

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA
POPULATION

DIRECTION DE CABINET

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
PUBLIQUE

DIRECTION DE LA SURVEILLANCE
EPIDEMIOLOGIQUE INTEGREE ET DE LA
VACCINATION



REPUBLIQUE
CENTRAFRICAINE
Unité Dignité- Travail

PLAN PLURI ANNUEL COMPLET DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE 2018-2022



DRAFT 1, MARS 2018

PREFACE

Le Programme Élargi de Vaccination fait partie des programmes prioritaires du Gouvernement car il contribue à la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle. La République Centrafricaine avait obtenu en 1987 le prix du Conseil National de la Santé Internationale (NCIH) en récompense des progrès remarquables qu'elle avait accomplis pour la survie de l'enfant dans le pays.

Le Gouvernement centrafricain, conscient de l'impact du Programme Élargi de Vaccination sur la survie et le développement de l'enfant, avait adopté le plan pluriannuel transitoire du PEV 2015 –2017 dont la mise en œuvre n'a pas permis d'atteindre les objectifs du programme pour des raisons multiples dont l'insécurité généralisée dans le pays.

Le gouvernement réaffirme l'importance qu'il accorde au Programme Élargi 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 la maladie de l'enfance (la Malnutrition protéino-énergétique et carencielle, le paludisme, les IRA, les maladies diarrhéiques, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement de base, etc.) et des nouvelles stratégies (telles que le Développement Intégral du Jeune Enfant, la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, etc.) devient effective au sein d'un système de santé performant et en parfaite relation de partenariat avec les communautés.

Dans l'optique de renouer avec les progrès accomplis dans le domaine de survie et du développement de l'enfant, le Ministère de la Santé et de la Population en collaboration avec les départements ministériels apparentés et ses partenaires au développement, a élaboré le Plan Pluriannuel Complet du Programme Élargi de Vaccination (PPAC/PEV) 2018 –2022, ce conformément à la vision et aux stratégies de l'immunisation dans le monde.

Le Gouvernement adopte le PPAC/PEV pour la nouvelle période 2018- 2022 comme outil de programmation, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des activités de vaccination intégrant d'autres paquets de services essentiels dans un système de santé centrafricain performant afin d'assurer une bonne santé aux enfants et femmes centrafricains pour la période 2018-2022.

La mise en œuvre de ce plan, j'en suis convaincu, va influencer positivement les indicateurs du Programme Élargi de vaccination de la RCA. Je me réjouis de l'aboutissement du processus d'élaboration de ce plan stratégique du PEV et souhaite à tous une bonne appropriation.

Je saisis cette occasion, au nom du gouvernement, pour exprimer mes remerciements aux cadres du Ministère des Finances et du Budget, du Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, du Ministère de la santé et de la Population, ainsi qu'à ceux des partenaires au développement, notamment l'OMS et l'UNICEF qui ont apporté leur concours technique à l'élaboration de ce PPAC/PEV en vue de mener des actions en faveur des enfants et des femmes dans le pays sur la période indiquée.

Mes remerciements vont également à l'endroit de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (Gavi) pour son appui financier qui a permis de mener à terme le processus d'élaboration de ce PPAC/PEV.

Enfin, j'adresse toute la gratitude du Gouvernement au Gavi, à l'UNICEF, à l'OMS, au Rotary International, à l'Union Européenne et aux autres partenaires au développement pour leur contribution financière et technique à l'amélioration des taux de couverture vaccinale lors du premier plan pluriannuel.

Fait à Bangui,

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DE LA POPULATION**

Dr .Pierre SOMSE

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACD	: Atteindre Chaque District ;
ARN	: Autorités Nationales de Réglementation ;
AVS	: Activités Supplémentaires de Vaccination ;
BCG	: Bacille de CALMETTE et GUERIN ;
BCR	: Bureau Central de Recensement ;
BM	: Banque Mondiale ;
CCC	: Communication pour un Changement de Comportement ;
CCIA	: Comité de Coordination Inter-Agences ;
CdF	: Chaîne de Froid
CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme ;
CICR	: Comité International de la Croix Rouge ;
CNVR	: Campagne Nationale de Vaccination contre la Rougeole ;
CPN	: Consultation Périnatale ;
COGES	: Comité de Gestion ou Conseil de Gestion
COOPI	: Coopération Italienne ;
CS	: Centre de Santé ;
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté ;
CTAPEV	: Comité Technique d'Appui au Programme Élargi de Vaccination ;
DCS	: Direction de Communication en matière de Santé ;
DMPGE	: Direction de la Médecine Préventive et de lutte contre les Grandes Endémies ;
DMPM	: Direction de la Médecine Préventive et de lutte contre la Maladie ;
DGSP	: Direction Générale de la Santé Publique
DPEV	: Direction du Programme Élargi de Vaccination ;
DTC	: Diphtérie, Tétanos et Coqueluche ;

EDS	: Enquête Démographique et de Santé ;
FFOM	: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces ;
FMI	: Fonds Monétaire International
FOMUC	: Force Multinationale de la CEMAC ;
FOSA	: Formation Sanitaire;
Gavi	: Global Alliance for Vaccines & Immunization (Alliance Mondiale pour la Vaccination et les Vaccins ;
GIVS	: Global Immunisation Vision and Stratégies;
GTCV	: Groupe Technique Consultation pour la Vaccination
HeRAMS	: Health Resources Availability Mapping System
IDH	: Indice de Développement Humain ;
IEC	: Information, Éducation et Communication ;
IRA	: Infections Respiratoires Aiguës ;
JNV	: Journées Nationales de Vaccination
JNSE	: Journées Nationales de Survie de l'Enfant
JLV	: Journées Locales de Vaccination ;
LMD	: Lutte contre les Maladies Diarrhéiques ;
MAPI	: Manifestation Adverses Post Immunisation
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques ;
MFB	: Ministère des Finances et du Budget
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples);
MII	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MEPCI	: Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale
MLM	: Medium Level Management (cours moyens du PEV)

MSF	: Médecins Sans Frontières ;
MEPC	: Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération
MSPAS	: Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
MSPPLS	: Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la lutte contre le SIDA;
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles ;
OCEAC	: Organisation de Coordination de lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale ;
ODD	: Objectifs de Développement Durable;
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement;
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé ;
ONG	: Organisation Non Gouvernementale ;
PEV	: Programme Élargi de Vaccination ;
PIB	: Produit Intérieur Brut ;
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire ;
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement ;
PAO	: Plan d' Action Opérationnel
PPAC	: Plan Pluriannuel Complet ;
PPTTE	: Pays Pauvres Très Endettés :
PVS	: Poliovirus Sauvage ;
PS	: Poste de Santé ;
RCA	: République Centrafricaine ;
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation;
RS	: Région Sanitaire ;
SGESU	: Service de Gestion des Épidémies et de la Situation d'Urgence ;
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise ;
SMEB	: Service de Maintenance des Équipements Biomédicaux

SMI	: Santé maternelle et Infantile ;
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire ;
SPEV	: Service du Programme Élargi de Vaccination ;
SR	: Santé de la Reproduction
SSP	: Soins de Santé Primaires ;
UCM	: Unité de Cession du Médicament ;
UE	: Union Européenne ;
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ;
USAID	: United States Agency for International Development
VAA	: Vaccin Anti-Amaril ;
VAR	: Vaccin Anti-Rougeoleux;
VAT	: Vaccin Antitétanique;
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine ;
VPO	: Vaccin Polio Oral;

Table des matières

PREFACE.....	2
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	4
RESUME	11
INTRODUCTION.....	13
I. GENERALITES	14
1.1. Environnement externe du système de santé	14
1.1.1. Aperçu géographique.....	14
1.1.2. Données socio démographiques.....	15
1.1.3. Aperçu sur l'organisation administrative, politique et institutionnelle.....	18
1.1.4. Aperçu sur les données socio-économiques.....	21
1.2. Environnement interne du système de santé et du PEV	25
1.2.1. Système de santé	25
1.2.2. État de santé de la population	29
1.2.3. Cadre institutionnel du Programme Élargi de Vaccination de la RCA	34
II. ANALYSE DE SITUATION PAR COMPOSANTE DU SYSTÈME DE VACCINATION	38
2.1. Prestation et offre de services de vaccination.....	38
2.2. Gestion du programme	40
2.3. Approvisionnement, qualité de vaccin et logistique.....	41
2.4. Suivi/évaluation et Surveillance	50
2.5. Communication sociale et génération de la demande.....	51
2.6. Gestion de ressources humaines.....	54
2.7. Financement de la vaccination.....	54
III. PRIORITES NATIONALES.....	56
3.1. Les problèmes prioritaires par composante	56
IV. VISION ET OBJECTIFS DU PPAC	58
4.1. Objectif général :.....	58
4.2. Objectifs spécifiques :	58
V. OBJECTIFS, ÉTAPES ET PRIORITÉS À L'ÉCHELON NATIONAL PAR COMPOSANTE	62
5.1. Objectifs, étapes et priorités.....	62
5.2. Objectifs, stratégies et activités.....	80
VI. CHRONOGRAMME	95
VII. INDICATEURS DE SUIVI.....	118
VIII. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME	123
8.1. Contexte macro-économique	124

8.2. Financement du secteur de la santé	124
8.3. Financement sur le budget de l'État.....	125
8.4. La participation communautaire	126
8.5. Financement sur ressources extérieures	126
8.6. Financement du PEV et analyse des écarts financiers (2014-2016).....	127
8.7. Viabilité financière du PPAC 2018-2022	134
IX. CADRE DE SUIVI ÉVALUATION DU PPAC.....	141
9.1. En matière de suivi.....	141
9.2. En matière d'évaluation.....	141
9.2.1. Indicateurs	Erreur ! Signet non défini.
XX. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PPAC	142
CONCLUSION.....	143

Liste des figures

Figure 1: Découpage administratif de la RCA.....	13
Figure 2 : Catographie des PDI au 31 juillet 2017 en RCA.....	17
Figure 3: Cartographie des FOSA complètement détruites en RCA (HeRAMS, 2016).....	26
Figure 4 : Évolution mensuelle du nombre des cas de paludisme de 2009 à 2015 en RCA....	31
Figure 5 : Tendances de la couverture vaccinale et du taux d'abandon au niveau national de 2007 à 2016 en RCA.....	38
Figure 6 : Projection de futur besoins en ressources (coûts partagés exclus).....	125
Figure 7 : répartition des ressources par stratégie.....	129

Liste des tableaux

TABLEAU I REPARTITION DES PERSONNES DEPLACEES INTERNES DANS LE PAYS AU 31 JUILLET 2017 EN RCA	18
TABLEAU II : ÉVOLUTION DU FINANCEMENT PUBLIC DE LA SANTE DE 2011 A 2016 (EN MILLIERS DE F.CFA)	23
TABLEAU III DISPONIBILITE DE L'OFFRE DE SERVICE PAR MANQUE D'EQUIPEMENTS.....	27
TABLEAU IV : DISPONIBILITE EN SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU DANS LES STRUCTURES DE SANTE DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE.....	28
TABLEAU V : SITUATION DU PERSONNEL/NORMES (2016).....	29
TABLEAU VI : DÉPISTAGE DE LA TB TOUTES FORMES CHEZ LES ENFANTS EN RCA DE 2012 À 2016	33
TABLEAU VII : BESOINS EN EQUIPEMENTS SUPPLEMENTAIRES AUX DIFFERENTS NIVEAUX DU SYSTEME DE SANTE DE 2018 – 2022	47
TABLEAU VIII : BESOINS EN EQUIPEMENTS DE LA CdF PAR NIVEAU DE 2019 A 2020.....	48
TABLEAU XI : ÉVOLUTION DES ALLOCATIONS BUDGETAIRES DE L'ÉTAT (EN MILLIER DE FRANCS CFA).	125
TABLEAU X : PROJECTION DE FUTUR BESOINS EN RESSOURCES (COUTS PARTAGES EXCLUS).....	130
TABLEAU XI RECAPITULATIF DU COFINANCEMENT DE LA RCA 2018 – 2022	131
TABLEAU XII : BESOINS DE FINANCEMENTS COUVERTS ET ECARTS PAR SOURCES.....	132
TABLEAU XIII : BESOINS DE FINANCEMENTS COUVERTS ET ECARTS PAR SOURCES.....	133
TABLEAU XII : BESOIN DE FINANCEMENTS FUTURS PAR STRATEGIE	133

RESUME

Le Gouvernement de la République centrafricaine, conscient de l'impact du Programme Élargi de Vaccination sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, à l'instar des autres pays, a pris des engagements pour atteindre les Objectifs de développement durable(ODD) en vue d'enrayer l'épidémie de sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles d'ici 2030. Le but visé de ces ODD est que chacun dispose d'une couverture maladie universelle et ait accès à des vaccins et médicaments sûrs et efficaces afin de réduire la pauvreté et promouvoir la croissance économique et le développement social. L'adoption de ce Plan pluriannuel complet (PPAc) 2018-2022 du PEV, permettra de mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des activités de vaccination et d'autres paquets de services essentiels à la survie et au développement de l'enfant.

L'analyse de la situation est présentée selon les composantes de base du système de vaccination notamment les cinq composantes opérationnelles (i) Prestation des services (ii) Surveillance épidémiologique intégrée de la maladie ; (iii) Logistique ; (iv) Approvisionnement en vaccins de qualité; (v) la communication) et les trois composantes de soutien (i) le management ; (ii) le développement des capacités et (iii) le financement) suivi de nouveaux vaccins, nouvelles technologies et vaccins sous-utilisés.

L'objectif général du PPAc 2018-2022 est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination. Les objectifs nationaux sont présentés par étapes et prévoient d'atteindre un taux de couverture vaccinale de tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022.

Le montant des ressources nécessaires pour la période du plan (2018-2022) est estimé à **93.352.437 \$ US** avec un montant annuel moyen de **18.348.659 \$ US**. Les coûts du programme se répartissent de la manière suivante : coûts récurrents **71%** ; coût en capital **4%**, les campagnes **18 %** et les coûts partagés **7 %**. Il convient de noter que le coût récurrent augmentera par rapport à l'année de référence suite à l'introduction de nouveaux vaccins et les campagnes de vaccination.

Après l'analyse des besoins en ressources, l'écart global s'élève à \$ **20.706.086,24** avec un pic en 2020 autour de \$ **10.570.195**. Ces écarts constituent les besoins de financement non couverts pour la mise en œuvre du PPAC.

Le coût des stratégies de vaccination représente : 57 % en fixe, 12 % en avancée et 12 % en mobile. Les coûts du programme augmente dès 2018 s'expliquant par l'organisation des activités de vaccination supplémentaires (Polio, rougeole et TMN) ainsi que l'introduction des vaccins suivants : le Rota virus en 2018, le RR en 2020 et le HPV en 2022.

Comparé au coût total du programme, la proportion du financement sécurisé sans les coûts partagés pour la période allant de 2018 à 2022 est de **72 %** et **28 %** d'écart de financement (non sécurisé). Ce fort pourcentage du financement sécurisé est influencé

par la contribution de Gavi pour le financement des réfrigérateurs solaires, le vaccin DTC-HepB-Hib, le vaccin RR, le vaccin contre le Rota virus, le vaccin HPV et le paiement du salaire du personnel par le Gouvernement. Le Costing montre également qu'avec **44 %**, Gavi fait partie des principaux partenaires financiers de la vaccination en République Centrafricaine.

Le présent plan a un vaste projet de rééquipement des formations sanitaires du pays en matériel de la chaîne du froid notamment l'aménagement de trois (02) dépôt régionaux des médicaments avec des frigos solaires, ainsi que l'acquisition de 650 réfrigérateurs solaires couvrent 11% des besoins en financement du présent PPAc. La soumission de la RCA à la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid de Gavi, en cours de finalisation viendra combler le gap de financement de ces équipements.

Les financements probables concernent principalement le coût en capital sur financement du Gouvernement. La mobilisation effective de ce financement passe par un fort plaidoyer interne et surtout par une active participation des responsables du PEV au processus budgétaire national.

Le Gouvernement Centrafricain réaffirme l'importance qu'il accorde au Programme Élargi 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 carencielle, le paludisme, les IRA, les maladies diarrhéiques, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement de base, etc.) et de nouvelles stratégies (telles que le Développement Intégral du Jeune Enfant, la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, etc.) devient effective au sein d'un système de santé performant et en parfaite relation de partenariat avec les communautés.

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

INTRODUCTION

Dans le cadre de la réduction de la pauvreté, La République Centrafricaine (RCA), à l'instar des autres pays du monde a souscrit aux Objectifs de Développement Durable (ODD). En vue de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile, le pays a fait du Programme Élargi de Vaccination (PEV) l'un de ses programmes prioritaires de santé.

Le contexte de conflit politico-militaire que connaît la RCA depuis décembre 2012 a eu comme conséquence l'effondrement du système de santé avec la destruction/pillage des infrastructures sanitaires et des intrants, l'arrêt quasi-total de l'offre des services des soins incluant les services de vaccination, le déplacement du personnel de santé, la perte de la capacité de préparation et de réponse aux épidémies. En effet les districts sanitaires et les bureaux régionaux de la santé n'ont plus la capacité de jouer pleinement leur rôle de surveillance des maladies incluant la poliomyélite et la planification des activités de soins préventifs (vaccination) et curatifs.

Le Plan Pluri Annuel Complet 2015-2017 qui arrive à terme a été élaboré dans un contexte d'urgence et s'alignait sur le Plan de Transition du Secteur de la santé qui couvrait la période 2015 à 2017. Sa mise en œuvre avec l'appui de l'UNICEF, de l'OMS, de Gavi, ainsi que d'autres partenaires, n'a pas permis à la RCA d'atteindre les résultats fixés pour plusieurs raisons: sous financement des activités, insuffisance des ressources logistiques (chaîne de froid, transport), insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines et contexte sécuritaire précaire dans certaines parties du pays. Cette situation a entraîné la résurgence des épidémies de rougeole et de coqueluche dans certains districts du pays.

L'analyse faite lors de la Revue du programme PEV d'août 2017 a permis d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces et a permis d'élaborer le PPAC 2018-2022. Ce Plan approuvé va permettre de mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des activités de vaccination et d'autres paquets de services essentiels à la survie et au développement des enfants sur la période de 2018-2022.

Les principaux défis auxquels le PEV fait face sont : l'augmentation et le maintien de couverture vaccinale de routine à un taux élevé, l'Éradication de la Poliomyélite, la pré élimination de la Rougeole, le contrôle de la Fièvre Jaune, l'élimination du Tétanos Maternel et néo-natal, la Sécurité de la vaccination, l'introduction de nouveaux vaccins et le renforcement du système de santé à travers les appuis multiformes.

I. GENERALITES

1.1. Environnement externe du système de santé

1.1.1. Aperçu géographique

Située au cœur du continent Africain, la République Centrafricaine couvre une superficie de 623 000 km². Elle fait frontière à l'Est avec les deux Soudans, à l'Ouest par le Cameroun et, au Sud, par la République Démocratique du Congo et la République du Congo. Située en zone tropicale pluvieuse (jusqu'à 9 mois de pluies au Sud, sept mois au Centre et cinq au Nord). La végétation est constituée d'environ 3,5 millions d'hectares de forêt au sud et d'une zone de savane boisée au nord. Le relief est peu accidenté avec une altitude moyenne qui varie entre 650 et 850m, avec un réseau hydrographique très dense provenant de la dorsale oubanguienne.

Ce contexte physique est l'un des facteurs qui favorisent le développement de nombreuses maladies transmissibles.

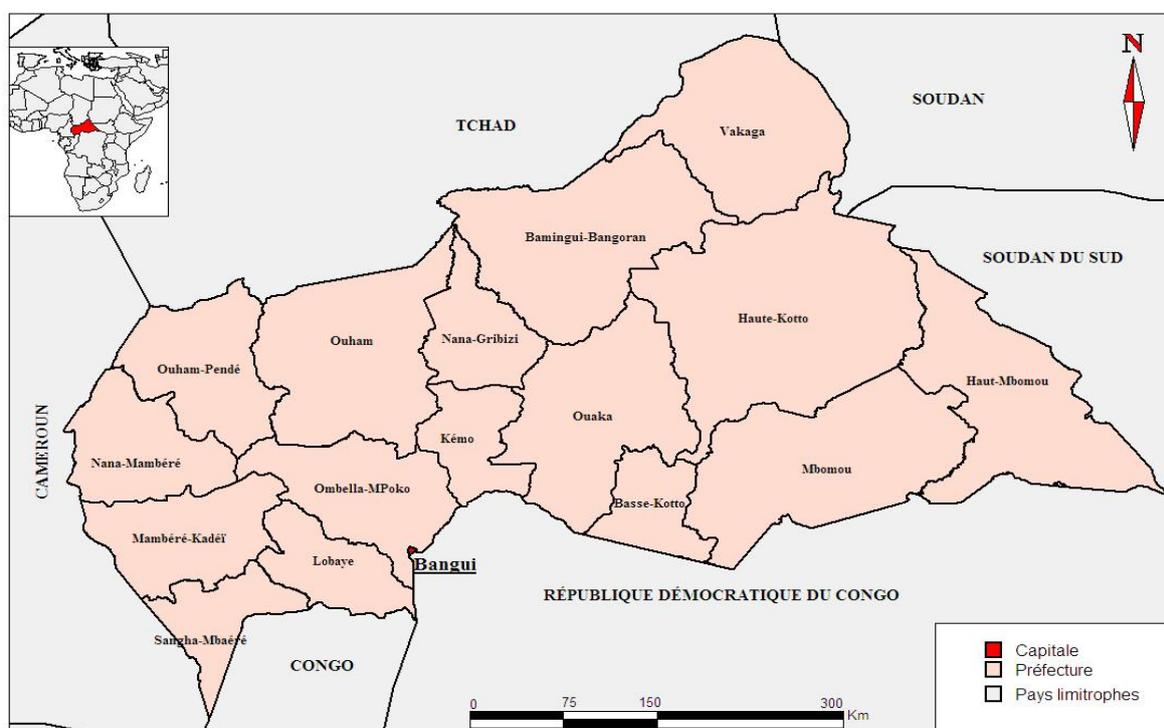


Figure 1: Découpage administratif de la RCA

L'enclavement de la République centrafricaine constitue l'un des plus sérieux handicaps à son développement car, le pays n'accède à la mer pour ses importations et exportations que par le port de Douala au Cameroun (1470 km) par voie terrestre, et par le port de Pointe Noire en République du Congo (1710 Km) par la voie fluviale. Néanmoins, il existe certains cours d'eau navigables qui permettent d'atteindre les localités inaccessibles par voies terrestres.

1.1.2. Données socio démographiques

1.1.2.1. Sur le plan social,

Le pays est doté d'un ciment socioculturel intercommunautaire forgé par l'histoire de la Centrafrique et matérialisé par la pratique d'une seule langue nationale: le Sango. Cette unité dans la diversité ethnique est aussi l'un des socles de l'unité nationale.

1.1.2.2. Sur le plan démographique,

La population centrafricaine est estimée à **5.154.080** habitants en **2017** (Projection RGPH 2003 après correction), avec un taux d'accroissement naturel de 2,5% et une densité moyenne de 6,6 habitants au km² variant de 12.218 habitants au Km² à Bangui à 0,9 habitant au Km² dans le Bamingui-Bangoran. La préfecture la plus dense est la Basse-Kotto avec 17,5 habitants/km². Les régions du centre, de l'Est et du Sud-Est occupent plus de la moitié du territoire national (53%) mais ne rassemblent que 20% de la population totale.

Cette population en grande partie rurale (62,10%), est constituée en majorité de jeunes (environ 49,4% âgés de moins de 18 ans) et légèrement à prédominance féminine (50,2 %). Les principaux indicateurs démographiques issus du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) 2003 sont résumés dans le tableau II ci-dessous.

• Principaux indicateurs sociodémographiques de base en RCA, année 2003

Indicateurs	Niveaux 2003
Population totale	3.895.139 habitants
Taux d'accroissement naturel	2,5%
Population urbaine	38% de la population totale
Population rurale	62% de la population totale
Taux d'accroissement inter censitaire	2,5% de la population totale
Enfants de moins d'un an	3,5% de la population totale
Nourrissons survivants	3,04% de la population totale
Enfants de 6 à 11 mois	1,75% de la Population totale
Enfants de 12 à 59 mois	13,8% de la Population totale
Enfants de 6 à 59 mois	15,55% de la Population totale
Enfants de moins de 5 ans	17,3% de la population totale
Enfants de moins de 15 ans	40,7% de la population totale
Enfants de moins de 18 ans	49% de la population totale

Femmes en Age de procréer (15-49 ans)	24,5% de la population totale
Femmes enceintes	4% de la population totale
Indice synthétique de fécondité	5,1 enfants par femme
Taux brut de natalité	39,1‰
Taux de mortalité infantile	116‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	179‰
Taux de mortalité maternelle	1.355 pour 100 000 naissances vivantes
Taux d'analphabétisme	57,3% dont 46,2% chez les hommes et 68% chez les femmes ; 36,2% en milieu urbain et 70,9% en milieu rural.

Source : RGPH 2003 et MICS4

Les effectifs de la population totale de la RCA en 2017 et ceux des groupes cibles du PEV et d'autres paquets de services ayant des liens avec la vaccination sont présentés dans le tableau 2 ci-dessous.

- **Populations cibles du PEV et celles d'autres paquets de services en lien avec la vaccination en 2017 en RCA**

Groupes cibles	Année 2017
Population totale	5.154.080
Femmes en âge de procréer	1.188.095
Femmes enceintes	193.975
Enfants de 0 à 15 ans	1.973.692
Enfants de 0 à 59 mois	838.940
Enfants de 6 à 59 mois	754.077
Enfants de < 1 an	169.728
Nourrissons survivants	147.421

Source : Projection RGPH 2003

Ces données ont été modifiées par les mouvements internes de la population vers les zones urbaines apparemment sécurisées et des réfugiés dans les pays voisins (Cameroun, RDC et Congo). suite à la crise politico-militaire que connaît le pays.

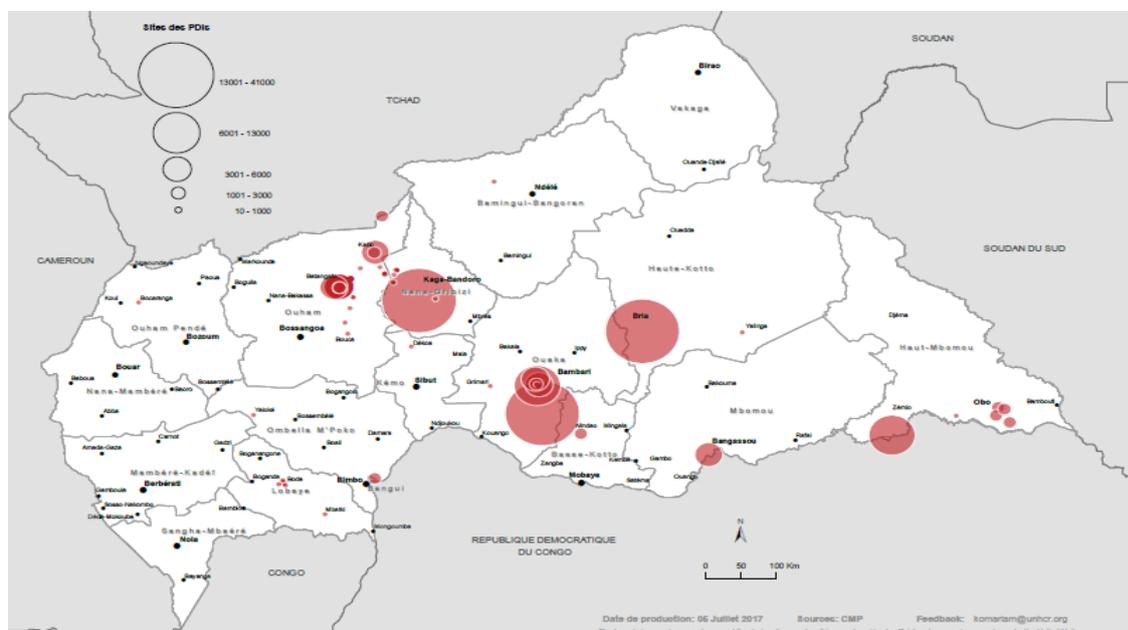
1.1.2.3. Situation humanitaire et les Personnes Déplacées Internes(PDI)

Au 31 juillet 2017, les membres et partenaires de la Commission de mouvement de population centrafricaine (CMP) ont indiqué 534 000 personnes déplacées à l'intérieur de la RCA composées respectivement de 161.595 personnes déplacées en sites, 366.790 estimées dans les familles d'accueil et 5.615 estimées en brousse. Comparé au chiffre de 503.600 personnes rapporté par la CMP au mois de Mai 2017, il ressort que le nombre de personnes déplacées en RCA a augmenté de 6%. Les nouveaux déplacements sont observés principalement dans les préfectures de la Basse Kotto, Mbomou, de l'Ouham, de l'Ouham Pendé, de la Nana Mambéré, Haut Mbomou et la Haute Kotto en raison des affrontements et/ou des attaques des groupes armés.

