la surveillance épidémiologique des MEV					
71	Assurer la sensibilisation de la population sur les MEV à travers le personnel de santé et les relais communautaires					
72	Notifier systématiquement tous cas suspects des MEV					
73	Prélever les échantillons de cas suspects de MEV					
74	Rembourser les frais d'acheminement des échantillons					
75	Acheter les coupons d'expédition d'échantillons par DHL					
76	Organiser l'investigation des cas de PFA ayant posé un problème de classification pour les membres de CNEEP					
77	Organiser les réunions statutaires des différents comités pour l'éradication de la poliomyélite					

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	% réalisé	Produit escompté	Ressources nécessaires
78	Organiser la visite des communes silencieuses et / ou à risque polio par les experts					
79	Organiser la mission des membres du CNC-CNEP-SGTC sur le laboratoire de référence d'ACCRA					
80	Mettre à jour le plan de riposte à une importation de PVS et le plan de confinement					
81	Actualiser la liste des laboratoires retenus pour le confinement du virus contre la poliomyélite					
82	Organiser les réunions d'harmonisation des données entre le Laboratoire national, la DNSP et l'ANV-SSP					
83	Organiser une réunion de monitoring de performance de la surveillance et de la vaccination					
84	Appuyer les ZS/communes dans l'élaboration des plans de surveillance					
85	Rédiger le rapport de progrès annuel du CNC					
86	Partager les résultats de la surveillance du SRC avec le personnel de santé, les établissements participants et les autorités de la santé publique concernées					
87	Renforcer / mettre à niveau les capacités des acteurs du PEV sur la surveillance des MAPI					
88	Faire une retiroinformation sur la surveillance des MAPI en vue de relancer les formations sanitaires en sous notification					
GESTION DES DONNEES						
93	Mettre en place un groupe technique pour l'analyse et la validation des données au niveau de chaque département					
94	Renforcer les compétences des acteurs de la gestion des données du PEV					
95	Renforcer les ressources matérielles nécessaires à la gestion des données du PEV					
96	Actualiser les supports et intégrer les sous-systèmes de la gestion des données du PEV					
97	Digitaliser la collecte des données de vaccination					
98	Assurer l'exécution, le suivi et l'évaluation du système					
99	Disposer d'un protocole national de gestion et de validation des données du PEV					

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	% réalisé	Produit escompté	Ressources nécessaires
100	Organiser la validation des données de vaccination à tous les niveaux					
101	Réaliser les auto-évaluations de la qualité des données					
102	Organiser la rencontre annuelle de consensus des dénominateurs					
103	Mettre en place un mécanisme de suivi des cibles réajustés					
GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE						
104	Réaliser des émissions grand-publics, des sketches, et théâtres populaires d'information et de sensibilisation pour le PEV.	Juillet	Octobre			
105	Elaborer des contrats de diffusion des messages et micro programmes sur le PEV avec des 'start up'	Janvier	Decembre			
106	Organiser des séances de plaidoyer avec les responsables départementaux des cultes et les responsables scolaires	Mars	Avril			
107	Organiser des séances de mobilisation sociale avec les groupes organisées, les chefs couvents, les leaders religieux et les chefs de ménages sur le PEV	Mai	Juin			
108	Faire la relecture du plan de travail des RC avec les OSC dans les communes d'insuffisance d'activités de communication pour le PEV					
109	Actualiser et diffuser le plan stratégique de communication	Avril	Avril			
110	Actualiser les maquettes des différents supports de communication					
111	Organiser les ateliers de prévalidation et de validation des différents supports					
112	Multiplier les différents supports au profit des structures utilisatrices					
113	Actualiser la cartographie des aires d'intervention des OSC membres de la plateforme					
114	Former les responsables des OSC de la plateforme santé à la technique d'animation communautaire					
115	Organiser le suivi post formation des responsables des OSC membres de la plateforme					
116	Former les membres du cadre de concertation sur l'approche IVD et la C4D	Mai	Septembre			
117	Organiser des séances de mobilisation sociale avec les groupes organisés (GF,					

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	% réalisé	Produit escompté	Ressources nécessaires
	Chefs couvents, les Leaders Religieux, les Chefs Ménages) pour le PEV					
118	Réaliser des émissions grand 'publics,					
119	Former les animateurs radio sur les techniques de communication suivant l'IVD	Juillet	Septembre			

L'élaboration du plan annuel de 2019 se basera non seulement sur l'évaluation de la mise en œuvre du plan de 2018 mais aussi sur une nouvelle analyse de la situation du PEV et sur le calendrier inscrit au chapitre VII du présent PPAC.

X.3 Intégration et renforcement des activités du PPAC

Pour mieux atteindre les objectifs du PNDS et des ODD, les activités du PEV (notamment celles de prestation de service) pourront s'intégrer à d'autres du secteur de la santé vers les mêmes cibles telles que la nutrition, la supplémentation en Vitamine A, la distribution des moustiquaires, la sensibilisation des parents pour la surveillance communautaire, etc.

Le renforcement des activités du PEV passe par la définition des problèmes courants auxquels sont confronté le système de vaccination et le partage des responsabilités pour mener à bien les actions correctrices. Ainsi, on peut décider de renforcer et de regrouper en une seule activité l'évaluation de la situation, les ateliers de micro planification et les visites de supervision dans les départements.

X.4. Hiérarchisation des activités du PPAC

La hiérarchisation des activités du PPAC consistera en l'établissement des activités prioritaires au profit des Zones Sanitaires, des Départements et des communes selon leurs spécificités. Elle permettra de combler les déficits susceptibles d'affecter l'une quelconque des composantes du système de vaccination et, en particulier, les composantes des services de vaccination liées à la couverture sanitaire. Ainsi, il y aura une analyse des données concernant les zones sanitaires et les départements pour sélectionner les communautés et les Zones sanitaires auxquels accorder la priorité. Après avoir défini les activités et les Zones sanitaires prioritaires, un calendrier intégrant les personnes ou les services responsables sera établi au niveau des Zones Sanitaire en prenant en compte les priorités du PNDS.

X.5 Suivi et supervision de la mise en oeuvre du PPAC

Pour un meilleur suivi du PPAC, l'ANV/SSP organisera à la fin de chaque année (ou par semestre), une réunion de planification et d'analyse de la vaccination avec la participation des acteurs des Zones Sanitaires, et départementaux, des organismes et des Partenaires concernés. Ces réunions seront l'occasion d'évaluer le plan de travail annuel précédent (en se reportant au cadre de suivi/évaluation et en se fondant et sur les résultats des recherches entreprises) de discuter des réussites et des problèmes rencontrés et de mettre au point le plan de travail suivant en s'appuyant sur les données et ressources disponibles. D'autres parties prenantes impliquées dans la prestation de services de vaccination (autorités locales, personnel de surveillance, secteur privé et ONG) pourraient aussi jouer un rôle plus actif au niveau des processus de revue et de planification.