Notons que 73 sites sont encore ouverts en Centrafrique dont 1 à Bangui principalement le site de la Mosquée Centrale et 72 dans les autres préfectures.

Les partenaires de la CMP ont également rapporté un retour des déplacés dans l'Ouham, l'Ouham pende, Kémo, Bamingui Bangoran et Bangui, en raison d'une relative accalmie de la situation sécuritaire.

Toutefois depuis le mois de juillet et Aout 2017, la dégradation des conditions sécuritaires dans les régions 5 (Haute Kotto) et 6 a entraîné de nouveaux mouvements de populations. Cette situation a fortement affecté les activités de vaccination et les AVS.



Source : Commission de mouvement de population centrafricaine

Figure 2 : Catographie des PDI au 31 juillet 2017 en RCA

Tableau I Répartition des personnes déplacées internes dans le pays au 31 juillet 2017 en RCA

Prefecture	PDI sur sites	PDI en famille d'accueil	IDP en Brousse	Total
OUAKA	42868	54005		96873
OUHAM	26926	16097	615	43638
BANGUI	1750	54447		56197
OMBELLA MPOKO	129	17500		17629
LOBAYE	789	31691		32480
NANA GRIBIZI	17477	25175		42652
MAMBERE KADEI	67	24673		24740
NANA MAMBERE	2183	13827		16010
HAUT MBOMOU	18488	2450		20938
HAUTE KOTTO	41700	38335		80035
MBOMOU	5000	18779	5000	28779
BASSE KOTTO	3000	23628		26628
KEMO	345	4276		4621
OUHAM PENDE	699	31261		31960
BAMINGUI BANGORAN	174	6263		6437
SANGHA MBAERE	0	2857		2857
VAKAGA	0	1526		1526
Grand Total	161595	366790	5615	534000

1.1.3. Aperçu sur l'organisation administrative, politique et institutionnelle

1.1.3.1. Sur le plan administratif

La République Centrafricaine est subdivisée en sept (7) régions, 16 préfectures, 73 sous-préfectures, 2 postes de contrôle administratif, 177 communes (y compris les 8 arrondissements de Bangui, la septième région administrative), 8294 villages et 1422 quartiers.

1.1.3.2. Sur le plan sanitaire

L'organisation structurelle du système de santé est régie par les dispositions du Décret n° 05.121 du 06 juin 2005, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida et fixant les attributions du Ministre.

Calquée sur la résolution du scénario de développement sanitaire en trois phases en vue d'instaurer la santé pour tous les africains, adoptée par le 35e Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique à LUSAKA en 1985, l'organisation du système de santé en République Centrafricaine est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire

et périphérique.

- **Le niveau central** est chargé de concevoir, élaborer et appliquer la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé publique et de la population ;
- **Le niveau intermédiaire** comprend sept Régions Sanitaires (RS) correspondant aux régions administratives du pays ;
- **Le niveau périphérique** est composé de 35 districts sanitaires selon le nouveau découpage. Cependant, certains districts sanitaires nouvellement créés ne sont pas encore fonctionnels.

Les Régions et Districts sanitaires fonctionnels le sont en partie grâce à l'appui technique, financier et matériels de partenaires au développement tels que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Alliance Mondiale pour la vaccination et Vaccins (Gavi), le ROTARY international, le Comité International de la Croix Rouge (CICR), MSF etc ...

Les Régions et Districts sanitaires sont directement rattachés à la Direction du Cabinet du Ministère de la santé. La Direction du PEV est rattachée à la Direction Générale de la Santé Publique.

Le pays ne dispose pas d'un document de politique nationale de santé ; ce document est en cours de finalisation. Le document de référence actuelle disponible est le Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS). Aussi, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDSIII) est en cours d'élaboration. Mais le document de référence est Il existe un plan national de gestion des déchets médicaux qui est le document de référence pour tout le pays.

1.1.3.3. Sur le plan politique et institutionnel

1.1.3.3.1. Situation politique :

Les troubles militaro-politiques récurrents engendrés par la mauvaise gouvernance ont plongé la République Centrafricaine dans une crise profonde caractérisée par l'insécurité généralisée, la paupérisation de la communauté et la faillite totale de l'État.

Au cours de ces événements, des milliers de personnes ont été victimes de combats et d'agressions ciblées. On dénombre plusieurs personnes ayant perdu la vie, les biens, certaines sont handicapées et près d'un million de personnes sont des déplacées dans des camps/sites de fortune à la suite des événements de décembre 2013. A ce jour plus de la moitié de la population dépend de l'aide humanitaire.

Depuis le début de l'année 2014 jusqu'en 2017, il n'est plus possible de se déplacer dans la majeure partie du pays en toute sécurité (80% du territoire sous contrôle des forces non conventionnelles). Cette situation limite la fourniture de l'assistance nécessaire aux populations vulnérables de manière adéquate.

Les troupes internationales de maintien de la paix déployées dans le pays après le déclenchement de la dernière crise de décembre 2013 sont entrain de ramener progressivement la sécurité surtout à Bangui. Toutefois, l'on note la persistance de violences intercommunautaires dans certaines zones de Bangui et à l'intérieur du pays.

La cohésion sociale et la solidarité nationale sont mises à rude épreuve. La destruction des habitations, les menaces et les exactions de tous ordres sont à l'origine de déplacement des populations vers les sites de fortune et dans la brousse.

Les zones où il y a beaucoup de déplacements sont le Nord, le Sud Est et le Centre du pays occupés par les forces non conventionnelles.

De nombreuses familles déplacées se trouvent loin des services sociaux de base existants. Des organisations humanitaires à assise communautaire sensibles au genre, aux personnes vulnérables y sont entrain de se déployer pour aider au retour, à la réinstallation et à l'intégration des PDI.

Beaucoup de personnes dans les pays voisins vivent dans des conditions précaires.

Les victimes de violences sexuelles sont discriminées et mal prises en charge. La paupérisation entraine l'exploitation et les abus sexuels par les différents belligérants de la crise, aggravant le risque d'évolution de la courbe de prévalence du VIH/SIDA et des autres IST.

1.1.3.3.2. Gouvernance et leadership

La crise que traverse la RCA limite les interventions des principaux PTF dans leurs appuis au secteur de la santé particulièrement dans les zones d'insécurité. Ainsi, le système de santé étant dégradé ne permet pas d'assurer l'accessibilité à des soins de qualité dans ces zones.

La faible performance de l'administration sanitaire résulte principalement d'une organisation peu adaptée, d'une insuffisance de liens fonctionnels, de procédures, d'outils et de l'insuffisance en ressources humaines.

Les principaux problèmes liés à la gouvernance du système de santé qui constituent des défis majeurs pour le Département découlent d'importantes carences sur le plan des politiques sectorielles et du cadre juridique et réglementaire qui en découlent se traduisant par des chevauchements entre attributions des différentes directions, services et programmes.

La faible performance du système de santé est le fruit d'une verticalisation excessive des Programmes liée aux exigences des partenaires qui perturbent la régulation et la gestion décentralisée.

Concernant la coordination sectorielle et intersectorielle (y compris l'action humanitaire), on constate une forte dépendance du pays à l'aide extérieure du fait de l'insuffisance de l'appropriation du MSP et d'un mécanisme de coordination fiable.

Hormis les attributions définies dans les textes portant organisation des services du Ministère, il n'existe pas de descriptions de tâches détaillées ou de profils requis pour les nominations des cadres aux postes de l'administration sanitaire.

Dans le cadre des réformes, une nouvelle nomenclature des formations sanitaires a été également définie, supprimant ainsi la subdivision des Centres de santé en plusieurs catégories (A, B, C, D, E) pour améliorer le système de référence/contre référence.

Bien que la décentralisation existe sur le plan juridique, par des textes réglementaires, la responsabilité des Régions et Districts sanitaires sont étouffées par certains responsables centraux réfractaires au changement.

Bien que la décentralisation existe sur le plan juridique, suivi par des textes réglementaires, elle n'est pas effective au niveau des Régions et Districts sanitaires.

1.1.4. Aperçu sur les données socio-économiques

1.1.4.1. Situation socioéconomique

Les périodes récurrentes d'instabilité et de violence, exacerbées par les événements de décembre 2013 ont abouti à une aggravation sans précédent de la vulnérabilité de la majeure partie de la population. Cette situation se superpose à un niveau déjà existant d'extrême pauvreté. Avant la crise, la République Centrafricaine était déjà classée au 179ème rang sur 187 pays selon l'Indice de développement humain (IDH). En fin 2013, le PIB par habitant était de 333,20 USD soit une réduction de 33%, par rapport à 2010.

La situation économique du pays est influencée par les aspects suivants :

- **Au plan extérieur**, par la crise économique mondiale et ses corolaires ;
- **Au plan intérieur**, la situation est caractérisée par (i) la fragilisation des structures économiques ; (ii) la régression des cultures de subsistance et d'exportation, (iii) associées à une hausse généralisée des prix des produits de première nécessité due à la restriction de l'utilisation du corridor Bangui/Douala ;(iv) la perception des taxes et l'exploitation minière par des groupes armés dans 9 préfectures constitue un manque à gagner pour l'État.

L'évolution de la tendance actuelle est subordonnée à la normalisation de la situation sécuritaire et sanitaire, la mise en œuvre du Plan National de Relèvement et de consolidation de la paix en Centrafrique (RCPCA) et le retour de la population dans les zones de production.

L'appréciation de la situation de l'économie nationale montre : (i) la reprise progressive des activités dans les différents secteurs de l'économie ; ii) la reprise progressive des exportations des matières premières ; (iii) la poursuite des négociations pour la levée de la suspension du processus de Kimberley; (iv) la hausse des prix à la consommation avec un taux d'inflation estimé à 13% en 2014, supérieur aux critères de convergence

de la CEMAC qui est de 3%.

- **Sur le plan des finances publiques :**

De manière globale, les crédits budgétaires alloués au Département de la Santé Publique et de la Population en 2016 représentent 10,24% des dépenses totales de l'État de cette année passant devant les ministères de l'Éducation et des Affaires Sociales constituant les services sociaux de base des populations. De ces allocations, la part des dépenses au titre des investissements en capital est de 42,42%. Tandis que, les dépenses de personnel et des biens et services sont respectivement de 31,21 et 25,93%.

Sur la période 2011 – 2016, 6 244 938 000 F CFA ont été consacrés aux activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV). De l'analyse, il ressort ce qui suit : de 2008 à 2010, soit sur une période de trois (03) ans, 8,3 Milliards ont été en tout mobilisés pour les activités du PEV. Cependant, pour six (06) années d'exercice (2011-2016), seulement 6,2 Milliards de FCFA n'ont pu être mis à disposition. Ce faible niveau de financement est entre autres les principales causes de la faible couverture vaccinale des populations cibles sur ladite période. A fin 2015, moins de 50% des enfants avaient été vaccinés avant l'âge d'un an contre les principales maladies évitables par la campagne de vaccination, et seulement 30% à mi 2016. Ainsi, l'immunisation des enfants, et plus largement la santé de l'enfant, constitue une priorité en RCA, d'où le choix de l'indicateur de résultat « **Proportion d'enfant immunisés** » dans la seconde composante du pilier 2 du Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA).

Ce faible niveau de financement s'explique par le manque de financement extérieur sur les deux (02) dernières années à savoir 2015 et 2016 dans les activités du PEV d'une part ; et le faible taux de décaissement des ressources propres de l'État d'autre p

Tableau II : Évolution du financement public de la santé de 2011 à 2016 (en milliers de F.CFA)

<i>Nature des dépenses</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
Dépenses de Fonctionnement	8,568,520	20,773,694	20,708,144	22,740,820	23,472,520	24,509,392
Dépenses de Personnel	3 397 220	10 386 847	10 354 072	11 370 410	11 736 260	12 254 696
Dépenses de Biens et Services	5 171 300	4 863 547	4 945 134	6 041 922	5 956 437	6 693 071
Autres		5 523 300	5 408 938	5 328 488	5 779 823	5 561 625
Dépenses d'Investissement	15,472,264	12,533,372	7,640,518	14,918,806	3,856,068	10,301,953
Budget de l'État	2 073 264	11 033 092	5 781 438	13 470 076	2 573 784	9 095 749
Financement extérieur	13 399 000	1 500 280	1 859 080	1 448 730	1 282 284	1 206 204
Dépenses totales de Santé	24 040 784	9 532 812	3 922 358	12 021 346	1 291 500	7 889 545
Dépenses totales de l'État	236 931 685	21 419 939	16 185 510	24 880 485	14 390 044	21 440 445
Budget Santé en % Budget général	10,15%	239 054 234	200 878 616	221 272 516	228 358 036	209 370 905
Produit Intérieur Brut (PIB)	4,2%	8,96%	8,06%	11,24%	6,30%	10,24%
Taux de croissance du PIB	1 048 998 000	1 108 000 000	750 000 000	842 000 000	937 000 000	1 046 000 000
Budget Santé en % du PIB	2,29%	4,1%	-36,7%	1,0%	4,8%	4,5%
Population	4 570	1,93%	2,16%	2,95%	1,54%	2,0%
Budget Santé par tête d'habitant (en centaine de F.CFA)	5 260,600	4 663 700	4 758 450	4 854 940	4 953 090	5 052 820

Source: Lois de Finances 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016; RGPH 2003; Cadrage macroéconomique (MPECI)

L'analyse du tableau ci-dessus laisse apparaître une progression en dent de scie des allocations budgétaires au profit du MSP pendant la période allant de 2011 à 2016. Après une hausse en 2011 du budget de la Santé qui représentait 10,15% des dépenses publiques, les

années 2012 et 2013 ont connu une tendance baissière de l'ordre de -3% puis, l'année 2014 a repris le même taux de 1,9%, avant de rechuter à -3,85 en 2015, pour enfin remonter timidement en 2016 à 0,9%.

Il convient toutefois de noter que la population n'a fait qu'augmenter durant cette période passant de 4 570 en 2011 à 5 052 820 en 2016. Malheureusement cet accroissement de la population ne va pas de pair avec le budget par tête d'habitants passant de 5 260,6 en 2011 à 4243,3 en 2016. En effet, pendant que la population du pays connaît une augmentation sur cette période, le PIB nominal fluctuait d'année en année et suit pas l'allure de la croissance démographique.

1.1.4.2. Transport et communication

L'enclavement de la RCA constitue l'un des sérieux handicaps à son développement car, le pays n'accède à la mer pour ses importations et exportations que par le port de Douala au Cameroun (1470 km) par voie terrestre, et par le port de Pointe Noire en République du Congo (1710 Km) par la voie fluviale.

En dehors de 835 km de routes bitumées, le réseau routier interne de la RCA mesurant 24.000 km est constitué de routes nationales, régionales et de pistes rurales qui sont presque toutes difficilement praticables surtout pendant la saison pluvieuse. Dans certaines localités, le réseau routier est interrompu par des cours d'eau ; ce qui nécessite l'utilisation des bacs ou pirogues pour la traversée.

Le réseau aérien domestique n'est pas assez développé, car le pays compte 4 aérodromes bitumés dont l'utilisation est limitée pendant la saison des pluies à cause des inondations voire de manque d'entretiens.

Dans le domaine des communications, les bases des Directions Régionales, Districts sanitaires et certains centres de santé qui étaient équipés en radio VHF ont tous été pillés à partir de Décembre 2012. Dans le cadre de la collaboration intersectorielle, les émetteurs radio disponibles de certaines localités peuvent être utilisés par les responsables des structures de santé.

Il convient de relever que le développement de la téléphonie mobile a facilité la communication entre toutes les villes du pays. A cela, on note aussi l'existence de connexion Internet dans certaines zones.

1.2. Environnement interne du système de santé et du PEV

1.2.1. Système de santé

1.2.1.1. L'offre de services de santé

L'enquête HeRAMS de 2016 a permis de connaître la disponibilité de l'offre des services de santé par Région Sanitaire, ainsi que les raisons principales d'une couverture non optimale de cette offre. Les principaux résultats sont présentés en annexe.

Des 1009 Formations Sanitaires, 83% sont fonctionnelles au niveau national, la non fonctionnalité variant de 51,7% dans la Région Sanitaire N°3 à 17,9% dans la Région Sanitaire N°5.

1.2.1.2. Infrastructures, équipements et politique du médicament

A. Infrastructures

Au niveau national, 27,5% des Formations Sanitaires ont été partiellement ou totalement détruites avec une grande disparité allant de 6,5% dans la Région Sanitaire N°2 à 46,1% dans la Région Sanitaire N°3.

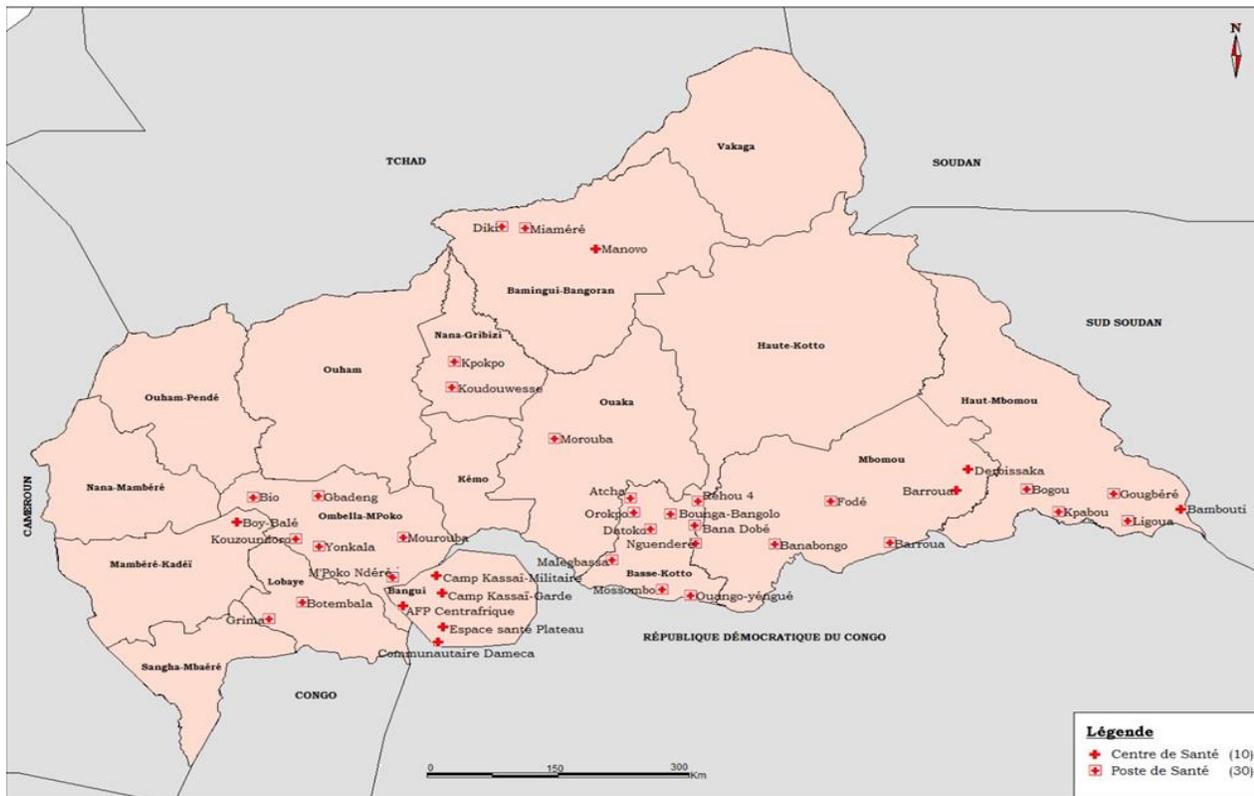


Figure 3: Cartographie des FOSA complètement détruites en RCA (HeRAMS, 2016)

De cette analyse de la situation, il ressort les besoins en construction des infrastructures totalement détruites.

L'analyse de la répartition des infrastructures de santé du secteur public fait ressortir une inégale répartition selon les régions.

B. Équipements et matériels biomédicaux

Le patrimoine est constitué pour l'essentiel des matériels, meubles et immeubles du système national de santé provenant de trois principales sources à la tête desquelles les apports extérieurs, suivi de la dotation étatique et enfin de la contribution communautaire.

En dehors du document de norme en matière d'équipements et d'infrastructures des districts sanitaires, il n'existe pas encore un document national de développement des infrastructures, des équipements et de la maintenance comme cadre d'orientation dans la gestion du patrimoine du système de santé.

Au niveau des formations sanitaires périphériques, la liste des équipements prévus est assez exhaustive du point de vue de leur nature et de leur qualité. Malheureusement, celles-ci ont été sous-équipées en dépit d'importants apports de l'extérieur (logistiques, matériels de froid et matériels biomédicaux) qui sont souvent mal gérés, mal entretenus et parfois inadaptés. Les amortissements et remplacements du matériel ne sont pas planifiés.

Tout ceci a entraîné une faiblesse des plateaux techniques, notamment au niveau des formations sanitaires de référence et par conséquent, des prestations de faible qualité.

Cette situation a été aggravée par l'actuelle crise militaro-politique qui a entraîné la destruction massive des infrastructures et le pillage des matériels et mobiliers de bureau, matériels biomédicaux et autres équipements, dont la grande partie a été fournie par les partenaires au développement.

Tableau III Disponibilité de l'offre de service par manque d'équipements

Services	RS1 (%)	RS2 (%)	RS3 (%)	RS4 (%)	RS5 (%)	RS6 (%)	RS7 (%)	Pays (%)
Réadaptation	93,3	60	50	40	93,3	92,5	50	75,4
Hospitalisation	41,7	26,5	11,5	22,2	28,6	45,2	42,9	35,1
Laboratoire	31,4	16,4	51,3	30,8	77,8	47,1	19,6	35,5
Radiologie	50	66,7	75	71,4	100	94,1	68,7	75,7
Banque de Sang	84,3	60	50	100	71,4	91,3	80	78,9
Référence contre référence	87,4	87,5	86,2	67,3	69,1	55	80,8	74,3
Supervision PECADOM	96,7	55,6	64,3	88,9	97,2	91,8	90	87,8
Gestion et élimination des déchets	42,1	20	67,4	7,5	53,8	27,5	32,6	34,9
Transmission du dernier rapport SNIS	82,8	37,6	90,7	38,2	88,9	46,8	51	63,1

- 75 à 100 % de FOSA ne disposant pas du service par manque d'équipement ;
- 50 à 75% des FOSA ne disposant pas du service par manque d'équipement ;
- 25 à 50% des FOSA ne disposant pas du service par manque d'équipement ;
- 0 à 25% des FOSA ne disposant pas du service par manque d'équipement.

La crise récurrente a accentué les problèmes en équipements de réadaptation, de radiologie et en matériel de transport.

La dégradation ou le pillage de certaines sources d'énergie (kit solaire et groupe électrogène) a perturbé la mise en œuvre des activités sanitaires à différents niveaux.

Tableau IV : Disponibilité en source d’approvisionnement en eau dans les structures de santé de la République Centrafricaine

Région Sanitaire	Autre	Eau courante	Forage	Pas d'accès à l'eau	Puits non protégé	Puits protégé	Total
RS1	6	6	55	22	14	13	116
RS2	4	11	43	7	42	4	111
RS3	1	1	51	33	1	0	87
RS4	3	2	25	19	7	4	60
RS5	1	2	19	28	3	2	55
RS6	6	0	40	7	23	4	80
RS7	2	48	1	0	0	1	52
RCA	23	70	234	116	90	26	561

L’approvisionnement en eau potable pose un problème en ce qu’il ne satisfait pas les besoins réels de la population.

C. Médicaments, dispositifs médico-chirurgicaux et réactifs de laboratoire

La RCA dispose d’une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) adoptée en 1995 et qui est une partie intégrante du PNDS, couvrant tous les aspects du secteur pharmaceutique et a pour objectif de rendre accessible à la population des médicaments essentiels de qualité efficace et à moindre coût. Mais insuffisamment mise en œuvre.

L’approvisionnement en médicaments en RCA est assuré par trois (03) grossistes répartiteurs : Centrapharm, UCM et l’UDP (Unité de Dépôt Pharmaceutique) et, deux (02) dépositaires que sont Shalina et Roffe Pharma, qui cependant importent des médicaments qui n’ont pas une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) faute d’un dispositif réglementant l’importation des médicaments en RCA.

Problématique des médicaments de la rue : le phénomène des médicaments de la rue constitue une problématique majeure en RCA. En effet, on assiste à une prolifération des dépôts illicites de vente des médicaments aussi bien à Bangui que dans l’arrière-pays. Malheureusement, la lutte contre ce phénomène, pilotée par l’Office Centrafricaine de Lutte contre les Drogues (OCLAD), se heurte à des difficultés tant matérielles que financières.

1.2.1.3. Ressources humaines pour la Santé (RHS)

Il existe un Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PSDRHS) en RCA. Avec des structures de mise en œuvre à tous les niveaux.

Au niveau local, certains Comités de Gestion (COGES), le secteur privé, les partenaires au développement, dans la limite des moyens financiers dont ils disposent, procèdent au recrutement complémentaire des agents qualifiés.

La situation des Ressources humaines, outre son insuffisance numérique et sa distribution géographique inéquitable au regard des normes et standards internationaux, accusent une faiblesse de ses qualifications, tant dans le domaine technique des soins que dans celui de la gestion du système (cf. Tableau ci-dessous).

Tableau V : Situation du personnel/normes (2016)

Catégorie professionnelle	Norme	Effectif requis	Effectif actuel	Gap à intégrer
Personnel médical				
Médecins, Pharmaciens et Dentistes	1/10 000	485	267	218
Spécialistes paramédicaux (TS)	1/4 000	1 214	327	887
Infirmiers (IDE et assimilés)	1/4 000	1 214	1 144	70
Infirmière (SFDE/Ass Accouch)	1/4 000	1 214	596	618
Personnel administratif d'appui				
Gestionnaire-comptable	1/Hôp/Etab diagnostic	25	8	17
Ingénieur en Génie civil	1 noyau central	5	1	4
Ingénieur/Technicien en Informatique (Data Manager GRH)	1 noyau central	4	1	3
Technicien en maintenance)	1/Hôp/Etab diagnostic	25	2	23
TOTAL		4 186	2 346	1 860

Notons qu'avec le départ en masse de la Fonction Publique non compensée des Agents du Ministère de la Santé, admis à faire valoir leur droit à la retraite, accentue encore ce déficit. Les troubles militaro-politiques, avec l'insécurité qui en découle rend l'environnement de travail non propice au niveau de certaines régions du pays, à cause des déplacements du personnel ne permettant pas à la Direction des Ressources de maîtriser la situation réelle du personnel de santé.

Le secteur privé (ONG, Confessionnelles et autres agences humanitaires) entre en compétition avec le secteur public et recrute une bonne partie des ressources humaines pour la santé;

1.2.2. État de santé de la population

1.2.2.1. La santé de la mère et de l'enfant

Suivant les résultats de l'enquête MICS4 (2010), les principaux indicateurs de la santé de la reproduction en Centrafrique se présentent comme ci-dessous.

- La mortalité générale très élevée, dont le taux brut est passé de 17 pour mille en 1988 à 18 pour mille en 2011 d'après les projections faites à partir des données du RGPH 2003 ;

- La mortalité infanto-juvénile très élevée, a varié de 211 décès pour mille naissances vivantes en 1988 (RGP 1988), à 220 ‰ en 2003, 176 ‰ en 2006 (Enquête MICS 3) puis 174 ‰ en 2010 (MICS 4) ;
- La mortalité infantile (moins de 1 an) très élevée, 132 ‰ en 2003 (RGPH), estimée à 106 ‰ en 2006 (MICS 3) et 105 ‰ en 2010 (MICS4) ;
- La mortalité néonatale : 45 ‰ selon les données hospitalières ;
- La mortalité maternelle très élevée, variant durant les trois dernières décennies de 683 décès pour cent mille naissances en 1988 (RGP), à 948 pour 100.000 naissances vivantes en 1995 (EDS 94-95), et à 1355 pour 100.000 naissances vivantes en 2003 (RGPH); elle est estimée en 2008 à 980 décès pour 100.000 naissances (ECASEB 2008) ; 850 pour 100.000 naissances vivantes selon l'estimation de la tendance de la mortalité maternelle de 1990 à 2008 faite par le Groupe Inter Agence du Système des Nations Unies (constitué par l'OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque Mondiale) ;
- L'espérance de vie à la naissance très faible, passant de 49 ans en 1988, à 44 ans en 2000 (MICS 2000) puis à 43 ans en 2003 (RGPH 2003).

L'enquête MICS4 montre que 38,1% seulement des femmes enceintes avaient utilisé adéquatement les services des soins prénataux (04 CPN), 53,8% des accouchements étaient assistés par un personnel qualifié, 15,2% des femmes avaient utilisé la contraception.

Les campagnes de réparation des fistules obstétricales menées en RCA ont permis d'opérer 172 cas de 2009 à 2010.

Par ailleurs, les femmes sont victimes de nombreuses formes de violences sexuelles, parmi lesquelles les mutilations génitales (excision), les violences sexuelles, les mariages précoces. Ces violences sexistes sont exacerbées par les conflits.

Cette situation est aggravée par les crises politiques et militaires récurrentes.

1.2.2.2. La prise en charge des cas de diarrhée

Les maladies diarrhéiques touchent 19% des enfants de moins de cinq ans en 2006; la comparaison avec les études antérieures laisse voir une tendance à la baisse de la prévalence qui était de 26% en 2000 ;

1.2.2.3. La malnutrition

La malnutrition aiguë demeure parmi les 5 premières causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en RCA.

La malnutrition protéino-calorique est endémique sur tout le territoire et demeure un grave problème de santé publique : 40,8 % d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique modérée (retard de croissance), 7,4% de malnutrition aiguë modérée (émaciation) et 23,5% de sous nutrition globale modérée (insuffisance pondérale) selon l'enquête MICS4.

Même si les évaluations rapides conduites dans les différentes zones depuis le début de la crise ont montré une situation nutritionnelle moins alarmante, beaucoup d'éléments

montrent qu'il est nécessaire de renforcer la surveillance dans les préfectures affectées par les déplacements massifs de la population, l'interruption de certains services de santé, la diminution du pouvoir d'achat et l'augmentation de l'incidence de certaines maladies infectieuses.

1.2.2.4. Paludisme

Le paludisme est l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en RCA. Compte tenu de sa situation géo climatique, la RCA fait partie des pays d'Afrique subsaharienne où le paludisme est stable, avec une transmission haute (>1 cas pour 1000 habitants) sur toute l'étendue du territoire. La transmission palustre est de type holoendémique avec un pic en saison de pluie entre les mois de mai et octobre. De plus, des risques d'épidémies existent dans les situations d'urgence complexe.

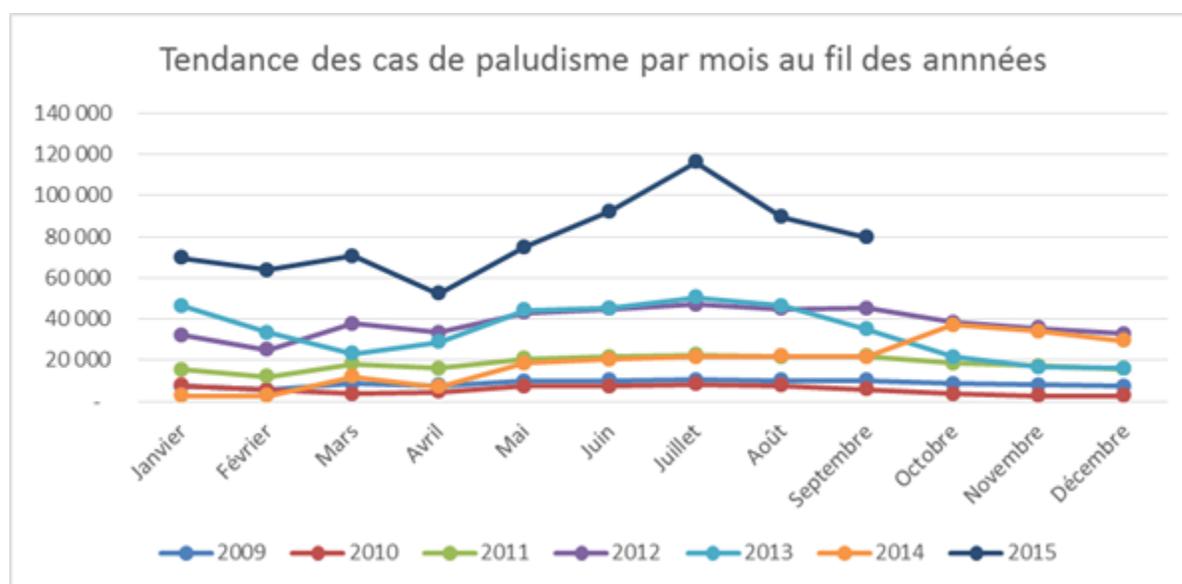


Figure 4 : Évolution mensuelle du nombre des cas de paludisme de 2009 à 2015 en RCA

Depuis 2005, les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) sont recommandées pour le traitement du paludisme. L'association de l'arthémeter avec la luméfantrine est utilisée pour les cas simples et la quinine injectable pour les formes graves. En mai 2012, l'Artésunate injectable est recommandée dans le traitement des cas sévères.

La PECADOM a été adoptée en 2013 comme stratégie pour améliorer l'accessibilité des populations défavorisées aux traitements du paludisme à et l'utilisation du test de dépistage rapide (TDR).

Par ailleurs, les directives nationales prévoient le traitement préventif intermittent par la sulfadoxine pyriméthamine chez les femmes enceintes.

Selon les données de l'enquête Nationale sur les indicateurs spécifiques du Paludisme (Mai 2016), 25% des enfants ayant souffert de fièvre ont été traités avec la CTA. Un autre antipaludique ayant servi au traitement des enfants malades est la quinine (10%). Le pourcentage des enfants ayant été traités avec la CTA est nettement élevé à Bangui (39%) et c'est toujours la capitale qui a relativement le plus grand nombre des enfants traités avec la quinine (17%).

Selon cette même enquête, au niveau national le pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu la première dose de TPI1 est de 67% contre 58% en ce qui concerne le TPI2 et 38% en ce qui concerne le TPI3. Le taux de couverture en TPI1 est plus élevé à Bangui (71%) et dans les régions sanitaires N°1, 2 et 3 (67%). Le taux de couverture que ce soit pour la TPI1 (29%) ou la TPI3 (13%) dans les régions 4,5 et 6 est particulièrement faible.

Il convient de souligner qu'aucune disposition n'a été prise pour vérifier l'efficacité du protocole de traitement à base d'ACT. De même, l'on déplore un manque de données de recherche spécifique sur les vecteurs ainsi que la répartition du poids de la maladie selon les zones géographiques.

1.2.2.5. VIH/SIDA

La prévalence de l'infection à VIH chez les adultes de 15 à 49 ans est de 4,9% en 2010 selon les résultats de l'enquête à indicateurs multiples (MICS4) contre 6,2% relevé en 2006. Il existe une grande disparité entre les différentes préfectures du pays. En effet, elle varie de 1,0% dans l'Ouham à 11,9% dans le Haut Mbomou. L'épidémie est donc de type généralisé. La séroprévalence est plus élevée en milieu urbain (7,9%) qu'en milieu rural (2,9%). Cette tendance est observée aussi bien chez les femmes (10,3 % contre 3,7 %), les hommes (4,8% contre 1,9%) que chez les jeunes (4,4% contre 1,6%).

Les femmes sont infectées à un âge plus jeune que les hommes. Quel que soit le sexe, la prévalence augmente avec l'âge pour atteindre 9,2 % chez les femmes de 40 à 44 ans et 6,9 % chez les hommes de 35 à 39 ans. La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 2,8%.

La prévalence chez les femmes enceintes est de 4,5% en 2010 alors qu'elle était de 5,3% en 2006. Cette prévalence est de 4,1% parmi les jeunes femmes enceintes de 15-24 ans.

La dernière crise humanitaire avec le mouvement important de la population et l'interruption de services de prévention et de prise en charge surtout à l'intérieur du pays risque d'entraîner une augmentation de l'incidence, un changement dans la répartition des cas selon les régions et la recrudescence des cas de résistance aux ARV.

Au deuxième trimestre de 2014, la situation des formations sanitaires impliquées dans les activités de la lutte contre le Sida donne 93 sites de prise en charge par les ARV dont 26 soit 28% ne sont pas fonctionnels et 131 sites de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) dont 62 soit 47% ne sont pas fonctionnels.

Des 21 Centres de Dépistage Volontaire, 10 sont encore fonctionnels.

1.2.2.6. Tuberculose

Selon les estimations de l’OMS en 2015, tenant compte de la co-infection TB/VIH, l’incidence de TB toutes formes confondues en RCA est de 391 cas pour 100.000 habitants et la mortalité est de 55 cas pour 100.000 habitants ce qui est une aggravation si on tient compte des estimations de 2013 avec une incidence estimée à 359 cas pour 100.000 habitants et une mortalité de 49 cas pour 100.000. Cependant une incertitude demeure quant aux sources des données. Le taux de détection de la TB toutes formes confondues est selon les sources du PNLT de 55% en 2015. Le taux de détection relativement faible peut supposer être causé non pas par un sous-rapportage des cas diagnostiqués, mais plutôt par un sous-diagnostic des cas de la TB d’où l’importance de l’intensification du dépistage dans les zones sécurisées et l’extension du dépistage dans les zones plus ou moins sécurisées et non sécurisées du pays.

Le nombre total de cas de tuberculose détectés en 2016 était de 10203. Un total de 5182 (51 %) était des cas de TB bactériologiquement confirmée. Le nombre total de cas de TB a plus que doublé entre 2002 et 2016 avec des variations annuelles souvent considérables (>10%) par rapport aux nombres totaux et aux nombres détectés par forme de la tuberculose. Ces variations reflètent la situation d’instabilité politique et socio-économique, mais aussi les faiblesses du système de surveillance actuelle. La collecte des données se fait par appel téléphonique souvent sans possibilité de vérification pendant des supervisions ou des ateliers de consolidation.

En 2016, comme le montre le tableau 7, le nombre de cas de tuberculose chez les enfants âgés de 0 à 14 ans représente 13,5% du nombre total de cas de tuberculose déclaré dans le pays (1380/10203). On note une augmentation de 12% par rapport à 2015 mais reste dans les mêmes grandeurs que 2014.

Tableau VI : Dépistage de la TB toutes formes chez les enfants en RCA de 2012 à 2016

	0-14 ans				
	2012	2013	2014	2015	2016
Pays	681	910	1 378	1 224	1 380
RS1	40	70	80	122	119
RS2	103	159	161	201	210
RS3	93	151	195	147	185
RS4	45	29	50	107	79
RS5	18	6	56	8	77
RS6	18	20	60	53	66
RS7	364	475	776	586	644

Toutefois, le Programme de lutte contre la tuberculose dispose d’un Plan Stratégique Nationale de lutte contre la tuberculose 2017-2021.

1.2.3. Cadre institutionnel du Programme Élargi de Vaccination de la RCA

1.2.3.1. Organisation du PEV en RCA

Le Décret N°15.348 du 02 octobre 2015 a mis en place un nouvel organigramme qui intègre le Programme Élargi de vaccination de la RCA dans une Direction. Le nouvel organigramme (décret n°16.389 du 23 novembre 2016) rattache désormais le Service de Surveillance à la Direction du PEV.

A. Direction de la Surveillance Épidémiologique Intégrée et de la Vaccination (DSEIV)

La DSEIV est structurée en trois services qui sont le Service de la Surveillance Épidémiologique des maladies, le Service de la Logistique et de la Gestion des données et le Service de la Vaccination.

Le PEV est coordonné aux niveaux intermédiaire et opérationnel de la manière suivante :

- Au niveau régional : le Superviseur Régional du PEV et le Point Focal Régional de la surveillance intégrée des maladies sont sous l'autorité du Chef de Service de Coordination et du Suivi des Soins de Santé Primaires.
- Au niveau des Districts Sanitaires : un Responsable du PEV et un Point Focal de la surveillance intégrée des maladies travaillent sous l'autorité du Chef de section Soins et Supervision. Le PEV est intégré au système de soins.

B. Organes de gestion du Programme Élargi de Vaccination en RCA

- Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) du PEV : principal organe qui veille à la gestion des activités du Programme Élargi de Vaccination créé par l'Arrêté ministériel N°0044 MSPP/CAB/SG/DGSP/SPEV du 7 février 2002.
- Comité Technique d'Appui au PEV (CTAPEV) : créé par l'Arrêté N° 113 MSPP/CAB/SG/DGSP/DMPM/SPEV du 11 Mars 2003. C'est une structure plurisectorielle et pluridisciplinaire placée sous la présidence du Directeur Général de la Santé Publique et appuie le CCIA dans la prise de décisions.

C. Vision et orientations stratégiques du PEV

Le Programme Élargi de Vaccination de la RCA s'inscrit dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Vaccination (PSRV) 2014-2020 conformément à la Vision et mission de la Décennie des vaccins dont le but est de parvenir à la couverture vaccinale universelle dans la Région africaine de l'OMS. Les objectifs du PSRV sont :

- Accroître la couverture vaccinale ;
- Finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus ;
- Éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale ;
- Atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination.

En vue d'atteindre ces objectifs, la RCA a retenu les actions prioritaires suivantes :

- Développement de stratégies pour maintenir l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et dérivés;
- Augmentation de la couverture vaccinale à au moins 90% pour tous les autres antigènes ;
- Réduction d'au moins 90% de la morbidité et de la mortalité dues à la rougeole ;
- Intégration d'autres interventions essentielles à la survie de l'enfant ;
- Introduction du vaccin contre les rotavirus dans le PEV de routine ;
- Introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance ;
- Amélioration de la qualité des données ;
- Formation des cadres et agents chargés du PEV.

1.2.3.2. Populations cibles et calendrier vaccinal

1.2.3.2.1. Populations cibles

Le PEV de routine cible les enfants de 0 à 11 mois pour les antigènes suivants : BCG, DTC-HepB-Hib (vaccin pentavalent), PCV-13, VPO, VPI, VAA, VAR, MenAfriVac, vaccin contre les rotavirus et le Td aux femmes enceintes.

Les populations cibles de la vaccination de routine et des activités de vaccination supplémentaires sont calculées sur la base des proportions de la population totale fournies par le Bureau central de recensement (à travers le RGPH) selon le tableau 3.

- **Proportion des populations cibles de la vaccination et autres interventions liées à la vaccination.**

Groupes d'âges	Proportion de la population	Stratégie de vaccination et autres interventions
Enfants âgés de 0-11 mois	3,5%	PEV de Routine
Nourrissons survivants	3.04%	PEV de Routine
Enfants âgés de 0-59 mois	17,3%	JNV et distribution des MIILDA
Enfants de 6 mois – 14 ans	46%	Contrôle de la Rougeole, campagne de rattrapage
Personnes de 1-29 ans	71 %	Campagne de vaccination MenAfriVac
Enfants de 6-59 mois	15,55%	Contrôle de la Rougeole, campagne de suivi
Enfants de 6-59 mois	15,55%	Prévention de la carence en vitamine

		A
Enfants de 12-59 mois	13,8%	Déparasitage à l'albendazole
Femmes enceintes	4 %	PEV de routine, Élimination du TMN et distribution des MIILDA
Femmes en âge de procréer	24%	Élimination du TMN (campagnes)

1.2.3.2.2. Calendrier vaccinal

- **Calendrier vaccinal pour les enfants de 0 à 11 mois en RCA**

Contact	Age	Antigènes recommandés
1	Naissance	BCG, VPO
2	6 semaines	Penta1, VPO1, PCV13-1, Rota-1,
3	10 semaines	Penta-2, VPO2, PCV13-2, Rota-2
4	14 semaines	Penta-3 , VPO3, PCV13-3, VPI
5	9 mois	VAR, VAA et MenAfriVac

NB : Le vaccin anti-rotavirus sera introduit dans le PEV de routine en 2018.

- **Calendrier vaccinal pour les femmes enceintes**

Antigènes	Doses	Voies d'administration	Age d'administration
Td1	0,5 ml	Intra musculaire	Dès le 1 ^{er} contact
Td2	0,5 ml	Intra musculaire	1 mois après Td 1
Td3	0,5 ml	Intra musculaire	6 mois après Td 2 ou lors de la prochaine grossesse
TD4	0,5 ml	Intra musculaire	1 an après Td3 ou lors de la prochaine grossesse
Td5	0,5 ml	Intra musculaire	1 an après Td4 ou lors de la prochaine grossesse

- **Voies et sites d'administration des vaccins**

Antigenes	Doses	Voies d'administration	Site d'administration
BCG	0,05 ml	Intradermique	Avant-bras gauche
VPO	2 gouttes	Voie orale	Bouche
DTC-HepB-Hib	0,5 ml	Intra musculaire	Cuisse droite
PCV13	0,5 ml	Intra musculaire	Cuisse gauche
MenAfriVac	0,5 ml	Intra musculaire	Cuisse gauche
Rota	1 ml	Voie orale	Bouche
VPI	0,5 ml	Intra musculaire	Cuisse droite
VAR	0,5 ml	Sous cutanée	Deltoïde du bras gauche
VAA	0,5 ml	Sous cutanée	Deltoïde du bras droit
Td	0,5 ml	Intra musculaire	Deltoïde du bras gauche

- **Calendrier pour les interventions intégrées au PEV**

Contact	Cibles recommandées	Interventions recommandées
1	Femme en PPI	Vit A 200 000 UI
2	Enfant de 6-11 mois	Vit A 1ère dose 100 000 UI
3	Enfant de 12-59 mois	Vit A 2ème dose 200 000 UI
4	Enfant de 12-59 mois	Albendazole
5	Femme enceinte à partir du 6 ^{ème} mois de grossesse	Fer Acide Folique
6	Enfant de 0 -11 mois ayant reçu le Penta 3	MIILDA

II. ANALYSE DE SITUATION PAR COMPOSANTE DU SYSTÈME DE VACCINATION

L'analyse de situation sur la base de FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités et menaces) lors de la revue du programme PEV de 2017 se présente ainsi qu'il suit.

2.1. Prestation et offre de services de vaccination

Des 842 formations sanitaires fonctionnelles, 363 soit 43 % offrent la vaccination en routine (HeRAMS 2016). La plupart de ces centres PEV sont gérés par du personnel non qualifié, notamment des agents de santé communautaires. En effet, il est prévu dans tous les centres PEV des séances journalières de vaccination en stratégie fixe et une séance de vaccination en stratégie avancée par mois. Mais dans la pratique, tous les centres ne vaccinent pas tous les jours et tous les antigènes ne sont pas administrés lors des séances de vaccination.

L'évolution de la couverture vaccinale en Penta3 et VAR et du taux d'abandon au niveau national de 2007 à 2016 en RCA est résumé dans la figure ci-dessous.

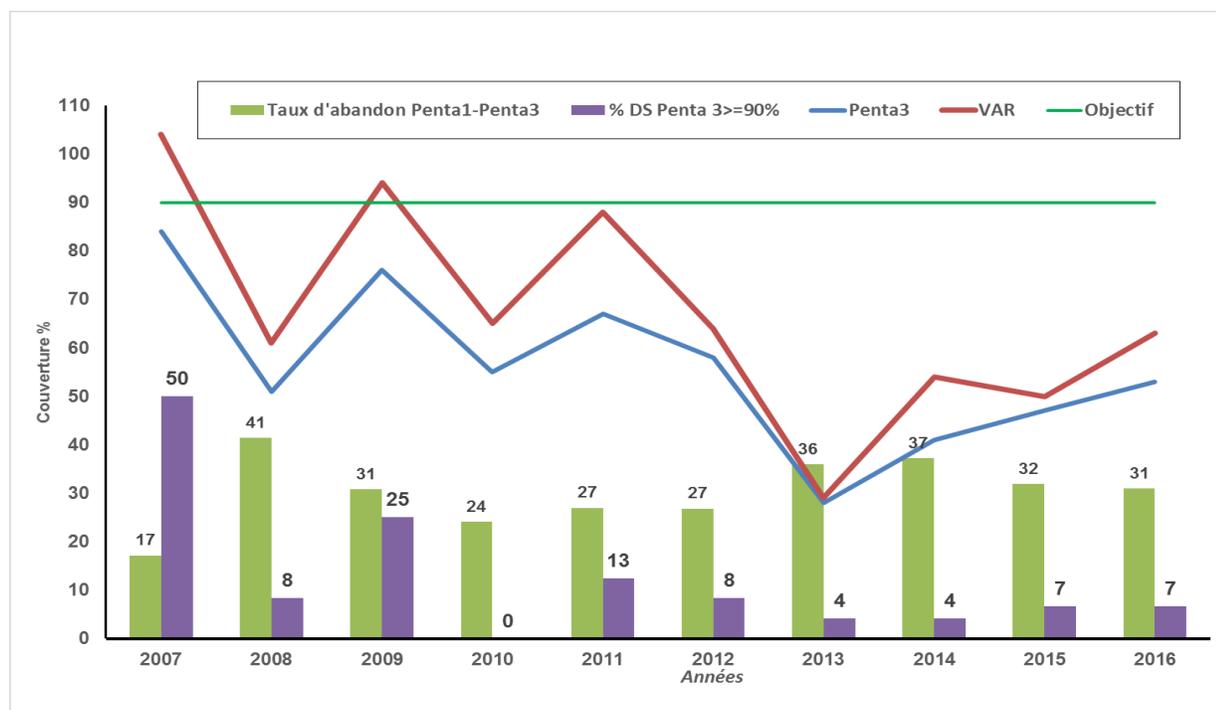


Figure 5 : Tendances de la couverture vaccinale et du taux d'abandon au niveau national de 2007 à 2016 en RCA.

- **Couverture en Penta3 et taux d'abandon Penta1-Penta3 de 2014 à 2016 en RCA**

Indicateurs	2014	2015	2016
CV DTC-HepB-Hib3	41%	47%	54%
% Districts avec DTC-HepB-Hib3 ≥ 80%	1%	0%	17%
Taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3	37%	28%	32%
% Districts avec taux d'abandon > 10%	99%	93%	99%

Source : DSEIV

Il ressort de ses résultats qu'aucun objectif de couvertures fixé n'a été atteint de 2014 à 2016.

2.1.1. Forces

- L'analyse des données administratives montre une augmentation progressive de la couverture vaccinale en penta 3 passant de 41% en 2014 à 54 % en 2016.

2.1.2. Faiblesses

- Le pays présente une faible couverture vaccinale. En effet, les analyses ont indiqué qu'en 2015 et 2016, respectivement 100% et 83 % de districts sanitaires ont une couverture vaccinale en penta3 inférieure à 80%. Cette situation est observée aussi bien dans les districts sanitaires accessibles que ceux qui sont inaccessibles suite au conflit armé ;
- Il est observé des taux d'abandon spécifiques pent1/penta3 supérieur à 10% dans 99 % de districts sanitaires du pays en 2016. Ceci se voit aussi bien dans les districts accessibles que dans ceux inaccessibles ;
- Le nombre d'enfants non vaccinés en penta3 est également aussi élevé dans les régions accessibles qu'inaccessibles ;
- Les données montrent une offre de services très limitée et une faible utilisation de services. L'offre limitée de service est expliquée par une faible couverture en centres PEV (En 2017, 53% fosa font la vaccination sur l'ensemble du pays et 34% des centres PEV sont opérationnels dans les 5 régions sanitaires visitées), les occasions manquées de vaccination (la vaccination ne se fait pas au quotidien dans toutes les fosa visitées), une mise en œuvre très limitée de la stratégie avancée (seules 6 fosa sur 20 visitées). La faible utilisation de services est relative à un manque d'un système efficace de la recherche des perdus de vue.

2.1.3. Opportunités

- Présence de plusieurs ONG et OSC intervenant dans le domaine du PEV au niveau opérationnel ;
- Présence des sous-bureaux de l'OMS et de l'UNICEF à l'intérieur du pays ;
- Présence des consultants (nationaux et internationaux) de l'OMS en appui au PEV.

2.1.4. Menaces

- Insécurité ;
- Insuffisance de financement des activités de la vaccination ;
- Mauvaise état des infrastructures routières rendant difficile l'accès à certaines zones

2.2. Gestion du programme

2.2.1. Forces

- Existence d'un CCIA et un CTA-PEV fonctionnels : 4 réunions de CCIA ont été tenues en 2016 ;
- Disponibilité des plans de travail annuels 2015 et 2016 du PEV dérivant du PPAc.

2.2.2. Faiblesses

- Le CCIA se réunit, dans la majorité de cas, en sessions extraordinaires pour valider les documents des soumissions aux bailleurs et ne tient pas des réunions ordinaires pour le suivi de la mise en œuvre du PPAc et le plan opérationnel annuel. Il est aussi noté une insuffisance de suivi des recommandations du CCIA ;
- Le CTA-PEV n'intègre pas les ONG qui appuient les activités de vaccination dans les districts sanitaires de manière exhaustive;
- Le processus de planification n'est pas inclusif et n'associe pas toutes les parties prenantes (ONG, OSC, ministère du plan) ;
- Insuffisance de leadership/coordination au niveau national, régional et district ;
- Le pays ne dispose pas d'un document de politique nationale et normes sur la vaccination ;
- Les populations cibles du PEV ne sont pas fiables car elles sont tirées du recensement de 2003 (plus de 14 ans) auquel il est appliqué un taux d'accroissement ;
- Absence de Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination ;
- La mise en œuvre des activités programmées est souvent perturbée suite à la centralisation des procédures administratives au niveau du ministère.

2.2.3. Opportunités

- Présence de plusieurs ONG et OSC intervenant dans le domaine du PEV au niveau opérationnel ;
- Présence des sous-bureaux de l'OMS et de l'UNICEF à l'intérieur du pays ;
- Présence de consultants (nationaux et internationaux) de l'OMS en appui au PEV.

2.2.4. Menaces

- Insuffisance de financement des activités de la vaccination ;
- Mauvaise état des infrastructures routières rendant difficile l'accès à certaines zones

2.3. Approvisionnement, qualité de vaccin et logistique

L'analyse de situation de la gestion des vaccins et consommables, de la Chaîne du froid et de la logistique du PEV au cours des (3) trois dernières années est faite en fonction des composantes suivantes :

- Les ressources humaines ;
- La gestion des vaccins ;
- La gestion de la chaîne du froid ;
- La sécurité des injections ;
- La gestion des déchets ;
- Le transport et infrastructures.

2.3.1. Ressources Humaines

La chaîne d'approvisionnement en vaccins ainsi que tout le PEV en RCA souffre d'une insuffisance en ressources humaines nécessaires pour la mise en œuvre des activités. L'analyse de cette composante met en évidence les points ci-dessous :

- Plus de la moitié (51%) de centres de santé du pays sont gérés par les agents de santé communautaires formés sur le tas ;
- Insuffisance de formation du personnel en gestion du PEV (9/10 soit 90% de personnel de districts visités pendant la revue externe de 2017 et 12/20 soit 60 % de personnel des FOSA ne sont pas formés en PEV) ;
- Le niveau de supervision est très faible (aucune région, aucun district et aucune Fosa n'ont été supervisés quatre (04) fois en 2016). Pour les quelques visites de supervision, très peu ont fait l'objet d'un feedback écrit (seulement 10% de districts, 20% des centres de santé ont reçu un feedback écrit à la suite d'une supervision) ;
- Les termes de référence du responsable de PEV ne sont pas disponibles.
- Tous ces constats ne contribuent pas à faire fonctionner la chaîne d'approvisionnement d'une manière optimale.

2.3.2. Gestion de vaccins

L'analyse de ce volet comprend les procédures d'approvisionnement, de stockage, de distribution, la mise en œuvre ainsi que les mécanismes de suivi et d'utilisation des intrants à tous les niveaux.

Au niveau central, l'estimation des besoins annuels en vaccins et consommables se fait à travers l'outil électronique « Immunization Forecast-Tool » puis la commande est placée à travers le compte de l'UNICEF. La méthode d'estimation des besoins est celle de la population cible, qui prend en compte le calendrier vaccinal, les taux de perte, et les objectifs de couverture par antigène du programme. Le financement des vaccins est assuré par l'UNICEF et Gavi. Le pays contribue avec le co-financement de certains vaccins (DTC-HepB-Hib, PCV13, VAA et MenA) à l'achat des nouveaux vaccins et les vaccins sous utilisés. A cet effet une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables a été inscrite au budget de l'Etat avec un décaissement par année. Un protocole d'accord est

signé entre l'Etat et l'UNICEF pour la fourniture des vaccins et consommables et autres intrants.

Au niveau central, La gestion des stocks est informatisée à travers l'Outil « Stock Management Tools »(SMT).

Le circuit et le rythme d'approvisionnement théorique des vaccins et consommables prévoit le ravitaillement des dépôts PEV comme suit :

- le niveau central approvisionne les dépôts de districts tous les (3) trois mois. ;
- les centres de santé s'approvisionnent au niveau des districts selon un rythme mensuel.

Cependant, Il faut noter que ce rythme n'est pas toujours respecté compte tenu de l'insuffisance de moyens de transports et des ressources financières à tous les niveaux, ajouté à cela les conditions sécuritaires du pays. Ce qui explique parfois les ruptures en vaccins dans les points de prestations de service de vaccination.

Au cours des (3) trois dernières années (2015-2017), le pays a enregistré des ruptures en vaccins (BCG, VPOb, VPI, VAR) liées d'une part au retard de livraison et d'autre part par la pénurie mondiale en ce qui concerne le VPI.

Il n'existe pas un système de suivi des taux de perte d'où l'absence de plan de réduction des pertes. Par ailleurs des difficultés dans la collecte des données permettant le calcul des taux de perte demeurent toujours. En ce qui concerne le rangement des vaccins et seringues, ils sont rangés selon les numéros de lot dans les chambres froides et les magasins sec au niveau central à la DSEIV. Les sorties des vaccins et consommables se font selon le principe « 1er expire, 1er sorti » même si quelques insuffisances restent encore à corriger. Des bordereaux sous forme de carnets auto-carbonés sont utilisés pour la livraison des intrants.

Au niveau District et centre de santé, la gestion est manuelle avec des registres manuels de gestion des stocks. On note cependant une rupture des outils de gestion (registres de gestion des vaccins, bons de commandes, bordereaux de livraison, fiches de relevé de température). Avec l'introduction du MenA en juin 2016 et du Rota en Janvier 2018, la révision et la reproduction de de ces outils sont déjà planifiées.

Pour le suivi des normes de conservation des vaccins, au niveau central (3) trois enregistreurs continus de températures (BEYOND WIRLESS) ont été installés au niveau des chambres froides. Une cartographie des chambres froides a été réalisée en 2017 mais quelques difficultés ont été relevées dans l'exploitation des données.

Deux mille (2000) instruments de monitoring de la CdF (Fridge-Tag2) ont été acquis et distribués aux formations sanitaires et aux districts. Il est à noter que depuis 2014 il n'y a pas des supervisons des agents chargés de la gestion du PEV aux niveaux intermédiaires et périphériques.

Le suivi de taux de perte des vaccins est intégré dans le système de gestion de la vaccination de routine. Les données essentielles sur l'utilisation des vaccins et consommables sont incluses dans les rapports mensuels de vaccination.

2.3.3. Gestion de la chaîne du froid et maintenance

En 2016, un inventaire exhaustif des équipements de la CdF a été réalisé par la DSEIV en collaboration avec les partenaires techniques et financiers du PEV.

Cet inventaire, a permis de faire l'analyse de la situation des équipements chaîne du froid à tous les niveaux.

Le niveau central dispose de cinq (5) chambres froides dont trois (03) positives de 30 m³ et deux (02) négatives de 20 m³. Toutes les chambres froides au niveau central ont un âge moyen de 3 ans. La GEV de 2016 a montré que les capacités en réfrigération et en congélation au niveau central sont satisfaisantes même avec l'introduction des nouveaux vaccins tels que le MenAfrivac en 2017 et le rota prévu en 2018.

Au niveau régional la RCA compte un seul niveau d'approvisionnement fonctionnel (RS7) qui éprouve de problèmes de capacité de stockage.

Cependant le pays compte créer trois (03) dépôts régionaux et le renforcement des capacités de celui de la RSN°7 afin de desservir efficacement les trente-cinq (35) Districts Sanitaires. Pour cela, l'acquisition de deux (2) chambres froides de 10m³, trois (3) congélateurs TFW 40 SDD, trente-un (31) réfrigérateurs TCW 2043 SDD d'ici à 2022 est nécessaire selon l'outil Epi- Forecasting Tool.

Au niveau district le pays a entrepris un nouveau découpage qui a augmenté le nombre de districts à 35 contre trente les années antérieures. Ce qui augmente également le nombre de dépôts de districts sanitaires à 35. L'analyse de l'inventaire indique le besoin de remplacer 33 réfrigérateurs. Les capacités additionnelles montrent un GAP de 31 litres en 2017 à 1603 litres en 2022. Pour combler ce gap il faut l'acquisition d'équipement supplémentaire.

Aux points des prestations de service, l'inventaire réalisé en 2016 et actualisé en Juillet 2017 a recensé 534 formations sanitaires qui offrent des services de vaccination dont 370 avec équipements de la chaîne du froid et 164 sans équipements de la chaîne du froid. La quasi-totalité des unités de vaccination ne disposent pas du réseau électrique (93%). Certains centres de santé vaccinent en utilisant l'option de la chaîne du froid rapide pendant les AVS. Selon l'analyse du fichier inventaire, il serait nécessaire de remplacer 486 réfrigérateurs dont 77% à pétrole et doter 80 unités de vaccination en équipements PQS de la chaîne du froid.

En effet, dans le cadre de la soumission à la Plateforme pour l'Optimisation des équipements de la CdF, l'évaluation des capacités de stockage a été actualisée à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. En matière d'optimisation des équipements de la CdF, la RCA en collaboration avec les partenaires techniques et financiers a soumis un dossier à Gavi pour l'acquisition de :

- 391 réfrigérateurs
- 2 congélateurs
- 8 glacières à longue durée de conservation
- 569 fridge-tag 2.

En ce qui concerne la maintenance CdF, elle est assurée par la Direction du Développement des infrastructures sanitaires. Cependant, les missions de supervisions et de maintenance sont irrégulières par manque de financement adéquat et d'insuffisance du personnel compétent dans ce domaine. Dans le cadre de l'accord de coopération UNICEF-RCA, un contrat de maintenance préventif a été signé avec une entreprise sous régionale¹ pour l'entretien des chambres froides et du groupe électrogène au niveau du dépôt central. Cette entreprise exécute de manière périodique (tous les six mois) la maintenance préventive des équipements.

Au regard des difficultés constatées dans le délai d'intervention de la société sous régionale contractée, il est souhaitable d'envisager un contrat avec une société locale pour une réponse urgente aussi bien préventive que curative.

Malgré la formation des (25) vingt-sept agents en 2015 et 2016 sur la maintenance et l'installation des équipements solaires les activités de la maintenance ne sont pas suffisamment organisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Avec l'acquisition et le déploiement des réfrigérateurs à énergie solaires en 2014-2016, les districts sanitaires ont été équipés en kits pour la maintenance préventive et curative.

Face à ces insuffisances relevées, il est important d'insister sur la mise en place d'une politique de maintenance préventive et curative pour le PEV.

C'est dans cette optique que le plan de maintenance des équipements de la chaîne de froid du PEV élaboré dans le cadre du CCEOP doit être mis œuvre à partir de 2018.

Les résultats de l'inventaire (2016) montrent que 93% des centres de santé sont sans électricité. La source d'énergie la plus importante dans le fonctionnement des équipements de la CdF est le pétrole (64%). L'énergie solaire est à 33%. Cependant l'approvisionnement adéquat et continu en pétrole reste un problème majeur qui compromet la fiabilité de la CdF à l'intérieur du pays.

2.3.4. Gestion des transports et infrastructures

Au niveau central, le PEV dispose d'un véhicule 4X4 et d'un camion frigorifique amorti (depuis 2002) dont la réfrigération ne fonctionne plus. La direction du PEV fait souvent recours aux locations de véhicules et aux vols UNHAS et parfois aux partenaires pour les ravitaillements des préfectures/districts en vaccins et autres matériels.

Au niveau des districts et centres de santé, la plupart des véhicules et motos ont été pillés pendant la crise que traverse le pays depuis 2013. Cependant au cours de l'année 2017, les districts ont été dotés en véhicules 4X4 (27), 25 motos (2016) et 194 (2015) bicyclettes

pour le renforcement du système de santé. Malgré toutes ces acquisitions, la DSEIV a souvent fait recours aux agences humanitaires pour la distribution des vaccins.

Au niveau prestation de service, ce sont les bicyclettes qui sont utilisées pour les activités de vaccination en stratégie avancée, l'approvisionnement en vaccins et autres intrants du PEV.

Des problèmes liés au transport, on peut retenir l'insuffisance d'un inventaire exhaustif des moyens de roulants, l'absence d'une politique de maintenance pour assurer l'entretien régulier et le renouvellement de ce matériel. Plus de moyens de transport sont encore nécessaires pour relancer et appuyer les activités en stratégie avancée, mobile et le suivi de la vaccination.

2.3.5. Sécurité des injections et gestion des déchets

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

- Disponibilité de matériels d'injection ;
- L'utilisation correcte du matériel d'injection stérile et à usage unique ;
- L'observation des pratiques d'injection sans risque ;

Le matériel d'injection se compose de seringues autobloquantes (SAB 0,05ml, SAB 0,5ml), les seringues de reconstitution ou dilution (SAD 10ml, SAD 5ml, SAD 2ml), les boîtes de sécurité (BS). La distribution et l'utilisation du matériel d'injection respecte la politique de l'offre groupée de fournitures « Bundling Policy) à tous les niveaux :

- Une seringue autobloquante pour une dose de vaccin ;
- Une seringue de dilution pour un flacon de vaccin lyophilisé;
- Une boîte de sécurité pour 100 seringues usagées.

Au regard de ces exigences la RCA ne dispose pas de politique de sécurité d'injection ni des PON de gestion des déchets issus des activités de vaccination. Les ruptures de stocks en matériel d'injection (seringues BCG) ont été notifiées par le niveau central.

La plupart des centres de santé qui vaccinent utilisent la méthode de «brulis» et «d'enfouissement» pour la destruction des déchets. Certaines formations sanitaires utilisent les incinérateurs type « De Montfort » construits par certaines ONGs sur le terrain.

Concernant la surveillance des Manifestation Adverse Post Immunisation (MAPI), elle est d'une manière générale timide dans la vaccination de routine et active lors des AVS. Un comité de gestion des MAPI a été désigné lors de l'organisation de la campagne de vaccination contre méningite A (MenA) en 2016.

2.3.6.Évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins

En 2016, une évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins a été conduite. Elle a porté sur un échantillon de 33 sites dont le dépôt du niveau central, 01 dépôt régional, 14 dépôts de district et 17 centres de prestation de service. L'échantillonnage a été fait selon la méthodologie élaborée par la GEV en considérant un intervalle de confiance de 80% et une

précision de $\pm 10\%$. Les questionnaires en copie dure ainsi que les copies électroniques ont été transmises aux évaluateurs pour la collecte des données. Les questionnaires électroniques remplis, préalablement vérifiés par les superviseurs ont été transmis par courriel par les évaluateurs et importés dans l'outil GEV. Les neuf domaines (critères) de la Gestion Efficace des Vaccins ont été évalués. La période considérée pour cette évaluation est celle allant du 1er Décembre 2014 au 30 Novembre 2015. 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 en RCA. L'analyse du rapport de synthèse générée par l'outil donne les résultats suivants :

République Centrafricaine - niveaux chaîne d'approvis					Score global
Critères GEV	National	Regional	District	Service	
Score global	69%	42%	56%	48%	54%
E1: Procédures d'Arrivage de Vaccin	41%				41%
E2: Monitoring de Température	49%	71%	64%	59%	60%
E3: Capacité de storage	84%	44%	68%	61%	62%
E4: Batiments, équipement, transport	77%	77%	72%	61%	72%
E5: Maintenance	95%	45%	52%	47%	57%
E6: Gestion de stock	72%	63%	56%	43%	57%
E7: Distribution	81%	46%	41%	56%	54%
E8: Gestion vaccin	86%	100%	84%	75%	85%
E9: SIG & fonctions d'appui	78%	14%	40%	25%	32%
Catégories GEV					
Légende:			Echantillonnage:		
80% & plus: Suivi & maintenance			Niveau de confiance: 80%		
60% à 80%: Plan d'amélioration			Précision: +/- 10%		
moins de 60%: Action urgente					

Commentaires : Les résultats ci-dessus montrent les performances obtenus de différents niveaux en rapport avec les critères et catégories évalués au cours de la GEV de 2016. Ainsi au niveau central:

a) Niveau central

Sur les 9 critères applicables, 4 ont atteint le score minimal de 80% comme recommandé par l'OMS. Il s'agit notamment des critères ci-après :

- Critère, E3 relatif aux capacités de stockage qui présente un score de 84% ;
- Critère, E5 relatif à la maintenance avec un score de 95% ;
- Critère, E7 relatif à la distribution ayant un score de 81% ;
- Critère, E8 relatif à la gestion des vaccins avec un score de 86% ;

Les autres critères présentent des scores qui varient entre 41% pour E1 (arrivage de vaccins) et 78% pour E9 (SIG et fonctions d'appui).

b) Niveau régional

A l'exception de la Région Sanitaire No7, le niveau régional n'est pas impliqué dans le système d'approvisionnement en vaccins de routine et de ce fait ne dispose pas de dépôt de stockage de vaccins. L'approvisionnement des districts est fait directement par le niveau

central et les districts approvisionnent les centres de santé. Les résultats obtenus sont donc relatifs au seul dépôt de la Région Sanitaire No7.

Sur les 8 critères applicables à ce niveau, seul le critère E8 relatif à la "Gestion des vaccins" a obtenu un score de 100%, les autres critères n'ont pas atteint le score minimum de 80% comme recommandé par la GEV et varient entre 14% pour E9 relatif au " SIGL, Fonctions d'appui" et 77% pour E4 relatif aux "Bâtiments".

c) Niveau district

Au niveau du district sanitaire, sur les 8 critères applicables un seul a atteint l'objectif de 80%, il s'agit du critère E8 (Gestion des vaccins) avec 84%. Les autres critères (E2, E3, E4, E5, E6, E7 et E9) n'ont pas atteint l'objectif fixé.

d) Niveau prestation de services

Aucun des critères n'a été atteint l'objectif 80%.

Cette évaluation est suivie d'un inventaire exhaustif de la CdF et de l'élaboration du plan de réhabilitation. Le plan de réhabilitation/remplacement des équipements chaîne du froid a planifié l'acquisition des équipements CdF sur une période de 5 ans (2018-2022).

Pour les besoins en équipements de la première année du plan en 2018, les acquisitions ont pris en compte les besoins exprimés dans le CCEOP dont le plan de déploiement est étalé sur deux ans (2019-2020) selon les priorités et mesures sécuritaires qui prévalent dans le pays.

Tableau VVII : Besoins en équipements supplémentaires aux différents niveaux du système de santé de 2018 – 2022

Niveau	Types d'équipements	2018	2019	2020	2021	2022	Total Equipements
Total Centres PEV	Dometic TCW 2043 SDD	426	24	47	16	19	532
Districts	Dometic TCW 2043 SDD	28	4	16	13	4	65
	Congelateur TFW 40 SDD	35	10	10	10	5	70
Total (4) Depots Regionaux	Chambre Froide Positive 10m3	2	1	1			4

	Congelateur TFW 40 SDD	4	4	4	4		16
TOTAL EQUIPEMENTS		495	43	78	43	28	687

Le tableau ci-dessus récapitule les besoins en équipements supplémentaires aux différents niveaux du système de santé de 2018 – 2022 selon le plan de réhabilitation à travers l'outil « Epi Log forecasting ».

Estimation des besoins en matériel de la chaîne du froid passive.

Selon « Epi Log forecasting », un besoin de 90 caisses isothermes de type Large est nécessaire dans les bases de districts sanitaires pour le transport des vaccins.

Optimisation des Équipements CdF (CCEOP)

Dans le cadre du renforcement des équipements de la CdF, la RCA a soumis avec succès sa demande à la Plateforme d'Optimisation GAVI au mois de novembre 2017. Le besoin en chaîne de froid estimé pour la plateforme est présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau VIII : Besoins en équipements de la CdF par niveau de 2019 à 2020.

Niveau	Types d'équipements	2019	2020	Total Equipements
Total des points de prestation	B Medical TCW 2043 SDD	10	0	10
	B Medical TCW 40 SDD	53	0	53
	B Medical TCW 15 SDD	308	0	308
	ARKTEK YBC-5	8	0	8
Districts/Préfectures/ Circonscriptions Sanitaires	B Medical TCW 2043 SDD	12	8	20
	Congelateur TFW 40 SDD	2	0	2
TOTAL EQUIPEMENTS		393	8	401

Le besoin tient compte des gaps identifiés pendant l'inventaire (l'outil d'Analyse des Gaps-OMS 2016) mais également de l'extension de la couverture géographique (Outil des prévisions-OMS version de juillet 2017).

Afin de recycler les accumulateurs de froid pour les activités de vaccination dans certains centres PEV il est prévu de doter les dépôts régionaux en 16 congélateurs de marque TFW 40 SDD et les bases de districts sanitaires en 70 congélateurs de même marque.

Pour assurer le suivi des températures des vaccins, et dans le souci de renouveler le stock, le pays aura besoin d'acquérir un certain nombre de matériels de monitoring de température qui sont en cours d'utilisation.

- **Besoin en outils de suivi de température**

Outils de Monitoring de température	Nbre
Fridge Tag 2	569
Ice 3 (Model BC 140)	6

Le CCEOP ne prend pas en compte tous les besoins du pays notamment les chambres froides, les glacières, les porte vaccins, les matériels roulants.

2.3.7. Forces

- Organisation de la GEV en 2016 suivi de l'élaboration d'un plan d'amélioration ;
- Capacité de stockage de la chaîne de froid suffisant pour les besoins actuels et futurs en vaccins au niveau central ;
- Fiche de relevé de température à jour au niveau central ;
- 100% de bases de districts disposent d'une chaîne de froid fonctionnelle.
- Existence des outils de gestion (Révision des outils de gestion de gestion des vaccins et consommables);
- Disponibilité des matériels individuels d'injection et des boîtes de sécurité dans les FOSA ;
- Disponibilité d'un plan national de réhabilitation des ECF ;
- Acquisition de véhicules 4X4 et de moto, vélos pour les districts et les unités de vaccination par l'UE et la BM ;
- Installation de 194 réfrigérateurs solaires.

2.3.8. Faiblesses

- Couverture insuffisante en équipements de chaîne de froid (6 régions sanitaires sur 7 et 40% de fosa visitées sont sans CDF) ;
- Fréquentes ruptures de stock en pétrole entraînant l'interruption de la chaîne de froid (aucun approvisionnement en pétrole n'a eu lieu depuis janvier 2017 jusqu'au moment de la revue externe : 64 % des ECF sont à pétrole) ;)
- Faible capacités du personnel pour estimer les besoins en vaccins ;
- Registre de stock des vaccins disponibles mais non à jour au niveau central, dans 60% de districts et 70% de fosa visités ;
- Inexistence d'un système de monitoring de perte en vaccin dans le pays ;

- Existence d'un seul générateur de secours datant de plus de 10 ans sans mécanisme de démarrage automatique ;
- Système de gestion des MAPI n'est pas fonctionnel pour le PEV de routine ;
- Personnel des fosa élimine les déchets de la vaccination par des mauvaises pratiques d'élimination qui sont par ailleurs très dangereuses.
- Faible couverture en équipements de chaîne de froid PQS,
- Absence des documents de Procédures Normalisées au niveau des districts,
- Faible capacités du personnel logistique ;
- Insuffisance dans le remplissage des outils de gestion ;
- Non mis en œuvre du plan de maintenance;
- Insuffisance de supervision formative pour les activités de logistique et de maintenance ;
- Inexistence d'une politique nationale sur la sécurité des injections;
- Inexistence d'un plan de gestion des déchets issus des activités de vaccination ;
- Vétusté de camion frigorifique du PEV (plus de 15 ans) ;
- Absence de camions pour la distribution des consommables ;
- Manque de véhicule 4x4 pour la supervision et des missions de maintenance ;

2.3.9. Opportunités

- Disponibilité des partenaires techniques et financiers et l'accompagnement des ONG humanitaires ;
- Financement Gavi RSS2 : Recrutement du personnel complémentaire
- Financement de Gavi dans le cadre de la soumission à la plateforme CCEOP en septembre 2017 pour acquérir des équipements de chaîne de froid.
- Soutien de Gavi pour les nouveaux vaccins

2.3.10. Menaces

- Situation sécuritaire précaire.

2.4. Suivi/évaluation et Surveillance

2.4.1. Forces

- Le pays présente de bonnes performances pour les principaux indicateurs de la surveillance des maladies- cibles du PEV (PFA, rougeole, fièvre jaune) ;
- Un monitoring mensuel conjoint (PEV RCA, OMS pays/Région, UNICEF pays /Région, GAVI) de la mise en œuvre du plan annuel de travail du PEV est fait par téléconférence ;
- Il se tient, au niveau central, une réunion mensuelle d'harmonisation et de validation des données de la vaccination de routine et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

2.4.2. Faiblesses

- Très faible promptitude des rapports mensuels PEV (11 % de taux de rapports de districts au niveau central en 2016) ;

- Faible qualité des données objectivée par des discordances des données selon différentes sources (routine, Estimations OMS-UNICEF, enquête, DQS) ;
- Insuffisance de feedback des rapports mensuels PEV transmis (85% de FOSA visitées n'ont pas reçu de feedback et aucun DS n'a reçu de feedback) ;
- Une faible capacité d'analyse des données de PEV (75 % de fosa visitées n'ont pas de diagramme de suivi de couverture vaccinale à jour et ne sont pas capables de l'interpréter, 60% pour les Régions visitées et 40 % pour les districts) ;
- Tenue irrégulière des réunions de coordination du PEV et de la surveillance épidémiologique intégrée en 2016 (0% des réunions au niveau central, 40% au niveau régional et 20% au niveau district) ;
- Faible disponibilité des outils de gestion du PEV à tous les niveaux ;
- Non intégration des données de vaccination Men A dans les outils de gestion ;
- Retard de financement des indemnités des points focaux et des membres des comités polio (aucun paiement depuis janvier 2017) ;
- Manque de moyens de fonctionnement (pas de connexion internet, pas de financement pour la supervision, pas d'imprimante notamment au niveau central) ;
- Multiplicité des bases des données de surveillance de méningite bactérienne (Complexe pédiatrique de Bangui, laboratoire national de Biologie clinique et de santé publique, service de surveillance épidémiologique) ;
- Absence d'une fiche harmonisée pour les cas de méningite bactérienne.

2.4.3. Menaces

- Dépendance du financement extérieur de la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

2.5. Communication sociale et génération de la demande

2.5.1. Forces

- Le nouvel Organigramme du Ministère de la Santé et de la Population² de la RCA qui a pris effet à compter du 23 novembre 2016, définit une structuration de la communication qui est de nature à favoriser son développement et sa coordination opérationnelle s'il est effectivement mis en application
- L'existence d'une Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la santé , avec un Service d'IEC, sous la DGPEs (chargée de coordonner les activités de Communication et de la Mobilisation sociale en appui aux programmes de santé y compris le PEV) et d'un Service de la Santé Communautaire constitue un atout important qui pourrait permettre si ces services sont rendus opérationnels, de concilier le renforcement du système communautaire par la revitalisation des Soins de Santé primaires avec la communication éducative et la communication sociale. Il y a un Service de la Communication au Cabinet du Ministre;
- Rapport de l'analyse de la situation de la communication en appui au programme Elargi de vaccination (PEV) de la République Centrafricaine 2017,

² Décret N°16.389 Portant Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Population et fixant les Attributions du Ministre signé le 23 Nov. 2016.

- Plan de communication en faveur du PEV ;
- Rapport de la Revue Externe du PEV (2017).
- Les différentes stratégies de communication/mobilisation sociale sont bien développées dans le cadre des AVS ;
- L'implication des médias de proximité à appuyer les activités du PEV ;
- L'implication des ONG/OAC, Sociétés civiles, leaders communautaires et religieux ;

2.5.2. Faiblesses

- Le retard à l'application du nouvel organigramme au niveau des Directions Générales continue à entretenir un flou dans l'organisation de la communication PEV ;
- Absence au sein de la DSEIV d'une unité exclusivement en charge de la communication sociale et la génération de la demande comme il en est le cas pour les autres composantes du PEV ;
- Inexistence de structures communautaires permanentes de communication/mobilisation sociale au niveau décentralisé ;
- Insuffisance de plaidoyer auprès du Parlement et du Gouvernement portant sur la vaccination et les dépenses engagées y relatives (PPAC 2015-2017) ;
- Insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions de communication sociale et génération de la demande aussi bien au niveau régional, au niveau du district et de la FOSA ;
- Persistance de la tendance à privilégier la diffusion de messages « messaging » au détriment d'une approche C4D visant une communication pour le changement individuel, social, et la participation communautaire ;
- Implication insuffisante des leaders d'opinion, des hommes politiques et des communautés ;
- Points focaux désignés au niveau de la région et du district ne font rien pour la communication en faveur de la vaccination de routine ;
- Non appropriation par les districts sanitaires du Plan Stratégique de Communication en faveur de la Survie et le Développement de l'enfant élaboré et validé depuis novembre 2014 ;
- Non systématisation au niveau des formations sanitaires, des séances de sensibilisation /d'éducation organisées à l'intention des usagers. Les rares centres qui disent faire des séances de sensibilisation ne disposent d'aucun support, n'ont jamais été supervisés et aucun rapport sur ces activités n'existe ;
- Faible utilisation des services par les communautés ;
- Insuffisance des matériels audio visuels et de supports de communication adaptés ;
- Inexistence d'un Plan Intégré de Communication (PIC) des Districts sanitaires ;

- Faible ou non implication par les équipes cadres de district des acteurs locaux (CRC, MSF, CORDAID, OFCA, etc.) appuyant le système sanitaire dans la préparation, la mise en œuvre et le suivi des activités de communication liées au PEV de routine.

Toutes ces faiblesses traduisent le fait que très peu de choses sont réalisées en matière de communication sociale et génération de la demande pour la vaccination de routine.

2.5.3. Opportunités

- L'environnement de la communication qui est marqué par la présence de plusieurs médias publics et privés, un grand nombre de radios communautaires ayant de bonne couverture constitue une excellente opportunité pour renforcer la communication médiatique ;
- La présence des partenaires techniques et financiers en appui au pays dans le système de santé en général et la vaccination en particulier ;
- L'utilisation de la langue nationale SANGO par la presque totalité de la population est un atout indéniable pour la communication en matière de santé ;
- La présence des organisations confessionnelles des jeunes (Scouts, JEA, jeunesse musulmane, etc.), les organisations féminines (OFCA, Ouali-Gala) et les volontaires de la Croix Rouge sur l'ensemble du territoire national peuvent être capitalisée pour renforcer les stratégies de communication interpersonnelle (La disponibilité des 8 000 volontaires de la Croix Rouge RCA et des 32 000 Scouts sur l'ensemble du territoire national) ;
- La présence d'ONG internationales et nationales qui travaillent dans le domaine de la santé, de l'éducation et bien d'autres domaines et qui selon les besoins organisent des causeries éducatives ;
- La disponibilité des leaders communautaires et les élus locaux à participer à la mobilisation sociale ;
- L'existence des (4) sociétés de la téléphonie mobile est utile pour envoi des SMS sur la vaccination de routine ;
- Existence des groupes artistiques dans certaines régions (Nana Mambéré, Ouham, Bangui...) dont les comédiens peuvent véhiculer des messages clés sur la vaccination des enfants à travers leur sketch ;
- L'existence d'un partenariat entre l'Unicef et la radio Ndéké Luka pour la production et la diffusion de messages et d'émissions en rapport avec les questions de santé.
- La disponibilité des leaders des groupes d'armés par le canal du "Centre de Dialogue Humanitaire"(CDH) à appuyer les activités de vaccination.

2.5.4. Menaces

- Insuffisance de l'allocation des ressources dans le budget de l'Etat pour le financement des activités de communication/ mobilisation sociale en faveur de la vaccination ;

- Non appropriation par les communautés des bonnes pratiques en rapport avec la vaccination et avoir le réflexe de faire vacciner les enfants et les femmes enceintes selon le calendrier vaccinal en vigueur dans le pays.
- Non implication des tradi-praticiens dans le processus de planification et de mise en œuvre des activités de vaccination ;
- L'insécurité dans presque tout le pays.
- Absence d'une stratégie interne de mobilisation des ressources additionnelles pour la communication en faveur de la vaccination ;

2.6. Gestion de ressources humaines

2.6.1. Forces

- Appui des partenaires (OMS, Unicef, Gavi) en ressources humaines ;
- Les organigrammes prévoient les postes des responsables de PEV ;
- Existence d'une équipe dévouée au niveau de la DSEIV.

2.6.2. Faiblesses

- Insuffisance du personnel en quantité et en qualité au niveau de la direction du PEV
- Plus de la moitié (51%) de centres de santé du pays sont gérés par les agents de santé communautaires formés sur le tas ;
- Insuffisance de formation du personnel en gestion du PEV (9/10 soit 90% de personnel de districts visités et 12/20 soit 60 % de personnel des FOSA ne sont pas formés en PEV) ;
- Niveau de supervision est très faible (aucune région, aucun district et aucune fosa n'ont été supervisé 4 fois en 2016). Pour les quelques visites de supervision, très peu ont fait l'objet d'un feedback écrit (seulement 10% de districts, 20% des centres de santé ont reçu un feedback écrit à la suite d'une supervision) ;
- Les termes de référence du responsable de PEV ne sont pas disponibles en général.

2.6.3. Menaces

- Déplacement de personnel lié à la situation sécuritaire.

2.7. Financement de la vaccination

2.7.1. Forces

- Disponibilité d'une ligne budgétaire pour la vaccination dans la loi budgétaire de l'État ;
- Le salaire des agents de l'État est payé régulièrement (17/20 soit 85% de vaccinateurs des formations sanitaires visitées ont reçu régulièrement leur salaire du gouvernement en 2016).

2.7.2. Faiblesses

- La Direction du PEV est peu ou pas du tout associée au processus de préparation du budget national ;

- Le système d'information sur le financement du PEV est limité aux agrégats élaborés par les partenaires. Il n'existe pas une base de données détaillée permettant d'analyser les performances financières du programme ;
- Financement insuffisant du PEV par le gouvernement (tous les besoins exprimés ne sont pas pris en compte, Pas de fonds du Gouvernement pour la mise en œuvre de des activités de vaccination de routine, Pas des fonds disponibles pour la maintenance de la chaîne de froid) ;
- Faible taux de décaissement du financement de l'État (il a été de 18% en 2016) ;
- Il n'existe pas une stratégie interne de mobilisation des ressources additionnelles pour la vaccination ;
- Certains agents de santé communautaire vaccinateurs ne reçoivent pas leurs salaires dans certains centres de santé visités.

2.7.3. Opportunités

- Disponibilité des partenaires (OMS, UNICEF, GAVI, ONG, OSC...) pour le financement du PEV.

2.7.4. Menaces

- Forte dépendance du financement extérieur des activités du PEV par le gouvernement.

III.PRIORITES NATIONALES

A l'issue de l'analyse de la situation basée sur le résultat de la revue du PEV (y compris l'évaluation du PPAC 2015-2017), les principaux problèmes prioritaires identifiés sont résumés de manière suivante :

3.1. Les problèmes prioritaires par composante

- Les problèmes prioritaires du PPAC 2018-2022.

Composantes	Problèmes prioritaires
GESTION DU PROGRAMME	1. Faible capacité technique, managériale et programmatique des gestionnaires du PEV à tous les niveaux
	2. Faiblesse du mécanisme de suivi et évaluation du programme dans les DS/FOSA
	3. Faible qualité des données à tous les niveaux: faiblesse du système de collecte, de traitement, de la transmission et de l'utilisation des données de PEV de routine et de la surveillance
	4. Faiblesse de coordination du programme à différents niveaux
	5. Faiblesse de la micro planification, supervision, monitoring
	6. Inexistence de GTCV
	7. Insuffisance de plaidoyer auprès du Parlement et du Gouvernement portant sur la vaccination et les dépenses engagées y relatives
	8. Absence des documents de politique nationale de la vaccination
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	1. Insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines à tous les niveaux.
	2. Insuffisance de motivation des agents PEV
PRESTATIONS DES SERVICES	1. Nombre élevé d'enfants non atteints (Faible couverture vaccinale (45% en 2016)
	2. Persistance du taux abandon Penta1-Penta3 élevé (> 10%)
	3. Insuffisance des stratégies en faveur des populations défavorisées pour la vaccination
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	1. Faible réactivité du système de surveillance en termes d'investigation et de riposte
	2. Insuffisance de la surveillance des cas de MAPI
	3. Absence de système de rétro information et d'utilisation locale des données de surveillance

	4. Faible taux de promptitude et de complétude des rapports du Système de routine ;
	5. Faible application des dispositions de RSI
	6. Insuffisance de renforcement de capacité des acteurs et des laboratoires d'analyse
	7. Absence d'équipements informatiques, bureautiques et moyens roulants
LOGISTIQUE	1. Insuffisance dans la gestion des vaccins et consommables du PEV
	2. Faible couverture géographique en ECF adéquate
	3. Insuffisance dans la maintenance des équipements de la CdF à tous les niveaux ;
	4. Insuffisance dans la gestion des déchets ;
	5. Manque de moyens de transport pour les activités de la vaccination ;
COMMUNICATION	1. Faible utilisation des services de vaccination par les parents, gardiens d'enfants et les femmes enceintes ;
	2. Stratégies de communication/mobilisation non adaptées en matière du PEV de routine selon chaque contexte (équité, offre des services, géographiques, sécuritaires, socioculturelles, etc.)
	3. Absence d'une structure communautaire permanente de communication au niveau décentralisé (des districts sanitaires)
DURABILITE FINANCIERE	1. Faible mobilisation des ressources de l'État (< 5% en 2016)
	2. Le niveau d'attraction des ressources nationale est faible
	3. Les statistiques financières ne sont exhaustives

IV. VISION ET OBJECTIFS DU PPAC

La RCA s'aligne sur la Vision du plan d'action mondiale pour les vaccins (GVAP) qui est d'« améliorer la santé, d'ici à 2020 et au-delà, en donnant accès aux avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés, où ils sont et où ils vivent exempts des maladies évitables par la vaccination ».

4.1. Objectif général :

- Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination d'ici fin 2022.

4.2. Objectifs spécifiques :

4.2.1. Atteindre un taux de couverture vaccinale de tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022;

4.2.1.1. Cibles : Au moins 90% des enfants de 0 à 11 mois, des femmes enceintes sont vaccinés contre les maladies évitables par la vaccination d'ici fin 2022.

4.2.1.2. Axes d'intervention :

- Augmenter la proportion des Fosa offrant les services de vaccination de 43% (niveau de 2016) à 80% d'ici fin 2022 ;
- Améliorer la chaîne d'approvisionnement en vaccins et assurer une offre de service de qualité ;
- Introduire des nouveaux vaccins (antirotavirus en 2018, le vaccin contre le papillomavirus humain en 2020 et le vaccin contre l'Hépatite B à la naissance en 2022) ;
- Réduire le taux d'abandon Penta1-Penta3 à moins de 10% ;
- Assurer la disponibilité des vaccins et autres intrants en quantité suffisante ;
- Améliorer la capacité de stockage à tous les niveaux ;
- Réduire à moins de 20% l'écart entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles.

4.2.2. Maintenir l'arrêt de la transmission du poliovirus jusqu'à la certification de l'éradication régionale en 2018 ;

4.2.2.1. Cibles : Aucun cas de polio virus sauvage n'est détecté chez les enfants de 0 à 15 ans d'ici 2022 ;

4.2.2.2. Axes d'intervention :

- Maintenir le statut de Pays libre de Poliomyélite;
- Maintenir les indicateurs de certification de la surveillance active des PFA ;
- Rendre effectif le confinement de tous les poliovirus en laboratoire d'ici la fin de 2018;
- Finaliser le plan national de transmission des acquis de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite d'ici la fin de 2018.

4.2.3. Éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.

4.2.3.1. Cibles : Atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé de 1 pour 100000 personnes d'ici 2022

4.2.3.2. Axes d'intervention :

- Atteindre une couverture par le VAR \geq 95 % au niveau national et des districts et une couverture des AVS d'au moins 95 % dans tous les districts ;
- Introduire le vaccin contre la rubéole d'ici la fin de 2020.

4.2.4. Atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination

4.2.4.1. Cibles : Réduire l'incidence des autres maladies évitables par la vaccination d'ici 2022 conformément aux normes admises.

4.2.4. 2.Axes d'intervention :

- Renforcer le système de surveillance du TMN, Fièvre jaune, méningite et l'hépatite B d'ici 2022 ;
- Atteindre et maintenir l'élimination du tétanos maternel et néonatal d'ici la fin de 2022;
- Atteindre une couverture vaccinale contre la fièvre jaune \geq 80 % d'ici la fin de 2022;
- Introduire le vaccin antirotavirus dans la vaccination systématique dans le reste des districts sanitaires d'ici la fin de 2018 ;
- Introduire une dose à la naissance de vaccin anti hépatite B d'ici la fin de 2020.

- Objectifs nationaux et par étapes du PPA

Objectifs de couverture vaccinale	Antigènes	Année de référence	Étapes				
		2016	2018	2019	2020	2021	2022
Atteindre un taux de couverture vaccinale de tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022	BCG	62%	80%	90%	92%	94%	95%
	Hépatite B à la naissance						50%
	DTC-HepB+Hib1	79%	80%	90%	92%	94%	95%
	VPO3	47%	70%	80%	90%	92%	95%
	VPI	31%	70%	80%	90%	92%	95%
	DTC-HepB+Hib3	47%	70%	80%	90%	92%	95%
	PCV 13_3	47%	70%	80%	90%	92%	95%
	Rota2		40%	70%	80%	92%	95%
	VAR	55%	60%	85%			
	RR				70%	80%	85%
	VAA	55%	70%	80%	90%	92%	95%
	MenAfriVacTM		70%	80%	90%	92%	95%
	VAT2+	54%	70%	80%	90%	92%	95%
	HPV						70%

AVS	VPO/VPI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	RR		95%		95%		95%
	MenAfriVacTM			95%			
	Td2+		95%	95%	95%	95%	

V.OBJECTIFS, ÉTAPES ET PRIORITÉS À L'ÉCHELON NATIONAL PAR COMPOSANTE

5.1. Objectifs, étapes et priorités

- Objectifs, étapes et priorités à l'échelon national par composante

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
1. Gestion du Programme			
1. Faible capacité technique, managériale et programmatique des gestionnaires du PEV à tous les niveaux	1. Former 100% des gestionnaires du PEV à différents niveaux d'ici 2022.	<p>2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des districts disposent d'un point focal PEV, • 30% des responsables PEV des FOSA sont formés sur la pratique quotidienne du PEV ; <p>2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% des responsables PEV des FOSA sont formés sur la pratique quotidienne du PEV en 2019 ; <p>2020-2022:</p> <p>100% des responsables PEV des FOSA sont formés sur la pratique quotidienne du PEV ;</p>	1
2. Faiblesse du mécanisme de suivi et évaluation du programme dans les DS/FOSA	2. Former et équiper 100% des DS/FOSA en matière de suivi et évaluation d'ici 2022	<p>2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des DS/FOSA dispose des outils actualisés du PEV ; • Doter 60% des DS et 50% des FOSA en moyens de transmission <p>2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des DS/FOSA dispose des outils actualisés du PEV ; • Doter 70% des DS et 60% des FOSA en moyens de transmission 	1

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		<p>2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des DS/FOSA dispose des outils actualisés du PEV ; • Doter 80% des DS et 70% des FOSA en moyens de transmission <p>2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des DS/FOSA dispose des outils actualisés du PEV ; • Doter 90% des DS et 80% des FOSA en moyens de transmission <p>2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des DS/FOSA dispose des outils actualisés du PEV ; • Doter 100% des DS et 90% des FOSA en moyens de transmission 	
<p>3. Faiblesse du système de collecte, de traitement et de la transmission des données de PEV de routine et de la surveillance</p>	<p>3. Améliorer la qualité des données dans au moins 90% des districts sanitaires/FOSA d'ici 2022</p>	<p>2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 districts sanitaires utilisent le DVDMT • Taux de promptitude à 50% • Taux de complétude à 100% des districts vers le niveau central • Finalisation et mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données ; <p>2019-2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 districts sanitaires utilisent le DVDMT • Taux de promptitude à 80% • Taux de complétude à 100% des districts vers le niveau central 	<p>1</p>
<p>4. Faiblesse de coordination du</p>	<p>4. Atteindre un niveau de</p>	<p>2018 :</p>	<p>1</p>

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
programme à différents niveaux	coordination efficace du programme à tous les niveaux d'ici 2022	<p>Niveau central :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 réunion du GTCV • 2 réunions de coordination • 12 réunions de CTAPEV • 4 réunions de CCIA du PEV • 2 supervisions <p>Niveau régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 réunions de coordination • 4 supervisions <p>Niveau district :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 réunions de coordination et monitoring <hr/> <p>2019-2022: Par an</p> <p>Niveau central :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 réunions du GTCV • 2 réunions de coordination • 12 réunions de CTAPEV • 4 réunions de CCIA du PEV • 2 supervisions <p>Niveau régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 réunions de coordination • 4 supervisions • <p>Niveau district :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 réunions de coordination et monitoring 	

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
5. Faiblesse de la micro planification, supervision, monitoring	5. Assurer une bonne gouvernance des services de vaccination dans 100% des districts d'ici 2022	2018 : <ul style="list-style-type: none"> 50% des responsables des ECD sont formés sur la planification, supervision et monitoring 	1
		2019 : <ul style="list-style-type: none"> 100 % des responsables des ECD sont formés sur la planification, supervision et monitoring 	
6. Insuffisance de plaidoyer auprès du Parlement et du Gouvernement portant sur la vaccination et les dépenses engagées y relatives	6. D'ici 2022, faire un plaidoyer auprès du Parlement et du Gouvernement au sujet de la vaccination et des dépenses engagées y relatives	2018-2022 : Chaque an <ul style="list-style-type: none"> 1 réunion de plaidoyer avec le gouvernement 1 réunion de plaidoyer avec le parlement 	1
7. Absence de document de politique nationale de la vaccination	7. La RCA dispose d'ici 2020 d'un document de politique nationale de la vaccination	2018 : <ul style="list-style-type: none"> Élaboration, validation du document de politique nationale de la vaccination 	1
		2019 : <ul style="list-style-type: none"> Document de politique de vaccination disponible à tous les niveaux du système de santé 	
2. Gestion des Ressources humaines			
1. Insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines à tous les niveaux.	1. D'ici 2022, 80% du personnel du PEV au niveau central, régional et districts sont qualifiés ;	2018 : <ul style="list-style-type: none"> Plaidoyer pour l'introduction des modules de formation PEV et surveillance dans les curricula de formation de la Faculté des Sciences de la Santé; 30% du personnel du PEV sont qualifiés 	1
		2019: 40% du personnel du PEV sont qualifiés	

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		2020: 60% du personnel du PEV sont qualifiés 2021: 70% du personnel du PEV sont qualifiés 2022: 80% du personnel du PEV sont qualifiés	
	2. D'ici 2022, 100% des Gestionnaires du PEV sont formés en MLM au niveau central régional et district	2018 : <ul style="list-style-type: none"> 100% des Gestionnaires du PEV du niveau central et régional sont formés en MLM ; 	1
2. Insuffisance de motivation des agents PEV	3. Atteindre d'ici 2022, la motivation d'au moins 80% du personnel du PEV	2018 : 40% des districts sanitaires bénéficient du PBF 2019: 60% des districts sanitaires bénéficient du PBF 2020: 80% des districts sanitaires bénéficient du PBF 2021 : 90% des districts sanitaires bénéficient du PBF 2022 : 100% des districts sanitaires bénéficient du PBF	1
3. Prestation de service de vaccination			
Couverture vaccinale			
1. Nombre d'enfants non atteints élevé (Faible couverture vaccinale ,47% en penta3 en 2016)	1. Atteindre un taux de couverture vaccinale de tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022	2018 : Couverture par PENTA3 ≥60 % dans 80 % des districts 2019: Couverture par PENTA3 ≥65 % dans plus de 80 % des districts 2020: Couverture par PENTA3 ≥75 % dans plus de 80 % des districts 2021: Couverture par PENTA3 ≥85 % dans plus de 80 % des districts 2022: Couverture par PENTA3 ≥90 % dans plus de 80 % des districts	1
Demande de la vaccination			

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
2. Persistance de taux d'abandon élevé (Taux abandon PENTA1-PENTA3 à 32% en 2016)	2. Réduire le taux d'abandon PENTA1-PENTA3 et maintenir à moins de 10% d'ici fin 2022	2018 : taux d'abandon PENTA1-PENTA3 < 25%	1
		2019 : taux d'abandon PENTA1-PENTA3 < 20%	
		2020 : taux d'abandon PENTA1-PENTA3 < 15%	
		2021 : taux d'abandon PENTA1-PENTA3 < 10%	
		2022 : taux d'abandon PENTA1-PENTA3 < 10%	
Équité de la vaccination			
3. Insuffisance des stratégies en faveur des populations défavorisées pour la vaccination	3. Réduire à moins de 20% l'écart entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles	2018 : 50% des districts sanitaires améliorent l'accès des populations défavorisées aux services de vaccination à travers la mise en œuvre de l'approche ACD	1
		2019 : 60% des districts sanitaires améliorent l'accès des populations défavorisées aux services de vaccination à travers la mise en œuvre de l'approche ACD	
		2020 : 70% des districts sanitaires améliorent l'accès des populations défavorisées aux services de vaccination à travers la mise en œuvre de l'approche ACD	
		2021 : 80% des districts sanitaires améliorent l'accès des populations défavorisées aux services de vaccination à travers la mise en œuvre de l'approche ACD	
		2022 : 90% des districts sanitaires améliorent l'accès des populations défavorisées aux services de vaccination à travers la mise en œuvre de l'approche ACD	
Introduction de nouveaux			
	4. Atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022	2018 : Introduction prévue en Juin 2018 Couverture nationale de vaccination de 40% d'ici fin 2018	2

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
	(Rotarix2)	2019 : Couverture nationale de vaccination de 60 % d'ici fin 2019 2020 : Couverture nationale de vaccination de 75% d'ici fin 2020 2021 : Couverture nationale de vaccination de 85 % d'ici fin 2021 2022 : Couverture nationale de vaccination de 90% d'ici fin 2022	
	5. Atteindre un taux de couverture vaccinale de tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022(RR)	2020 : Introduction en Juin Couverture nationale de vaccination de 75% d'ici fin 2020 2021 : Couverture nationale de vaccination de 85% d'ici fin 2021 2022 : Couverture nationale de vaccination de 90% d'ici fin 2022	2
	6. Atteindre un taux de couverture vaccinale de tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022(HPV)	2022 : Couverture nationale de vaccination de 50% d'ici fin 2022	
	7. Atteindre un taux de couverture vaccinale de tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022 (Hépatite B à la naissance)	2022 : Couverture nationale de vaccination de 40% d'ici fin 2022	
4. Vaccins, chaîne du froid et logistique			
1. Insuffisance dans la gestion des vaccins et consommables du PEV (La gestion des vaccins enregistre un score de 86%)	1. Augmenter et maintenir à 95 % le score d'ici 2022	2018 : <ul style="list-style-type: none"> 90% des agents en charge de gestion des vaccins du PEV sont formés et dotés en POS et régulièrement supervisés ; 100% des dépôts DS sont régulièrement approvisionnés en vaccins et consommables 	2

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		<p>du PEV ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des DS/unités de vaccination sont dotés en outils de gestion des vaccins. <hr/> <p>2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des dépôts DS sont régulièrement approvisionnés en vaccins et consommables du PEV ; • 100% des DS/unités de vaccination sont dotés en outils de gestion des vaccins ; • 90% des agents en charge de gestion des vaccins du PEV sont régulièrement supervisés ; • L'Évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins est organisée ; • 100% des dépôts sont dotés de matériel informatique, de connexion internet et de crédits de consommation (5 Wifi pour le NC et régions, et 35 clés de connexion internet pour les districts) <hr/> <p>2020-2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des dépôts DS sont régulièrement approvisionnés en vaccins et consommables du PEV ; • 100% des DS/unités de vaccination sont dotés en outils de gestion des vaccins ; • L'Évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins est organisée ; • 95% des agents en charge de gestion des vaccins du PEV sont régulièrement 	

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		supervisés.	
2. Faible couverture géographique en ECF adéquate (33 % des ECF répondent aux normes et au standard PQS)	2. Doter 100% des structures sanitaires en ECF répondant aux normes et au standard PQS d'ici 2022	<p>2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% des réfrigérateurs au niveau des structures répondent aux normes et standard PQS ; • 100% des DS et Unités PEV possédant encore des ECF à pétrole sont dotés en pétrole et consommables • Étude de la cartographie des chambres froides du niveau central ; • 100% des chambres froides du niveau central sont dotés d'enregistreurs de température ; • 100% des sites retenus pour la première phase d'installation des équipements du CCEOP sont évalués. <p>2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 70% des réfrigérateurs au niveau des structures sanitaires répondent aux normes et standard ; • 50% des dépôts des nouveaux districts sont dotés en ECF pour le stockage des vaccins ; • 100% des DS et Unités PEV possédant encore des ECF à pétrole sont dotés en pétrole et consommables ; 	

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		<ul style="list-style-type: none"> • 100% des sites retenus pour la deuxième phase d'installation des équipements du CCEOP sont évalués. <p>2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% des réfrigérateurs au niveau des structures sanitaires répondent aux normes et standard PQS ; • 50% des dépôts des nouveaux districts sont dotés en ECF pour le stockage des vaccins ; • 100% des DS et Unités PEV possédant encore des ECF à pétrole sont dotés en pétrole et consommables. <p>2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90% des réfrigérateurs au niveau des structures sanitaires répondent aux normes et standard PQS ; • 100% des DS et Unités PEV possédant encore des ECF à pétrole sont dotés en pétrole et consommables. <p>2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des réfrigérateurs au niveau des structures sanitaires répondent aux normes et standard PQS ; • 100% des DS et Unités PEV possédant encore des ECF à pétrole sont dotés en pétrole et consommables. 	
3. Insuffisance dans la maintenance des équipements de la CdF à tous les niveaux ;	3.Assurer à 100% la maintenance des ECF du PEV d'ici à 2022	<p>2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maintenance des ECF est assurée à 60% au niveau RS, DS, FOSA et Central;; 	2

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
(La maintenance a obtenu un score global de 57%)		<ul style="list-style-type: none"> • Le plan opérationnel du déploiement des ECF acquis dans le cadre du CCEOP est élaboré ; • L'inventaire des ECF est organisé. <p>2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maintenance des ECF est assurée à 70% au niveau RS, DS, FOSA et Central; • Le déploiement des ECF acquis dans le cadre du CCEOP est organisé. <p>2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maintenance des ECF est assurée à 80% au niveau RS, DS, FOSA et Central; <p>2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maintenance des ECF est assurée à 90% au niveau RS, DS, FOSA et Central; <p>2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maintenance des ECF est assurée à 100% au niveau RS, DS, FOSA et Central; 	
4. Insuffisance dans la gestion des déchets ;(Absence de procédures opératoires normalisées sur la gestion des déchets issus des activités de vaccination).	4. Rendre disponible les PON dans 100% des structures impliquées dans la vaccination d'ici 2022	<p>2018 : 20 % des structures disposent et utilisent les PON pour la gestion des déchets issus de la vaccination.</p> <p>2019 : 40 % des structures disposent et utilisent les PON pour la gestion des déchets issus de la vaccination</p> <p>2020 : 60 % des structures disposent et utilisent les PON pour la gestion des déchets issus de la vaccination</p> <p>2021 : 80 % des structures disposent et utilisent les PON pour la gestion des déchets issus de la vaccination</p>	2

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		<p>2022 : 100 % des structures disposent et utilisent les PON pour la gestion des déchets issus de la vaccination</p>	
<p>5. Manque de moyens de transport pour les activités de la vaccination ;(Absence de véhicules frigorifiques et de camions pour le transport des vaccins et consommables, Insuffisance de moyen de transport pour la supervision, la maintenance des ECF et des activités itinérantes et dégradation des structures abritant les dépôts et les services de vaccination)</p>	<p>5. Doter le NC, les 7 régions, les 35 Districts et les FOSA en moyens roulants d'ici 2022</p> <p>6. Réhabiliter les locaux des dépôts et des services PEV d'ici 2022</p>	<p>2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le niveau Central est doté de 2 Camions de transport de 15T et de 3 véhicules 4X4 pour la supervision et la maintenance ; • Les dépôts régionaux sont dotés 4 véhicules 4X4 ; • 100 motos sont acquises pour les activités de vaccination • 100 vélos sont acquis pour les activités de vaccination. <p>2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le niveau Central est doté en 2 Camions frigorifiques ; • 150 motos sont acquises pour les activités de vaccination ; • 3 districts sanitaires (Nana-Mambéré, L'Ouham-Pende, Bimbo) et le magasin central sont réhabilités et équipés <p>2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 150 motos sont acquises pour les activités de vaccination <p>2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 150 motos sont acquises pour les activités de vaccination <p>2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 102 motos sont acquises pour les activités 	<p>1</p>

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		de vaccination	
5. Surveillance			
<i>Surveillance intégrée des maladies</i>			
1. Faible réactivité du système de surveillance en termes d'investigation et de riposte	1. Investiguer tous les cas de maladies sous surveillance notifiées et assurer la riposte	2018 -2022: 100% des cas des maladies investiguées avec riposte	1
<i>Élimination/contrôle des maladies évitables par la vaccination</i>			
1.1. Persistance de cas élevé de rougeole (4 pour 100000 personnes en 2016)	2. Atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé de 1 pour 100000 personnes d'ici 2022	2018 : Atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé de 1 pour 100000	2
		2019 : Atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé de 1 pour 100000	
		2020 : Atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé de 1 pour 100000	
		2021 : Atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé de 1 pour 100000	
		2022 : Atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé de 1 pour 100000	
1.2. Pourcentage de cas de tétanos néonataux ayant fait l'objet d'une enquête de suivi	3. Atteindre et valider l'élimination de TMN d'ici 2022	2018 : Couverture nationale de vaccination Td de 60 % pour les filles de 14 ans d'ici à 2018	2
		2019 : 70%	
		2020 : 80%	
		2021 : 80%	
1.3. Faible pourcentage de cas	4. Atteindre au moins 90% des cas	2018 : 50%	2

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
de méningite suspectée qui ont fait l'objet de tests HiB/maladies pneumococciques conformément au protocole standard	suspects de méningites bactériennes avec LCR analysés au Laboratoire d'ici 2022.	2019 : 60%	
		2020 : 70%	
		2021 : 80%	
		2022 : 90%	
			1
Éradication de la polio			
1.4. Taux de détection de la PFA chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants : 2013= 6,66 ; 2014=6,4, 2015=2,8, 2016=4,56	5. Atteindre et maintenir un taux de détection des cas de PFA à au moins 3 pour 100000 enfants de moins de 15 ans dans tous les districts sanitaires de la RCA d'ici 2022	2018 : Taux de PFA non polio \geq 3 pour 100000 enfants de moins de 15 ans	1
		2019 : Taux de PFA non polio \geq 3 pour 100000 enfants de moins de 15 ans	
		2020 : Taux de PFA non polio \geq 3 pour 100000 enfants de moins de 15 ans	
		2021 : Taux de PFA non polio \geq 3 pour 100000 enfants de moins de 15 ans	
		2022 : Taux de PFA non polio \geq 3 pour 100000 enfants de moins de 15 ans	
2. Insuffisance de la surveillance des cas de MAPI (moins de 40%)	6. Documenter au moins 80% des MAPI détectées dans les services de vaccination d'ici 2022	2018 : 40% des MAPI détectées	
		2019 : 50% des MAPI détectées	
		2020 : 60% des MAPI détectées	
		2021 : 70% des MAPI détectées	
3. Absence de système de rétro information et d'utilisation locale des données de surveillance	7. Faire à 100% la retro information à différents niveaux d'ici 2022	2018 : 60 % de retro information réalisée	
		2019 : 70 % de retro information réalisée	
		2020 : 80 % de retro information réalisée	
		2021 : 90 % de retro information réalisée	
	2022 : 100 % de retro information réalisée		
8. Amener 100% des districts et FOSA à l'utilisation locale des		2018 : 60 % des districts et FOSA	
		2019 : 70 % des districts et FOSA	

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
	données d'ici 2022	2020 : 80 % des districts et FOSA 2021 : 90 % des districts et FOSA 2022 : 100 % des districts et FOSA	
4. Faible taux de promptitude et de complétude des rapports du Système de routine ;	9. Améliorer la collecte, le traitement et la transmission des données d'au moins 90% d'ici 2022	2018 : 60% promptitude et 80% complétude 2019 : 70% promptitude et 90% complétude 2020 : 80% promptitude et 100% complétude 2021 : 90% promptitude et 100% complétude 2022 : 100% promptitude et 100% complétude	
5. Faible application des dispositions de RSI	10. Mettre en œuvre les directives de RSI d'ici 2022	2018 -2022 : 100% des directives sont mise en œuvre par année	
	11. Former 100% des acteurs de terrain impliqués dans la surveillance d'ici 2022	2019 : <ul style="list-style-type: none"> 80% des responsables des FOSA et districts sont formés sur la SIMR ; 2020-2022 : <ul style="list-style-type: none"> 100% des responsables des FOSA et districts sont formés sur la SIMR; 	
6. Insuffisance de renforcement de capacité des acteurs et des laboratoires d'analyse	12. Former et équiper 100% des techniciens de laboratoires impliqués dans la surveillance d'ici 2022	2018 : <ul style="list-style-type: none"> 100% des techniciens sont formés; 60% des laboratoires sont dotés en équipements 2019 : <ul style="list-style-type: none"> 100% des techniciens sont formés; 70% des laboratoires sont dotés en équipements 2020 : <ul style="list-style-type: none"> 100% des techniciens sont formés; 80% des laboratoires sont dotés en équipements 2021 :	

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		<ul style="list-style-type: none"> • 100% des techniciens sont formés; • 90% des laboratoires sont dotés en équipements <p>2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des techniciens sont formés; • 100% des laboratoires sont dotés en équipements 	
7. Absence d'équipements informatiques, bureautiques et moyens roulants	13. Doter 100% des Districts sanitaires et le service de surveillance en équipements informatiques et bureautiques d'ici 2022	<p>2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60% des DS sont dotés d'équipements informatiques et bureautiques ; • 100% des sections du service de la surveillance sont dotés d'équipements informatiques et bureautiques. 	
		<p>2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% des DS sont dotés d'équipements informatiques et bureautiques ; • Le service de la surveillance est doté d'un véhicule 4X4 pour la supervision ; • Les trois sections de la surveillance sont dotées de motos 	
		<p>2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des DS sont dotés d'équipements informatiques et bureautiques ; 	
		<p>20201:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des DS sont dotés d'équipements informatiques et bureautiques ; 	
		<p>2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% des DS sont dotés d'équipements 	

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		informatiques et bureautiques ;	
6. Génération de la demande et communication			
1. Faible utilisation des services de vaccination par les parents, gardiens d'enfants et les femmes enceintes	1. D'ici 2022, 95 % des parents, gardiens d'enfants et femmes enceintes adoptent un comportement favorable à la vaccination et font vacciner tous les enfants cibles et toutes les femmes enceintes.	2018 : 80%	1
		2019 : 85%	
		2020 : 90%	
		2021: 95 %	
		2022: 95%	
2. Stratégies de communication/mobilisation non adaptées en matière du PEV de routine selon chaque contexte (équité, offre des services, géographiques, sécuritaires)	2. D'ici 2018, Mettre à la disposition de la direction du PEV et les 35 districts sanitaires des documents stratégiques pour la communication en faveur du PEV de routine et des AVS	2018 : 100% des DS disposent des documents stratégiques pour la communication en faveur du PEV	1
	3. D'ici 2022, 100% des DS mettent en œuvre les plans stratégiques de communication en faveur du PEV	2019-2022 : 100% des DS	
3. Absence d'une structure communautaire permanente de communication au niveau décentralisé (des districts sanitaires)	4. D'ici 2022, rendre fonctionnel un dispositif communautaire de communication (structures de coordination pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de communication en faveur du PEV) dans au moins 80 % des D.S	2018-2022 : Les Task Force C4D sont fonctionnels au niveau national et des 35 districts sanitaires	
7. Coûts et financement			
1. Faible mobilisation des ressources de l'État (< 5% en 2016)	1. Participer activement au processus de budgétisation	2018 : Plaidoyer pour la participation des gestionnaires financiers à différents niveaux du processus de budgétisation ;	1

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
		2019 : 50% 2020 : 60% 2021 : 70 % 2022 : 80%	
2. Le niveau d'attraction des ressources nationale est faible	2. Augmenter les ressources allouées à la vaccination	2018 : 100 % du budget alloué par l'état est décaissé et utilisé ; 10% d'augmentation des ressources allouées à la vaccination 2019 : 25% d'augmentation des ressources allouées à la vaccination 100 % du budget alloué par l'état est décaissé et utilisé 2020 : 40% d'augmentation des ressources allouées à la vaccination 100 % du budget alloué par l'état est décaissé et utilisé 2021 : 60% d'augmentation des ressources allouées à la vaccination 100 % du budget alloué par l'état est décaissé et utilisé 2022 : 80% d'augmentation des ressources allouées à la vaccination 100 % du budget alloué par l'état est décaissé et utilisé	1

Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Priorité
3. Les statistiques financières ne sont exhaustives	3. Améliorer la qualité des données financières	<p>2018-2022 : 100% des Gestionnaires financiers du PEV à différents niveaux sont formés sur la procédure de budgétisation, de mobilisation et de gestion de ressources financières ;</p> <p>Suivi trimestriel régulier de l'exécution budgétaire à tous les niveaux ;</p>	1

5.2. Objectifs, stratégies et activités

- Objectifs, stratégies et activités

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
1. Gestion du Programme		
1. Former 100% des gestionnaires du PEV à différents niveaux d'ici 2022.	1. Renforcement des capacités des gestionnaires du PEV à différent niveau	1. Identifier les besoins en matière de formation
		2. Élaborer un plan de formation
		3. Développer des outils de formation
		4. Former les personnes impliquées dans le PEV à différent niveau
2. Former et équiper 100% des DS/FOSA en matière de suivi et évaluation d'ici 2022	2. Renforcement de capacité du personnel et du système de gestion des données	5. Former les gestionnaires du PEV sur le système de monitoring et de suivi – évaluation
		6. Doter les D.S./FOSA en outils de collecte, moyens de transmission des données (informatiques, internet, flotte téléphonique, radiophonie)
3. Améliorer la qualité des données dans 90% des districts sanitaires d'ici 2022	3. Développement d'un plan d'amélioration de la qualité des données de la vaccination.	7. Doter 90% des DS/FOSA en matériels informatiques pour la gestion des données
		8. Former tous les gestionnaires des données du PEV en la maîtrise des outils informatiques (DVDMT entre

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
		autres) 9. Mettre en réseau les bases des districts et des régions avec le niveau central pour la transmission des données 10. Tenir des réunions d'harmonisation des données à tous les niveaux
4. Atteindre un niveau de coordination efficace du programme à tous les niveaux d'ici 2022	4. Renforcement de la coordination du programme	11. Impliquer tous les acteurs de la santé pour l'intégration des activités du PEV dans leurs interventions 12. Organiser des réunions de concertation et de coordination 13. Réviser et adapter les textes du CCIA
5. Assurer une bonne gouvernance des services de vaccination dans 100% des districts d'ici 2022	5. Renforcement de la gouvernance des services de vaccination 6. Suivi de la mise en œuvre du programme	14. former les acteurs du PEV en planification, supervision et suivi-évaluation des activités 15. Assurer les supervisions, monitorages et suivi des activités 16. Organiser les revues interne et externe du PEV 17. Organiser l'audit interne et externe de la qualité des données de vaccination 18. Organiser l'enquête de couverture vaccinale
6. Créer un GTCV et le rendre fonctionnel d'ici fin 2022	7. Renforcement de la capacité institutionnelle	19. Vulgariser les textes sur le fonctionnement du GTCV 20. Identifier les membres du GTCV 21. Mobiliser les ressources pour le fonctionnement du GTCV 22. Rendre opérationnel le GTCV
7. D'ici 2022, assurer un plaidoyer auprès du parlement et du gouvernement au sujet de la vaccination et les dépenses engagées y relatives	8. Plaidoyer auprès du Parlement et du Gouvernement en faveur du financement de la vaccination	23. Organiser des sessions de plaidoyer auprès du Gouvernement et du parlement

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
8.Élaborer d'ici 2022 un document de politique nationale de vaccination	9. Développement du document de politique nationale de vaccination	24. Construire une base documentaire
		25. Tenir des réunions de mobilisation des ressources nécessaires
		26. Élaborer et valider le document de politique de la vaccination
		27. Vulgariser /diffuser le document de politique de vaccination
2. Gestion des Ressources Humaines		
1. D'ici 2022, augmenter à au moins 80% le nombre du personnel qualifié du PEV au niveau central, régional et districts	1. Intégration de la vaccination dans les curricula des Facultés et écoles de santé	1. Intégrer le PEV dans les curricula des écoles de santé
	2. Renforcement des capacités des administrateurs et du personnel impliqué dans la gestion du PEV à tous les niveaux	2. Recruter du personnel qualifié à tous les niveaux
		3. Encadrer/superviser le personnel
	3. Renforcement des capacités et effectifs du personnel en charge de la logistique et de la maintenance des ECF	4. Réviser et diffuser les directives, les plans et guides de formation et de gestion du PEV
		6. Recruter et former 7 logisticiens et 09 maintenanciers pour la gestion des vaccins, chaine du froid et la maintenance
		7. Organiser 02 sorties de supervisions par an au niveau central, 04 sorties Niveau Régional et 12 sorties au niveau des districts de supervision formative des agents
		8. Former chaque année 02 agents sur la logistique de vaccination (LOGIVAC) ;
		9. Former chaque année 02 agents sur les équipements de la chaine du froid solaire (CDFS)
	10. Rendre disponible les TDR/fiche de postes des agents en charge du PEV à tous les niveaux	
2. Atteindre d'ici 2022 la motivation d'au moins 80% du	4. Développement du mécanisme de motivation en vue de rendre plus	11. Motiver les agents de santé et cadres performants à travers les décorations, lettres de félicitation et

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
personnel du PEV	performant le personnel du PEV	d'encouragement, les promotions, etc..... 12. Développer le mécanisme d'achat de performance du personnel 13. Acheter la performance des services de vaccination
3. Prestation de Services de vaccination		
1. Atteindre un taux de couverture vaccinale de tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022	1. Renforcement de la mise en œuvre l'approche ACD	1. Organiser les ateliers de micro planifications des activités ACD 2. Assurer la vaccination en stratégies avancée et mobile
	2. Développement d'une stratégie urbaine	3. Mettre en œuvre une stratégie urbaine dans la RS7
	3. Renforcement de l'offre de service de la vaccination	4. Organiser les séances de vaccination au quotidien en stratégie fixe 5. Intégrer la vaccination dans le PMA des FOSA qui ne vaccinent pas encore 6. Organiser de la SAV et des AVI
	4. Introduction des nouveaux vaccins	7.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre (RR,HPV, Hépatite B à la naissance)
2. Réduire le taux d'abandon Penta1-Penta3 et le maintenir à moins de 10%	5. Mettre en place un système de recherche active des enfants non ou incomplètement vaccinés	8. Élaborer les directives pour la recherche des perdus de vue
		9. Développer des outils pour la recherche des perdus de vue: échéanciers, fiche de suivi (SMI/PEV), cahier d'enregistrement et de suivi (au niveau communautaire)
		10. Sensibiliser les parents sur les avantages de la vaccination et le calendrier vaccinal
		11. Faire la recherche active des perdus de vue (relais communautaires, alerte SMS)
		12. Former et impliquer les relais communautaires et

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
		les OAC dans la recherche active des enfants non ou incomplètement vaccinés
	6. Renforcement de l'intégration d'autres interventions préventives à la vaccination	13. Intégrer la MILDA, FAF, Fansidar, Albendazole, Vitamine A dans le PEV de routine (PEV+)
	7. Implication des communautés dans la planification et la mise en œuvre des activités de vaccination	14. Faire un plaidoyer auprès des OAC et ONG pour leur implication dans le domaine de la vaccination
		15. Développer le partenariat avec les OAC et ONG dans le cadre de la vaccination
3. Améliorer l'accès à la vaccination des populations défavorisées dans 80% des districts sanitaires d'ici 2022	8. Réduction à moins de 20% l'écart entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles	16. Organiser des activités itinérantes pour atteindre les populations difficiles d'accès.
		17. Organiser des ripostes contre les maladies évitables par la vaccination en cas d'épidémie dans le pays, y compris les zones de conflit et celles difficiles d'accès.
	9. Mobilisation des ressources et Introduction du vaccin contre le Rotavirus en 2018	18.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre
	10. Mobilisation des ressources et Introduction de MenAfriVac™ en 2018	19.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre dans le reste des districts de la RS6
	11. Mobilisation des ressources et Introduction du vaccin contre HPV en 2020	20.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre
	12. Mobilisation des ressources et Introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance en 2022	21.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre
4. Vaccins, chaîne du froid et logistique		
1. Augmenter et maintenir à 95	1. Renforcement de la gestion des	1. Approvisionner en vaccins et consommables les DS

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
<p>% le score en gestion des vaccins d'ici 2022.</p>	<p>vaccins</p>	<p>et les unités de vaccination</p> <p>2.Élaborer et diffuser des PON sur la gestion des vaccins et consommables</p> <p>3. Former les agents en charge de la gestion des vaccins en gestion efficace des vaccins</p> <p>4. Développer un système de suivi de perte des vaccins au niveau opérationnel</p> <p>5. Organiser des missions de contrôle de gestion des vaccins à différent niveau</p> <p>6. Doter les structures en outils de gestion des vaccins et en supports de collecte des données du PEV</p> <p>7. Former les agents en charge de la gestion des vaccins à l'utilisation du SMT, DVD-MT au NC, Régional et le district</p> <p>8. Doter le NC (10), Régional (07) et district (35) en matériel informatique et les accessoires.</p> <p>9. Former les agents en charge de la gestion des vaccins en gestion efficace des vaccins</p> <p>10. Développer un système de suivi de perte des vaccins au niveau opérationnel</p> <p>11. Organiser des missions de contrôle de gestion des vaccins à différent niveau</p>
<p>2. Doter 100% des structures sanitaires en ECF répondant aux normes et au standard PQS d'ici 2022</p>	<p>2. Renforcement de la chaine d'approvisionnement des structures sanitaires</p>	<p>1.Équiper 4 dépôts régionaux en Chambres froides, et en congélateurs (16)</p> <p>2.Équiper les dépôts de districts de 70 congélateurs et 85 réfrigérateurs</p> <p>3.Équiper les unités de vaccination de 532 réfrigérateurs</p> <p>4. Doter les unités de vaccination de 8 glacières à longue durée de conservation</p>

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
		<p>5. Acquérir 228 glacières et 2328 Porte-vaccins</p> <p>6. Acquérir 9 Multi-Log2 pour les chambres froides du niveau central et régional</p> <p>7. Acquérir 1200 fridge-Tag2</p> <p>8. Acquérir de 600 Freeze-Tag</p> <p>9. Doter le niveau central et les dépôts régionaux de 30 équipements de protection individuelle.</p> <p>10. Fournir le pétrole et les consommables aux DS et aux unités de vaccination disposant encore des réfrigérateurs a pétrole</p>
<p>3. Assurer à 100% la maintenance des ECF du PEV d'ici à 2022</p>	<p>3. Mise en œuvre du plan de maintenance des ECF</p>	<p>1. Doter les 09 agents en Kits de maintenance préventive et curative et en moyen de déplacement (motos)</p> <p>2. Organiser des sorties de réparation des ECF en pannes</p> <p>3. Acquérir 47 extincteurs pour les dépôts PEV au NC (4), Régional (08) et district(35)</p> <p>4. Organiser l'inventaire des ECF</p> <p>5.Élaborer le plan opérationnel de déploiement des ECF du CCEOP</p> <p>6. Organiser le déploiement des ECF acquis dans le cadre du CCEOP</p> <p>7. Assurer le suivi du processus du déploiement, de l'installation et du fonctionnement des ECF du CCEOP</p> <p>8.Élaborer et diffuser des PON sur la maintenance des ECf</p> <p>9.Élaborer reproduire et diffuser les carnets de bord pour la maintenance.</p> <p>10. Recruter et former 9 agents de maintenance des</p>

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
		<p>ECF</p> <p>11. Former les agents à l'utilisation des outils de maintenance et à l'emploi des PON</p> <p>12. Acquérir 20 stabilisateurs de tension pour la sécurité des chambres froides au niveau central et régional.</p> <p>13. Acquérir 2 groupes de 75 KVA pour les chambres froides au niveau central</p> <p>14. Contracter avec une société locale de maintenance des Chambres froides</p> <p>15. Acquérir 8 groupes de 15 KVA pour les dépôts régionaux</p> <p>16. Assurer le carburant pour le fonctionnement des groupes de relais au niveau central et régional.</p> <p>17. Assurer le câblage des chambres froides au réseau électrique du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui</p>
<p>4. Rendre disponible les PON dans 100% des structures impliquées dans la vaccination d'ici 2022</p>	<p>4. Mise en œuvre du plan de gestion des déchets</p>	<p>1.Élaborer et diffuser le plan national de gestion des déchets</p> <p>2. Construire 80 incinérateurs écologiques au niveau des sous-préfectures</p> <p>3. Former et équiper 600 techniciens de surface à la gestion des déchets issus de la vaccination</p> <p>4. Assurer le suivi des indicateurs de la gestion des déchets</p> <p>5. Procéder au balayage et retrait systématique du tvPO</p>
<p>5. Doter le NC, les 7 régions, les 35 Districts et les FOSA en moyens roulants d'ici 2022</p>	<p>5. Renforcement de parc automobile et des bâtiments des services du PEV</p>	<p>1. Doter le niveau central de 6 véhicules 4X4 pour les activités de supervision et de maintenance</p> <p>2. Acquérir 2 camions frigorifiques et 02 camions 15 T</p>

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
Réhabiliter les locaux des dépôts et des services PEV d'ici 2022		pour le transport des vaccins et consommables
		3. Doter les dépôts régionaux en 4 véhicules 4X4 pour l'approvisionnement en vaccins et consommables
		4. Acquérir 659 motos pour les activités de vaccination pour le niveau central, Régional et districts et FOSA
		5. Assurer le carburant ; lubrifiants et les couts d'assurances des moyens roulants
		6. Réhabiliter les locaux des dépôts PEV à tous les niveaux
		7.Équiper tous les dépôts réhabilités
5. Surveillance		
1. Investiguer tous les cas de maladies sous surveillance notifiées et assurer la riposte	1. Renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies et de la riposte	1. Former tous les acteurs à différents niveaux sur la SIMR
		2. Vulgariser le Plan national de préparation et riposte
		3. Coordonner les activités d'investigation des maladies notifiées avec le Centre des Opérations d'Urgences en Santé Publique(COUSP)
		4.Élaborer les micros plans de riposte dans les districts en épidémie
		5. Organiser les campagnes de riposte pour chaque cas d'épidémie déclarée
2. Atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé de 1 pour 100000 personnes d'ici 2022	2. Renforcement des capacités pour la détection et l'investigation des tous les cas de rougeole	1. Former les agents de santé impliqués dans la gestion des données des maladies cibles du PEV ;
		2. Investiguer tous les cas de rougeole
		3.Élaborer les micros plans de riposte dans les districts en épidémie
		4.Élaborer et mettre en œuvre le plan de surveillance des cas de Rougeole dans tous les districts
	3. Organisation des campagnes de suivi	1. Organiser des campagnes de riposte
		2. Organiser des campagnes de suivi en 2018
		3. Réaliser l'analyse de risque épidémique

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
		<p>4. Monitorer les indicateurs de performance de la surveillance des cas de rougeole</p>
<p>3. Atteindre et valider l'élimination de TMN d'ici 2022</p>	<p>4. Renforcement de capacités du laboratoire de rougeole de l'IPB</p>	<p>1. Appuyer le fonctionnement du laboratoire rougeole de l'Institut Pasteur de Bangui en équipements et consommables pour le Génomique et séquençage des souches de la rougeole</p> <p>2.Élaborer le Plan stratégique d'élimination de la rougeole</p>
	<p>5. Renforcement des capacités pour la détection et l'investigation des tous les cas de les cas de TMN</p>	<p>1. Promouvoir l'hygiène à l'accouchement pour la prévention de TMN</p> <p>2. Sensibiliser les agents de santé et les matrones accoucheuses sur l'hygiène de l'accouchement</p> <p>3.Élaborer les micros plans dans les districts ciblés</p>
	<p>6. Organisation des campagnes de riposte</p>	<p>1. Organiser les campagnes de masse contre le TMN</p> <p>2. Conduire l'analyse du risque du TMN</p> <p>3.Élaborer et mettre en œuvre le plan stratégique d'élimination du TMN en RCA;</p> <p>4. Impliquer les communautés dans la recherche des TMN</p> <p>5. Monitorer les indicateurs de performance de la surveillance des cas de TMN.</p> <p>6. Organiser la supervision des agents</p>
<p>4. Atteindre au moins 90% des cas suspects de méningites bactériennes avec LCR analysés au Laboratoire d'ici 2022.</p>	<p>7. Renforcement des capacités pour la détection et l'investigation des tous les cas</p>	<p>Idem activités de rougeole</p>
<p>5. Atteindre et maintenir un taux de détection des cas de PFA à au moins 3 pour 100000 enfants de moins de 15 ans dans tous</p>	<p>8. Renforcement des capacités, organisation des riposte en cas d'épidémie, implication de la communauté dans la surveillance,</p>	<p>1. Former tous les agents de santé impliqués dans la surveillance de PFA ;</p> <p>2. Doter tous les points focaux de surveillance en moyen logistique (moto, outils informatiques) ;</p>

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
les districts sanitaires de la RCA d'ici 2022	supervisions formatives et surveillance des PFA dans tous les districts sanitaires de la RCA et environnementales dans les RS ciblées	<p>3. Rendre disponible les outils de collecte des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;</p> <p>4. Impliquer les communautés, ONG et association à base communautaire dans la surveillance active des cas du PFA ;</p> <p>5.Élaborer les micros plans des campagnes dans les districts</p> <p>6.Élaborer et mettre en œuvre les plans de riposte aux épidémies de polio (y compris le plan d'urgence du bassin de lac Tchad)</p> <p>7. Organiser les campagnes de masse (JNV et JLV Polio) en cas de besoin</p> <p>8.Élaborer des plans de surveillance des cas de PFA au niveau des districts</p> <p>9. Poursuivre la mise en œuvre de la surveillance environnementale de poliovirus dans la région sanitaire N°7 et son extension progressive dans les régions 2 et 3 en 2018 et sur l'ensemble du pays par la suite</p> <p>10. Monitorer les indicateurs de performance de la surveillance des cas de PFA et de la surveillance environnementale</p> <p>11. Organiser périodiquement les supervisions formatives à tous les niveaux.</p> <p>12. Rendre disponible les ressources financières pour la surveillance des cas de PFA y compris la supervision</p>
	9. Renforcement de la gouvernance et du laboratoire	13. Appuyer le fonctionnement des différents comités : - Polio (CNEP, CNC, Confinement)

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
		<ul style="list-style-type: none"> - Harmonisations des bases de données -et réunions de Monitoring (CPB ; Data Managers) 14. Appuyer le fonctionnement du Laboratoire Polio de l'Institut Pasteur de Bangui
6. Documenter au moins 50% des MAPI détectées dans les services de vaccination d'ici 2022	10. Renforcement institutionnel et opérationnel de la gestion des MAPI	<ul style="list-style-type: none"> 1. Rendre fonctionnel le comité national de gestion des MAPI ; 2. Former les agents de santé impliqués dans la gestion des MAPI ; 3. Créer une base de données sur les MAPI au niveau national 4. Rendre les médicaments disponibles pour la prise en charge des cas des MAPI
7. Atteindre et maintenir un taux de complétude des rapports de surveillance des maladies cibles du PEV à au moins 90% d'ici 2022	11. Renforcement des capacités et supervisions formative pour la gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> 1. Former les agents de santé impliqués dans la gestion des données des maladies cibles du PEV ; 2. Doter les districts en canaux de transmission (Flotte, radio codant, Clé Internet, etc.) ; 3. Rendre disponible les outils de collecte des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 4. Mettre en place un mécanisme de retro information (bulletin hebdomadaire, fiche de retro information, internet, etc.) ; 5. Amener 100% des districts et FOSA à l'utilisation locale des données d'ici 2022
8. Mettre en œuvre les directives de RSI d'ici 2022	12. Renforcement du RSI	<ul style="list-style-type: none"> 1. Former les acteurs de terrain sur le RSI 2. Sensibiliser les communautés sur le RSI
9. Former et équiper 100% des acteurs de terrain et techniciens	13. Renforcement de capacité des acteurs et des laboratoires	<ul style="list-style-type: none"> 1. Former les acteurs de terrain à différents niveaux sur la SIMR

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
de laboratoires impliqués dans la surveillance d'ici 2022	d'analyse	2. Former les techniciens de laboratoires 3. Doter les laboratoires en équipements de diagnostic
10. Doter 100% des Districts sanitaires et le service de surveillance en équipements informatiques et bureautiques d'ici 2022	14. Renforcement de la logistique	1. Doter les DS et le service de surveillance en équipements informatiques et bureautiques
6. Génération de la demande et communication		
1. D'ici 2022, 95 % des parents, gardiens d'enfants et femmes enceintes adoptent un comportement favorable à la vaccination et font vacciner tous les enfants cibles et toutes les femmes enceintes.	1. Plaidoyer/Sensibilisation/parteneriat	1.Élaborer les outils de formation, gestion et supervision formative des activités de communication
		2. Sensibiliser les parents à travers les visites à domicile, des émissions éducatives (radio communautaires, radio et TV Nationales, la Presse écrite, les nouveaux medias, et activités artistiques) des causeries éducatives en vue de l'adoption des comportements favorables à la vaccination
		3. Diffuser les Directives, les supports éducatifs et les messages sur la vaccination à travers les canaux adaptés de communication
		4. Organiser la formation des points focaux en matière de communication dans les Districts sanitaires
2. D'ici 2018, Mettre à la disposition de la direction du PEV et les 35 districts sanitaires des documents stratégiques	2.Études /enquêtes	1. Conduire des enquêtes/ études comportementales sur la Vaccination
		2. Documenter les activités de communication en faveur du PEV (Collecte, analyse et diffusion)
	3. Renforcement de la coordination	1. Valider le Plan stratégique de communication pour le PEV
		2.Élaborer des Plans de communication pour les AVS pour les 35 districts sanitaires

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
pour la communication en faveur du PEV de routine et des AVS		3. Vulgariser le plan intégré de communication et le plan stratégique pour la relance du PEV de routine
3. D'ici 2022, 100% des DS mettent en œuvre les plans stratégiques de communication en faveur du PEV	4. Suivi de la mise en œuvre des activités	1. Conduire des activités de communication pour le changement de comportement 2. Conduire des activités de mobilisation sociales 3. Conduire des activités de plaidoyer 4. Assurer le suivi des activités à différents niveaux
4. D'ici 2022, rendre fonctionnel un dispositif communautaire de communication (structures de coordination pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de communication en faveur du PEV) dans au moins 80 % des D.S	5. Développement d'un dispositif de communication communautaire pour la vaccination	1. Créer des comités locaux de communication en faveur de la vaccination 2. Mobiliser des moyens locaux pour le fonctionnement des comités 3. Assurer le suivi 4. Organiser des rencontres régulières avec les décideurs en faveur de la vaccination
7. Coûts et financement		
1. Porter le taux de mobilisation des ressources des PTF allouées au PEV de 56% en 2016 à 100% d'ici 2022	1. Renforcer les capacités du PEV à mobiliser les ressources auprès des partenaires	1. Plaidoyer pour la création de taxes spécifiques pour la vaccination 2. Former le personnel du PEV aux procédures des partenaires 3. Plaidoyer pour acquérir les 20% du financement assuré par l'Etat 4. Mobiliser les ressources financières pour la maintenance des équipements de la CdF Gavi
2. Porter le taux de mobilisation des ressources allouées au PEV par l'Etat de 5% en 2016 à 85% d'ici 2022	2. Participer à toutes les étapes du processus budgétaire	1. Former les responsables du PEV aux procédures de préparation et d'exécution du budget national 2. Élaborer des supports budgétaires arrimés au système national des finances publiques

Objectifs	Stratégies	Activités essentielles
3. Améliorer de 75% d'ici 2022 la qualité des données financières	3. Formation du personnel et développement des outils de gestion des données financières	1. Développer les procédures de collecte et de diffusion des données financières sur le PEV
		2. Mettre en place une base de données de gestion des données financières
		3. Élaborer une revue des dépenses au profit du PEV
4. Renforcer les mécanismes/stratégies de plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles en faveur du PEV	4. Renforcement du partenariat national et international à travers le CTAPEV, le CCIA...	1. Impliquer les autres ONGs, les privés, les confessions religieuses dans les réunions de CTAPEV, CCIA...
5. Améliorer la gestion administrative et financière du Programme	5. Renforcement du staff technique pour la gestion financière et le suivi des dépenses	1. Créer un service administratif et financier
		2. Affecter des agents qualifiés pour la gestion administrative et financière du programme

VI.CHRONOGRAMME

- Chronogramme

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
1. Gestion du programme								
	1. Former 100% des gestionnaires du PEV à différents niveaux d'ici 2022.	1. Renforcement des capacités des gestionnaires du PEV à différent niveau	1. Identifier les besoins en matière de formation	X				
			2.Élaborer un plan de formation	X				
			3. Développer des outils de formation	X				
			4. Former les personnes impliquées dans le PEV à différent niveau	X	X			
	2. Former et équiper 100% des DS/FOSA en matière de suivi et évaluation d'ici 2022	2. Renforcement de capacité du personnel et du système de gestion des données	5. Former les gestionnaires du PEV sur le système de monitoring et de suivi – évaluation	X				
			6. Doter les D.S./FOSA en outils de collecte, moyens de transmission des données (informatiques, internet, flotte téléphonique, radiophonie)	X	X	X	X	X
	3. Améliorer la qualité des données dans 90% des districts sanitaires d'ici 2022	3. Développement d'un plan d'amélioration de la qualité des données de la vaccination.	7. Doter 90% des DS/FOSA en matériels informatiques pour la gestion des données	X	X			
			8. Former tous les gestionnaires des données du PEV en la maîtrise des outils informatiques (DVDMT entre autres)	X	X			
			9. Mettre en réseau les bases des	X	X			

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
			districts et des régions avec le niveau central pour la transmission des données					
			10. Tenir des réunions d'harmonisation des données à tous les niveaux	X	X	X	X	X
	4. Atteindre un niveau de coordination efficace du programme à tous les niveaux d'ici 2022	4. Renforcement de la coordination du programme	11. Impliquer tous les acteurs de la santé pour l'intégration des activités du PEV dans leurs interventions	X	X	X	X	X
12. Organiser des réunions de concertation et de coordination			X	X	X	X	X	
13. Réviser et adapter les textes du CCIA			X					
	5. Assurer une bonne gouvernance des services de vaccination dans 100% des districts d'ici 2022	5. Renforcement de la gouvernance des services de vaccination	14. former les acteurs du PEV en planification, supervision et suivi-évaluation des activités	X	X			
15. Assurer les supervisions, monitorages et suivi des activités			X	X	X	X	X	
6. Suivi de la mise en œuvre du programme		16. Organiser les revues interne et externe du PEV	X	X	X	X	X	
		17. Organiser l'audit interne et externe de la qualité des données de vaccination	X	X	X	X	X	
		18. Organiser l'enquête de couverture vaccinale	X		X			
	6. Créer un GTCV et le rendre	7. Renforcement de la capacité	19. Vulgariser les textes sur le fonctionnement du GTCV	X	X			

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	fonctionnel d'ici fin 2022	institutionnelle	20. Identifier les membres du GTCV	X				
			21. Mobiliser les ressources pour le fonctionnement du GTCV	X				
			22. Rendre opérationnel le GTCV	X	X	X	X	X
	7. D'ici 2022, assurer un plaidoyer auprès du parlement et du gouvernement au sujet de la vaccination et les dépenses engagées y relatives	8. Plaidoyer auprès du Parlement et du Gouvernement en faveur du financement de la vaccination	23. Organiser des sessions de plaidoyer auprès du Gouvernement et du parlement	X	X		X	
	8.Élaborer d'ici 2022 un document de politique nationale de vaccination	9. Développement du document de politique nationale de vaccination	24. Construire une base documentaire	X				
			25. Tenir des réunions de mobilisation des ressources nécessaires	X	X	X	X	X
			26. Élaborer et valider le document de politique de la vaccination	X				
			27. Vulgariser /diffuser le document de politique de vaccination	X	X			
2. Gestion des ressources humaines								
	1. D'ici 2022, augmenter à au moins 80% le nombre du	1. Intégration de la vaccination dans les curricula des Facultés et	1. Intégrer le PEV dans les curricula des écoles de santé	X				
			2. Recruter du personnel qualifié à tous les niveaux	X	X			

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier					
				2018	2019	2020	2021	2022	
	personnel qualifié du PEV au niveau central, régional et districts	écoles de santé	3. Encadrer/superviser le personnel	X	X	X	X	X	
		2. Renforcement des capacités des administrateurs et du personnel impliqué dans la gestion du PEV à tous les niveaux	4. Réviser et diffuser les directives, les plans et guides de formation et de gestion du PEV	X	X				
			5. Organiser les sessions de formation sur les cours MLM	X	X	X			
			6. Recruter et former 7 logisticiens et 09 maintenanciers pour la gestion des vaccins, chaîne du froid, et la maintenance	X					
		3. Renforcement des capacités et effectifs du personnel en charge de la logistique et de la maintenance des ECF	7. Organiser 02 sorties de supervisions par an au niveau central, 04 sorties Niveau Régional et 12 sorties au niveau des districts de supervision formative des agents	X	X	X	X	X	
			8. Former chaque année 02 agents sur la logistique de vaccination (LOGIVAC) ;	X	X	X	X	X	
			9. Former chaque année 02 agents sur les équipements de la chaîne du froid solaire (CDFS)	X	X	X	X	X	
			10. Rendre disponible les TDR/fiche de postes des agents en charge du PEV à tous les niveaux	X	X				
		2. Atteindre d'ici 2022 la motivation	4. Développement	11. Motiver les agents de santé et cadres performants à travers les	X	X	X	X	X

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	d'au moins 80% du personnel du PEV	du mécanisme de motivation en vue de rendre plus performant le personnel du PEV	décorations, lettres de félicitation et d'encouragement, les promotions, etc.....					
			12. Développer le mécanisme d'achat de performance du personnel	X	X	X	X	X
			13. Acheter la performance des services de vaccination	X	X	X	X	X
3. Prestation de service de vaccination								
	1. Atteindre un taux de couverture vaccinale de tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022	1. Renforcement de la mise en œuvre l'approche ACD	1. Organiser les ateliers de micro planifications des activités ACD	X	X	X	X	X
			2. Assurer la vaccination en stratégies avancée et mobile		X	X	X	X
			2. Développement d'une stratégie urbaine	3. Mettre en œuvre une stratégie urbaine dans la RS7	X	X	X	X
			3. Renforcement de l'offre de service de la vaccination	4. Organiser les séances de vaccination au quotidien en stratégie fixe	X	X	X	X
				5. Intégrer la vaccination dans le PMA des FOSA qui ne vaccinent pas encore	X	X	X	X
				6. Organiser de la SAV et des AVI	X	X	X	X
			4. Introduction des nouveaux vaccins	7.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre (RR,HPV, Hépatite B à la naissance)		X		
	2. Réduire le taux	5. Mettre en	8. Élaborer les directives pour la	X				

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	d'abandon Penta1-Penta3 et le maintenir à moins de 10%	place un système de recherche active des enfants non ou incomplètement vaccinés	recherche des perdus de vue					
			9. Développer des outils pour la recherche des perdus de vue: échéanciers, fiche de suivi (SMI/PEV), cahier d'enregistrement et de suivi (au niveau communautaire)	X				
			10. Sensibiliser les parents sur les avantages de la vaccination et le calendrier vaccinal	X	X	X	X	X
			11. Faire la recherche active des perdus de vue (relais communautaires, alerte SMS)	X	X	X	X	X
			12. Former et impliquer les relais communautaires et les OAC dans la recherche active des enfants non ou incomplètement vaccinés	X				
		6. Renforcement de l'intégration d'autres interventions préventives à la vaccination	13. Intégrer la MILDA, FAF, Fansidar, Albendazole, Vitamine A dans le PEV de routine (PEV+)	X	X	X	X	X
		7. Implication des communautés dans la planification et la mise en œuvre des activités de vaccination	14. Faire un plaidoyer auprès des OAC et ONG pour leur implication dans le domaine de la vaccination	X				
			15. Développer le partenariat avec les OAC et ONG dans le cadre de la vaccination	X	X	X	X	X

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	3. Améliorer l'accès à la vaccination des populations défavorisées dans 80% des districts sanitaires d'ici 2022	8. Réduction à moins de 20% l'écart entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles	16. Organiser des activités itinérantes pour atteindre les populations difficiles d'accès.	X	X	X	X	X
			17. Organiser des ripostes contre les maladies évitables par la vaccination en cas d'épidémie dans le pays, y compris les zones de conflit et celles difficiles d'accès.	X	X	X	X	X
		9. Mobilisation des ressources et Introduction du vaccin contre le Rotavirus en 2018	18.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre	X				
		10. Mobilisation des ressources et Introduction de MenAfriVac TM en 2018	19.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre dans le reste des districts de la RS6	X				
		11. Mobilisation des ressources et Introduction du vaccin contre HPV en 2020	20.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre		X			
		12. Mobilisation des ressources et Introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance en	21.Élaborer, soumettre le plan d'introduction et procéder à la mise en œuvre		X			

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
		2022						
4. Vaccins, chaîne du froid et logistique								
	1. Augmenter et maintenir à 95 % le score en gestion des vaccins d'ici 2022.	1. Renforcement de la gestion des vaccins	1. Approvisionner en vaccins et consommables les DS et les unités de vaccination	X	X	X	X	X
			2.Élaborer et diffuser des PON sur la gestion des vaccins et consommables	X	X			
			3. Former les agents en charge de la gestion des vaccins en gestion efficace des vaccins	X	X			
			4. Développer un système de suivi de perte des vaccins au niveau opérationnel	X	X	X	X	X
			5. Organiser des missions de contrôle de gestion des vaccins à différent niveau	X	X	X	X	X
			6. Doter les structures en outils de gestion des vaccins et en supports de collecte des données du PEV	X	X			
			7. Former les agents en charge de la gestion des vaccins à l'utilisation du SMT, DVD-MT au NC, Régional et le district	X	X			
			8. Doter le NC (10), Régional (07) et district (35) en matériel informatique et les accessoires.	X	X			
			9. Former les agents en charge de la gestion des vaccins en gestion efficace des vaccins	X	X			

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
			10. Développer un système de suivi de perte des vaccins au niveau opérationnel	X	X	X	X	X
			11. Organiser des missions de contrôle de gestion des vaccins à différent niveau	X	X	X	X	X
	2. Doter 100% des structures sanitaires en ECF répondant aux normes et au standard PQS d'ici 2022	2. Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des structures sanitaires	1.Équiper 4 dépôts régionaux en Chambres froides, et en congélateurs (16)		X	X	X	
2.Équiper les dépôts de districts de 70 congélateurs et 85 réfrigérateurs				X	X	X		
3.Équiper les unités de vaccination de 532 réfrigérateurs				X	X	X		
4. Doter les unités de vaccination de 8 glacières à longue durée de conservation				X	X	X		
5. Acquérir 228 glacières et 2328 Porte-vaccins				X	X			
6. Acquérir 9 Multi-Log2 pour les chambres froides du niveau central et régional				X	X			
7. Acquérir 1200 fridge-Tag2				X				
8. Acquérir de 600 Freeze-Tag				X				

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
			9. Doter le niveau central et les dépôts régionaux de 30 équipements de protection individuelle.		X	X		
			10. Fournir le pétrole et les consommables aux DS et aux unités de vaccination disposant encore des réfrigérateurs a pétrole	X	X	X	X	X
	3. Assurer à 100% la maintenance des ECF du PEV d'ici à 2022	3. Mise en œuvre du plan de maintenance des ECF	1. Doter les 09 agents en Kits de maintenance préventive et curative et en moyen de déplacement (motos)	X	X			
2. Organiser des sorties de réparation des ECF en pannes			X	X	X	X	X	
3. Acquérir 47 extincteurs pour les dépôts PEV au NC (4), Régional (08) et district(35)			X	X				
4. Organiser l'inventaire des ECF			X	X	X	X	X	
5.Élaborer le plan opérationnel de déploiement des ECF du CCEOP			X					
6. Organiser le déploiement des ECF acquis dans le cadre du CCEOP			X	X	X			
7. Assurer le suivi du processus du déploiement, de l'installation et du fonctionnement des ECF du CCEOP			X	X	X	X	X	

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
			8.Élaborer et diffuser des PON sur la maintenance des ECf	X				
			9.Élaborer reproduire et diffuser les carnets de bord pour la maintenance.	X				
			10. Recruter et former 9 agents de maintenance des ECF	X	X			
			11. Former les agents à l'utilisation des outils de maintenance et à l'emploi des PON	X				
			12. Acquérir 20 stabilisateurs de tension pour la sécurité des chambres froides au niveau central et régional.	X	X			
			13. Acquérir 2 groupes de 75 KVA pour les chambres froides au niveau central	X				
			14. Contracter avec une société locale de maintenance des Chambres froides	X				
			15. Acquérir 8 groupes de 15 KVA pour les dépôts régionaux	X				
			16. Assurer le carburant pour le fonctionnement des groupes de relais au niveau central et régional.	X	X	X	X	X
			17. Assurer le câblage des chambres froides au réseau électrique du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui	X				
	4. Rendre	4. Mise en œuvre	1.Élaborer et diffuser le plan	X				

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	disponible les PON dans 100% des structures impliquées dans la vaccination d'ici 2022	du plan de gestion des déchets	national de gestion des déchets					
			2. Construire 80 incinérateurs écologiques au niveau des sous-préfectures	X	X	X		
			3. Former et équiper 600 techniciens de surface à la gestion des déchets issus de la vaccination	X	X			
			4. Assurer le suivi des indicateurs de la gestion des déchets	X	X	X	X	X
			5. Procéder au balayage et retrait systématique du tVPO	X				
5. Doter le NC, les 7 régions, les 35 Districts et les FOSA en moyens roulants d'ici 2022 Réhabiliter les locaux des dépôts et des services PEV d'ici 2022	5. Renforcement de parc automobile et des bâtiments des services du PEV	1. Doter le niveau central de 6 véhicules 4X4 pour les activités de supervision et de maintenance	X	X				
		2. Acquérir 2 camions frigorifiques et 02 camions 15 T pour le transport des vaccins et consommables	X					
		3. Doter les dépôts régionaux en 4 véhicules 4X4 pour l'approvisionnement en vaccins et consommables	X					
		4. Acquérir 659 motos pour les activités de vaccination pour le niveau central, Régional et districts et FOSA	X	X				
		5. Assurer le carburant ; lubrifiants et les couts d'assurances des moyens roulants	X	X	X	X	X	
		6. Réhabiliter les locaux des dépôts PEV à tous les niveaux	X	X	X	X	X	

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
			7.Équiper tous les dépôts réhabilités					
5. Surveillance								
	1. Investiguer tous les cas de maladies sous surveillance notifiées et assurer la riposte	1. Renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies et de la riposte	1. Former tous les acteurs à différents niveaux sur la SIMR	X	X			
			2. Vulgariser le Plan national de préparation et riposte	X				
			3. Coordonner les activités d'investigation des maladies notifiées avec le Centre des Opérations d'Urgences en Santé Publique(COUSP)	X	X	X	X	X
			4.Élaborer les micros plans de riposte dans les districts en épidémie	X	X	X	X	X
			5. Organiser les campagnes de riposte pour chaque cas d'épidémie déclarée	X	X	X	X	X
	2. Atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé de 1 pour 100000 personnes d'ici 2022	2. Renforcement des capacités pour la détection et l'investigation des tous les cas de rougeole	1. Former les agents de santé impliqués dans la gestion des données des maladies cibles du PEV ;	X	X			
			2. Investiguer tous les cas de rougeole	X	X	X	X	X
			3.Élaborer les micros plans de riposte dans les districts en épidémie	X	X	X	X	X
			4.Élaborer et mettre en œuvre le plan de surveillance des cas de Rougeole dans tous les districts	X				

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
		3. Organisation des campagnes de suivi	1. Organiser des campagnes de riposte	X	X	X	X	X
			2. Organiser des campagnes de suivi en 2018	X			X	
			3. Réaliser l'analyse de risque épidémique	X			X	
			4. Monitorer les indicateurs de performance de la surveillance des cas de rougeole	X	X	X	X	X
		4. Renforcement de capacités du laboratoire de rougeole de l'IPB	1. Appuyer le fonctionnement du laboratoire rougeole de l'Institut Pasteur de Bangui en équipements et consommables pour le Génotypage et séquençage des souches de la rougeole	X	X			
			2.Élaborer le Plan stratégique d'élimination de la rougeole	X				
3. Atteindre et valider l'élimination de TMN d'ici 2022	5. Renforcement des capacités pour la détection et l'investigation des tous les cas de les cas de TMN	1. Promouvoir l'hygiène à l'accouchement pour la prévention de TMN	X	X	X	X	X	
		2. Sensibiliser les agents de santé et les matrones accoucheuses sur l'hygiène de l'accouchement	X	X	X	X	X	
		3.Élaborer les micros plans dans les districts ciblés	X					
	6. Organisation des campagnes	1. Organiser les campagnes de masse contre le TMN	X	X	X			

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
		de riposte	2. Conduire l'analyse du risque du TMN	X		X		
			3.Élaborer et mettre en œuvre le plan stratégique d'élimination du TMN en RCA;	X				
			4. Impliquer les communautés dans la recherche des TMN	X	X	X	X	X
			5. Monitorer les indicateurs de performance de la surveillance des cas de TMN.	X	X	X	X	X
			6. Organiser la supervision des agents					
	4. Atteindre au moins 90% des cas suspects de méningites bactériennes avec LCR analysés au Laboratoire d'ici 2022.	7. Renforcement des capacités pour la détection et l'investigation des tous les cas	Idem activités de rougeole	X	X	X	X	X
	5. Atteindre et maintenir un taux de détection des cas de PFA à au moins 3 pour 100000 enfants de moins de 15 ans dans tous les districts sanitaires de la	8. Renforcement des capacités, organisation des riposte en cas d'épidémie, implication de la communauté dans la	1. Former tous les agents de santé impliqués dans la surveillance de PFA ;	X	X			
			2. Doter tous les points focaux de surveillance en moyen logistique (moto, outils informatiques) ;	X				
			3. Rendre disponible les outils de collecte des données à tous les	X	X	X	X	X

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	RCA d'ici 2022	surveillance, supervisions formatives et surveillance des PFA dans tous les districts sanitaires de la RCA et environnementales dans les RS ciblées	niveaux de la pyramide sanitaire ;					
			4. Impliquer les communautés, ONG et association à base communautaire dans la surveillance active des cas du PFA ;	X	X	X	X	X
			5.Élaborer les micros plans des campagnes dans les districts	X				
			6.Élaborer et mettre en œuvre les plans de riposte aux épidémies de polio (y compris le plan d'urgence du bassin de lac Tchad)	X	X			
			7. Organiser les campagnes de masse (JNV et JLV Polio) en cas de besoin	X	X			
			8.Élaborer des plans de surveillance des cas de PFA au niveau des districts	X				
		9. Poursuivre la mise en œuvre de la surveillance environnementale de poliovirus dans la région sanitaire N°7 et son extension progressive dans les régions 2 et 3 en 2018 et sur l'ensemble du pays par la suite	X					

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
			10. Monitorer les indicateurs de performance de la surveillance des cas de PFA et de la surveillance environnementale	X	X	X	X	X
			11. Organiser périodiquement les supervisions formatives à tous les niveaux.	X	X	X	X	X
			12. Rendre disponible les ressources financières pour la surveillance des cas de PFA y compris la supervision	X	X	X	X	X
		9. Renforcement de la gouvernance et du laboratoire	13. Appuyer le fonctionnement des différents comités : - Polio (CNEP, CNC, Confinement) - Harmonisations des bases de données -et réunions de Monitoring (CPB ; Data Managers)	X	X	X	X	X
			14. Appuyer le fonctionnement du Laboratoire Polio de l'Institut Pasteur de Bangui	X	X	X	X	X
	6. Documenter au moins 50% des MAPI détectées dans les services de	10. Renforcement institutionnel et opérationnel de la gestion des MAPI	1. Rendre fonctionnel le comité national de gestion des MAPI ;	X	X	X	X	X
			2. Former les agents de santé impliqués dans la gestion des	X				

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	vaccination d'ici 2022		MAPI ;					
			3. Créer une base de données sur les MAPI au niveau national	X				
			4. Rendre les médicaments disponibles pour la prise en charge des cas des MAPI	X	X	X	X	X
	7. Atteindre et maintenir un taux de complétude des rapports de surveillance des maladies cibles du PEV à au moins 90% d'ici 2022	11. Renforcement des capacités et supervisions formative pour la gestion des données	1. Former les agents de santé impliqués dans la gestion des données des maladies cibles du PEV ;	X				
			2. Doter les districts en canaux de transmission (Flotte, radio codant, Clé Internet, etc.) ;	X	X			
			3. Rendre disponible les outils de collecte des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	X	X	X	X	X
			4. Mettre en place un mécanisme de retro information (bulletin hebdomadaire, fiche de retro information, internet, etc.) ;	X	X	X	X	X
			5. Amener 100% des districts et FOSA à l'utilisation locale des données d'ici 2022	X				
	8. Mettre en œuvre les directives de RSI d'ici 2022	12. Renforcement du RSI	1. Former les acteurs de terrain sur le RSI	X	X			
			2. Sensibiliser les communautés	X	X	X	X	X

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
			sur le RSI					
	9. Former et équiper 100% des acteurs de terrain et techniciens de laboratoires impliqués dans la surveillance d'ici 2022	13. Renforcement de capacité des acteurs et des laboratoires d'analyse	1. Former les acteurs de terrain à différents niveaux sur la SIMR	X	X			
			2. Former les techniciens de laboratoires	X	X			
			3. Doter les laboratoires en équipements de diagnostic	X	X			
	10. Doter 100% des Districts sanitaires et le service de surveillance en équipements informatiques et bureautiques d'ici 2022	14. Renforcement de la logistique	1. Doter les DS et le service de surveillance en équipements informatiques et bureautiques	X	X			
6. Génération de la demande et communication								
	1. D'ici 2022, 95 % des parents, gardiens d'enfants et femmes enceintes adoptent un comportement favorable à la vaccination et font vacciner tous les enfants cibles et toutes les femmes	1. Plaidoyer/Sensibilisation/partenariat	1.Élaborer les outils de formation, gestion et supervision formative des activités de communication	X				
			2. Sensibiliser les parents à travers les visites à domicile, des émissions éducatives (radio communautaires, radio et TV Nationales, la Presse écrite, les nouveaux medias, et activités artistiques) des causeries	X	X	X	X	X

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	enceintes.		éducatives en vue de l'adoption des comportements favorables à la vaccination					
			3. Diffuser les Directives, les supports éducatifs et les messages sur la vaccination à travers les canaux adaptés de communication	X				
			4. Organiser la formation des points focaux en matière de communication dans les Districts sanitaires	X	X			
			1. Conduire des enquêtes/ études comportementales sur la Vaccination			X		
		2.Études /enquêtes	2. Documenter les activités de communication en faveur du PEV (Collecte, analyse et diffusion)	X	X	X	X	X
2. D'ici 2018, Mettre à la disposition de la direction du PEV et les 35 districts sanitaires des documents stratégiques pour la communication en faveur du PEV de routine et des AVS	3. Renforcement de la coordination	1. Valider le Plan stratégique de communication pour le PEV	X					
		2.Élaborer des Plans de communication pour les AVS pour les 35 districts sanitaires	X					
		3. Vulgariser le plan intégré de communication et le plan stratégique pour la relance du PEV	X					

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
			de routine					
	3. D'ici 2022, 100% des DS mettent en œuvre les plans stratégiques de communication en faveur du PEV	4. Suivi de la mise en œuvre des activités	1. Conduire des activités de communication pour le changement de comportement	X	X	X	X	X
2. Conduire des activités de mobilisation sociales			X	X	X	X	X	
3. Conduire des activités de plaidoyer			X	X	X	X	X	
4. Assurer le suivi des activités à différents niveaux			X	X	X	X	X	
4. D'ici 2022, rendre fonctionnel un dispositif communautaire de communication (structures de coordination pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de communication en faveur du PEV) dans au moins 80 % des D.S	5. Développement d'un dispositif de communication communautaire pour la vaccination	1. Créer des comités locaux de communication en faveur de la vaccination	X					
		2. Mobiliser des moyens locaux pour le fonctionnement des comités	X					
		3. Assurer le suivi	X	X	X	X	X	
		4. Organiser des rencontres régulières avec les décideurs en faveur de la vaccination	X	X	X	X	X	
7. Coûts et financement								
	1. Porter le taux de mobilisation des ressources des PTF	1. Renforcer les capacités du PEV à mobiliser les	1. Plaidoyer pour la création de taxes spécifiques pour la vaccination	X	X			

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	allouées au PEV de 56% en 2016 à 100% d'ici 2022	ressources auprès des partenaires	2. Former le personnel du PEV aux procédures des partenaires	X				
			3. Plaidoyer pour acquérir les 20% du financement assuré par l'État	X	X	X	X	X
			4. Mobiliser les ressources financières pour la maintenance des équipements de la CdF Gavi	X	X	X	X	X
	2. Porter le taux de mobilisation des ressources allouées au PEV par l'Etat de 5% en 2016 à 85% d'ici 2022	2. Participer à toutes les étapes du processus budgétaire	1. Former les responsables du PEV aux procédures de préparation et d'exécution du budget national	X				
			2.Élaborer des supports s budgétaires arrimés au système national des finances publiques	X				
	3. Améliorer de 75% d'ici 2022 la qualité des données financières	3. Formation du personnel et développement des outils de gestion des données financières	1. Développer les procédures de collecte et de diffusion des données financières sur le PEV	X				
			2. Mettre en place une base de données de gestion des données financières	X				
			3. Élaborer une revue des dépenses au profit du PEV	X	X	X	X	X
	4. Renforcer les mécanismes/stratégies de plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles en	4. Renforcement du partenariat national et international à travers le CTAPEV, le	1. Impliquer les autres ONGs, les privés, les confessions religieuses dans les réunions de CTAPEV, CCIA...	X	X	X	X	X

Services de vaccination	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2018	2019	2020	2021	2022
	faveur du PEV	CCIA...						
	5. Améliorer la gestion administrative et financière du Programme	5. Renforcement du staff technique pour la gestion financière et le suivi des dépenses	1. Créer un service administratif et financier	X				
			2. Affecter des agents qualifiés pour la gestion administrative et financière du programme					

VII.INDICATEURS DE SUIVI

- Indicateurs essentiels de suivi

Paramètres de mesure	Indicateurs	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultats	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
Composante services de vaccination										
Couverture vaccinale	Atteindre un taux de couverture vaccinale en Penta3 d'au moins 90% au niveau national d'ici 2022	47%	2016	DPEV	70%	80%	90%	92%	95%	Base de données PEV
	Proportion de district avec CV supérieure ou égale à 80% pour tous les antigènes	21%	2016	DPEV	40%	60%	80%	90%	95%	Base de données PEV
Utilisation de service	Proportion de district avec taux d'abandon DTC-HepB-HiB1 et 3 inférieur à 10%	12%	2016	DPEV	30%	40%	50%	60%	80%	Base de données PEV

Composante surveillance épidémiologique

Incidence des maladies	Taux d'investigation annualisé de rougeole (cible ≥ 2 p 100000)	cible ≥ 2 p 100000	2016	DPEV	≥ 2 p 100000	Base de données PEV
	Proportion de Cas confirmé à IgM+ anti rougeoleux (Cible $\leq 10\%$)	Cible $\leq 10\%$	2016	DPEV	Cible $\leq 10\%$	Base de données PEV
	Taux de PFA NP supérieur ou égal à 3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans	≥ 3 p 100000	2016	DPEV	≥ 3 p 100000	Base de données PEV

Paramètres de mesure	Indicateurs	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultats	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
Approvisionnements, qualité et logistique des vaccins										
Disponibilité des vaccins	Proportion de districts sans rupture de stock pour tous les antigènes durant toute l'année	ND	2016	DPEV	70%	80%	90%	95%	100%	Base de données PEV
Sécurité des injections	Proportion de districts sans rupture de seringues autobloquantes pour injection de vaccin durant toute l'année	ND	2016	DPEV	70%	80%	90%	95%	100%	Base de données PEV

Gestion des vaccins	Proportion de districts avec un taux de pertes réduit à un niveau acceptable selon les normes nationales	ND	2016	DPEV	Taux Perte ≤ normes nationales	Base de données PEV
---------------------	--	----	------	------	--------------------------------	---------------------

Paramètres de mesure	Indicateurs	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultats	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
Gestion du programme										
Planification	Proportion de districts ayant un microplan comportant les activités du PEV	ND	2016	DPEV	80%	100%	100%	100%	100%	Base de données PEV
Supervision	Proportion de CS/DS/DRS ayant bénéficié d'une supervision du niveau hiérarchique supérieur	ND	2016	DPEV	60%	70%	80%	90%	95%	Base de données PEV
Monitorage	Complétude de la transmission des rapports mensuels de vaccination	86%	2016	DPEV	95%	100%	100%	100%	100%	Base de données PEV
	Promptitude de la transmission des rapports mensuels de surveillance	21%	2016	DPEV	60%	80%	85%	90%	95%	Base de données PEV

Paramètres de mesure	Indicateurs	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultats	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
Financement du programme										
Mobilisation de ressources	Proportion de la part de l'Etat dans le financement des vaccins de routine	17%	2016	DPEV	30%	40%	50%	65%	75%	Base de données PEV
	Proportion de la part de l'Etat dans les coûts opérationnels du PEV	3%	2016	DPEV	10%	15%	20%	25%	30%	Base de données PEV
	Proportion des fonds alloués à la vaccination et à la surveillance épidémiologique sur le budget général de l'Etat et effectivement décaissé	18%	2016	DPEV	70%	100%	100%	100%	100%	Base de données PEV

Paramètres de mesure	Indicateurs	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultats	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
Communication										
Participation communautaire	Proportion des districts avec relais communautaires qui travaille dans la vaccination	ND	2016	DPEV	70%	80%	90%	95%	100%	Base de données PEV

- **Autres indicateurs :**

- Nombre d'enfants non ou insuffisamment vaccinés par district ;
- Taux d'abandon BCG- VAR par District ;
- proportion de FOSA utilisant des incinérateurs appropriés pour détruire le matériel usagé ;
- Taux d'incidence des MAPI sévère;
- % des districts silencieux (0%)
- Taux d'incidence du TMN : inférieur à 1 cas pour 1000 NV ;
- % des districts ayant investigué au moins un cas suspect de rougeole ;
- % des districts ayant investigué au moins un cas suspect de fièvre jaune ;
- % des districts ayant investigué toutes les flambées de rougeole ;
- Taux d'exécution annuelle du budget de l'état alloué au PEV ;
- Contribution financières respective des différents partenaires (Etat, communautés et aide extérieure) au budget du PEV (en %)

VIII. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME

8.1. Contexte macro-économique

Les périodes récurrentes d'instabilité et de violence, exacerbées par les événements de décembre 2013 ont abouti à une aggravation sans précédent de la vulnérabilité de la majeure partie de la population. Cette situation se superpose à un niveau déjà existant d'extrême pauvreté, avant la crise, la République Centrafricaine était déjà classée au 179ème rang sur 187 pays selon l'Indice de développement humain (IDH). En fin 2013, le PIB par habitant était de 333,20 USD soit une réduction de 33%, par rapport à 2010.

La situation économique du pays est influencée par les aspects suivants :

- **Au plan extérieur**, par la crise économique mondiale et ses corolaires ;
- **Au plan intérieur**, la situation est caractérisée par (i) la fragilisation des structures économiques ; (ii) la régression des cultures de subsistance et d'exportation, (iii) associées à une hausse généralisée des prix des produits de première nécessité due à la restriction de l'utilisation du corridor Bangui/Douala.

L'évolution de la tendance actuelle est subordonnée à la normalisation de la situation sécuritaire et sanitaire, la reprise de la coopération avec les partenaires au développement, la mise en œuvre du programme d'urgence et le retour de la population dans les zones de production.

L'appréciation de la situation de l'économie nationale montre : (i) la reprise progressive des activités dans les différents secteurs de l'économie ; (ii) la reprise progressive des exportations des matières premières ; (iii) la poursuite des négociations pour la levée de la suspension du processus de Kimberley ; (iv) la hausse des prix à la consommation avec un taux d'inflation estimé à 13% en 2014, supérieur aux critères de convergence de 3%.

8.2. Financement du secteur de la santé

L'environnement des services de santé publique a totalement changé en Centrafrique avec les troubles militaro-politiques. L'État n'est plus le financier principal de soins, il a perdu son monopole dans l'allocation des ressources. Environ 5% des dépenses pour la santé sont assurées par le Gouvernement. Le pays reste fortement dépendant de l'aide extérieure, et par conséquent doit développer des stratégies et méthodes alternatives de financement afin de mobiliser les ressources internes.

Sur le plan interne les sources de financement sont essentiellement l'Etat, les ménages, les communautés, les collectivités territoriales, le secteur privé.

Sur le plan Externe, les sources de financement proviennent des dons et des prêts à travers les:

- **Aides multilatérales** : Les agences du Système des Nations Unies, Banque Mondiale, Fonds mondial, Union Européenne, BADEA, BAD, WWF et les autres ONG humanitaires etc.
- **Aides bilatérales**: France, Allemagne, Japon, Chine, Egypte, Maroc etc. ;
- **Autres sources**: GAVI-Alliance, Fondation Bill and Belinda GATES, Rotary

international, CDC Atlanta. Etc...

8.3. Financement sur le budget de l'État

Tableau IX : Évolution des allocations budgétaires de l'État (en millier de Francs CFA).

<i>Nature des dépenses</i>	2014	2015	2016
Dépenses de Fonctionnement	11 370 410	11 736 260	12 254 696
Dépenses de Personnel	6 041 922	5 956 437	6 693 071
Dépenses de Biens et Services	5 328 488	5 779 823	5 561 625
Autres			
Dépenses d'Investissement	13 470 076	2 573 784	9 095 749
Budget de l'État	1 448 730	1 282 284	1 206 204
Financement extérieur	12 021 346	1 291 500	7 889 545
Dépenses totales de Santé	24 880 485	14 390 044	21 440 445
Dépenses totales de l'État	221 272 516	228 358 036	209 370 905
Budget Santé en % Budget général	11,24%	6,30%	10,24%
Produit Intérieur Brut (PIB)	842 000 000	937 000 000	1 046 000 000
Taux de croissance du PIB	1,0%	4,8%	4,5%
Budget Santé en % du PIB	2,95%	1,54%	2,0%
Population	4 854 940	4 953 090	5 052 820
Budget Santé par tête d'habitant (en centaine de F.CFA)	5,1247	2,0952	4,2432

Sources : Lois des Finances 2011 à 2016, cadrage macroéconomique(MPECI)

L'analyse du tableau ci-dessus laisse transparaître une progression en dent de scie des allocations budgétaires au profit du MSP pendant la période sous revue. Après une hausse en 2011 du budget de la Santé qui représentait 10,15% des dépenses publiques, les années 2012 et 2013 ont connu une tendance baissière de l'ordre de -3% puis, l'année 2014 a repris le même taux de 1,9%, avant de rechuter à -3,85 en 2015, pour enfin remonter timidement en 2016 à 0,9%.

D'une manière globale, l'État n'assure que le paiement des salaires du personnel et la charge des dépenses de fonctionnement des structures administratives.

Cependant, ces allocations représentent en moyenne 9% du budget général de l'État et reste donc en deçà des objectifs d'Abuja (15%).

De plus, on note :

- une absence de visibilité dans la mise à disposition des fonds libérés dans le cadre de l'allègement de la dette (initiative PPTE) au profit des Secteurs Sociaux ;
- une absence de simplification des procédures de décaissement des fonds publics ;
- une forte centralisation de la gestion des ressources financières ;

- un non-respect des engagements budgétaires (écarts importants entre les niveaux de réalisation et les prévisions budgétaires).

8.4. La participation communautaire

Cette source de financement était, avant la crise, le moyen de financement approprié pour atteindre les bénéficiaires sous deux formes : le recouvrement des coûts et l'approche participative

- Le recouvrement de coûts : instauré en 1994, il s'effectue par l'achat des médicaments, les consultations, les actes et les hospitalisations. Les tarifs des consultations varient de 500 FCFA à 2000 FCFA selon le niveau de la structure et la qualification des praticiens. Pour les prestations, les tarifications varient selon la nature des actes et les habitudes de prescription, ce qui rend difficile l'accès d'une bonne partie de la population aux soins de base.
- L'approche participative se mesure par la contribution de la communauté sous forme des travaux manuels, apports de matériaux et contribution financière directe pour la construction des postes et cases de santé et les pharmacies villageoises dans les communes. A ce jour, aucune étude n'a été réalisée pour cerner l'étendue ou l'importance du financement communautaire, encore moins des collectivités territoriales.

Dans le contexte actuel, la tendance est à la reprise de recouvrement des coûts après une période de gratuité des soins de santé dans certaines zones.

8.5. Financement sur ressources extérieures

- **Viabilité financière du système de santé en RCA**

Rubriques	2014	2015	2016
Population	4 779 088	4 981 700	5 191 559
PIB en F CFA	2 222 275 920	2 316 490 500	2 595 779 500
Dépense Totale de Santé (DTS) en F CFA	23 904 028 080	24 501 628 875	25 114 169 655
DTS du Gouvernement (DTSG) en F CFA	2 426 258 865	2 486 915 325	2 535 138 150
Budget Général de l'Etat en F CFA	239 054 234 000	272 668 930 000	221 272 516 000
DTSG en % des DTS	10	10	11
DTSG en % du budget général	10	09	11
DTSG en % du PIB	109	107	97,7
DTS/Hbt	5002	4918	4838

Source : Plan de transition du secteur de la santé

De la lecture du tableau ci-haut, il ressort que les dépenses totales de santé du Gouvernement représentent environ 10 % des dépenses totales de santé (DTS), ce qui

implique la très forte dépendance du secteur de la santé vis-à-vis du financement extérieur.

Un effort doit être fait pour mobiliser les ressources additionnelles en vue de combler les écarts financiers occasionnés par les financements probables (décentralisation, mutuelle de santé, renforcement du partenariat public /privé, PBF).

8.6. Financement du PEV et analyse des écarts financiers (2014-2016)

Le financement du PEV est assuré par le Gouvernement, l’OMS, l’UNICEF et Gavi. Dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route, le gouvernement de transition poursuit l’objectif d’allouer 15% des ressources à la santé, en dépit du contexte difficile et ce, conformément aux recommandations des chefs d’État des pays membres de l’OMS tenue à Abuja en 2003.

8.6.1. Analyse des coûts de base (2016) du programme

Le coût total du programme s’élevait à USD 14 128 964 dont 87,25% (soit USD 12 328 109) pour les coûts de la vaccination et 13 % soit (\$1 800 854) pour les coûts partagés pour l’année 2016. Les coûts de campagne de vaccination représentaient 18% du coût total du Programme et 20,14% des dépenses totales en vaccination incluant les coûts partagés.

- Indicateur du financement de la vaccination en 2016 (en USD)

Indicateurs de base	2016
Dépenses totales de vaccination spécifiques	\$12 328 109
Activités de vaccination supplémentaire	\$2 482 995
Vaccination systématique uniquement	\$9 845 115
Par habitant	\$1,83
Par enfant vacciné avec la DTC	\$126
% vaccins et matériels	18,8%
% ressources financières du gouvernement	25,6%
% dépenses totales en santé	23,8%
% Dépenses publiques de santé (DPS)	232,5%
% PIB	0,4%
Total coûts partagés	\$1 800 854
% coûts partagés - système de santé	12,7%
Total	\$14 128 964

Le coût de vaccination de routine a été estimé à \$ 1.83 par habitant, ce qui équivaut à 0.4 % du PIB pour la même année. Le coût par enfant vacciné pour trois doses de Penta s'élève à 126 USD.

Les catégories des coûts de base se présentent comme suit :

Coûts récurrents de la vaccination systématique	Catégorie de coûts	coûts
		2016
	Vaccins (vaccins de routine seulement)	\$1 784 045
	Traditionnel	<u>\$106 342</u>
	Sous utilisé	<u>\$833 303</u>
	Nouveau	<u>\$844 400</u>
	Matériel d'injection	<u>\$62 511</u>
	Personnel	\$2 367 105
	Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	<u>\$778 464</u>
	Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	<u>\$993 849</u>
	Per diem pour supervision et monitoring	<u>\$594 792</u>
	Transport	<u>\$1 984 939</u>
	Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	<u>\$1 454 929</u>
	Stratégie avancée	<u>\$311 771</u>
	Stratégie mobile	<u>\$218 239</u>
	Entretien et frais généraux	<u>\$137 677</u>
	Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	<u>\$111 433</u>
	Entretien et d'autre équipement d'investissement	<u>\$0</u>
	Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	<u>\$26 244</u>

Formation de courte durée		<u>\$587 091</u>
IEC/ mobilisation sociale		<u>\$400 200</u>
Surveillance des maladies		<u>\$1 028 103</u>
Gestion du programme		<u>\$220 182</u>
Autres coûts récurrents de routine		<u>\$0</u>
Sous-total		\$8 571 853
Total global		\$ 14 128 964

8.6.2. Analyse des coûts futurs du Programme

8.6.2.1. Méthodologie d'estimation des ressources

L'estimation des ressources prend en considération :

- La population cible basée sur le RGPH de 2003 avec un taux d'accroissement de 2,5% ;
- Les objectifs de couverture vaccinale à atteindre chaque année;
- Les prix des doses de vaccins sont les prix de référence de l'UNICEF proposés dans l'outil d'analyse du coût et financement;
- Les AVS poliomyélite programmées sous forme de riposte annuelle en cas d'importation ;
- Les campagnes de vaccination de masse contre la rougeole en 2018,
- Une campagne de vaccination contre le tétanos néonatal en 2018 ;
- Le salaire moyen de chaque catégorie de personnel ;
- Le renforcement des capacités ;
- Le plan d'extension des centres PEV de 2018 à 2022;
- Le plan de réhabilitation de la logistique PEV pour la période 2018-2022 ;
- L'estimation du coût du carburant et des autres frais de maintenance en prenant en compte le circuit de ravitaillement en vaccins, de supervision et des stratégies avancée et mobile;
- Le Plan de Transition du Secteur de la Santé.

L'estimation des financements a été faite sur la base des combinaisons des données fournies par les partenaires au développement, le Ministère de la Santé et de la Population, le Ministère des Finances et du Budget et le Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale. La contribution de l'État a été estimée sur la base du financement antérieur et du principe que l'État continuera à payer les salaires, la construction et la maintenance des infrastructures sanitaires, la logistique et l'approvisionnement de la ligne budgétaire pour les vaccins et les consommables du PEV dans le cadre de l'Initiative d'Indépendance Vaccinale.

Pour les partenaires, il a été considéré qu'ils continueront à soutenir le programme à travers les domaines traditionnellement financés. Le financement des nouveaux vaccins respectera le principe du cofinancement Gavi appliqué aux pays à faibles revenus.

8.6.2.2. Besoins de financement par catégorie de coûts (sans coûts partagés)

Le vaste projet de rééquipement des formations sanitaires du pays en matériel de chaîne de froid notamment l'aménagement de trois dépôt régionaux des médicaments avec les chambre froides, ainsi que l'acquisition de 650 réfrigérateurs solaires couvrent 11% des besoins en financement du présent PPAC.

Le graphique ci-dessous illustre cette répartition.

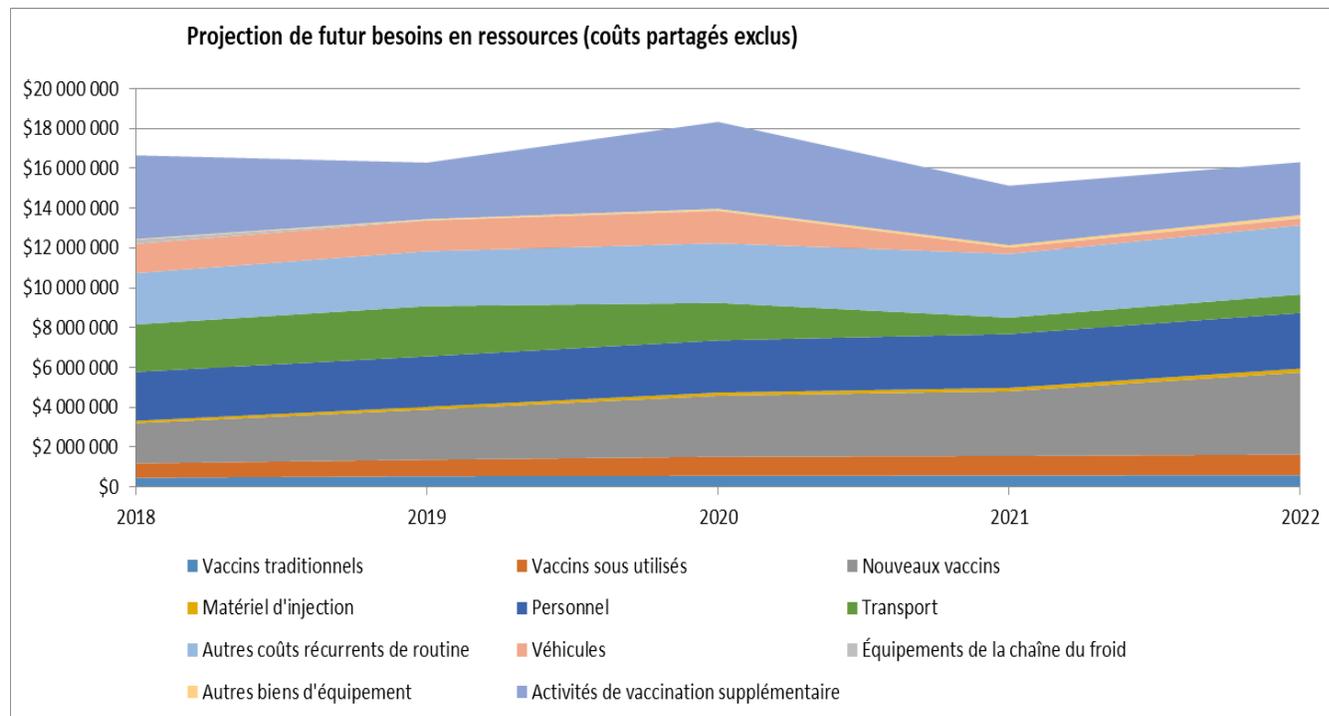


Figure 6 : Projection de futur besoins en ressources (coûts partagés exclus)

Tableau X : Projection de futur besoins en ressources (coûts partagés exclus)

Catégorie de coûts	2018	2019	2020	2021	2022
Coûts récurrents de la vaccination systématique	\$16,649,753	\$16,283,135	\$18,331,631	\$15,124,907	\$16,305,454
Vaccins traditionnels	\$458,164	\$535,394	\$558,208	\$573,688	\$592,818
Vaccins sous utilisés	\$726,600	\$833,687	\$958,074	\$982,640	\$1,040,502
Nouveaux vaccins	\$2,018,740	\$2,514,390	\$3,060,724	\$3,247,738	\$4,113,568
Matériel d'injection	\$117,417	\$137,146	\$162,502	\$168,435	\$194,830

Personnel	\$2,452,582	\$2,534,785	\$2,618,433	\$2,704,841	\$2,794,101
Transport	\$2,389,211	\$2,521,686	\$1,885,553	\$826,548	\$930,275
Autres coûts récurrents de routine	\$2,574,291	\$2,754,662	\$2,992,635	\$3,202,836	\$3,466,581
Véhicules	\$1,470,549	\$1,545,176	\$1,623,313	\$311,539	\$345,611
Équipements de la chaîne du froid	\$216,405	\$17,558	\$23,228	\$5,475	\$21,116
Autres biens d'équipement	\$25,639	\$52,970	\$82,518	\$114,187	\$147,855
Activités de vaccination supplémentaire	\$4,200,155	\$2,835,681	\$4,366,443	\$2,986,980	\$2,658,197

Tableau XI Récapitulatif du cofinancement de la RCA 2018 – 2022

Montants gouvernement Co-financement					
	2018	2019	2020	2021	2022
Coûts récurrents de la vaccination systématique	\$301,161	\$359,779	\$485,740	\$504,031	\$847,281
DTC-HepB-Hib (2008)	\$89,851	\$104,726	\$120,367	\$123,457	\$127,580
VAA (2008)	\$29,950	\$34,909	\$40,122	\$41,152	\$42,527
PCV-13 (2011)	\$80,393	\$93,702	\$107,697	\$110,462	\$114,151
VPI (2015)	\$28,286	\$32,969	\$37,893	\$38,886	\$40,164
MenA (2017)	\$35,935	\$34,909	\$40,122	\$41,152	\$42,527
Rota (2018)	\$36,746	\$58,564	\$64,030	\$75,571	\$76,100
RR (2020)	\$0	\$0	\$75,509	\$73,351	\$78,640
HepB 0 (2022)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$29,647
HPV (2022)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$295,945

8.6.2.3. Besoins de financements couverts, possible et écarts par sources

Tableau XII : Besoins de financements couverts et écarts par sources

Financement sécurisé	2018	2019	2020	2021	2022	2018 - 2022
TOTAL	\$17,895,046	\$ 15,475,895	\$ 9,977,793	\$ 10,359,228	\$ 13,233,753	\$66,941,713
Gouvernement	\$ 3,092,815	\$ 3,912,240	\$ 4,591,420	\$ 4,659,739	\$ 5,094,370	\$ 21,350,583
Gavi : Nouveaux vaccins	\$ 2,538,596	\$ 3,097,145	\$ 3,650,883	\$ 3,847,565	\$ 4,451,709	\$ 17,585,896
Gavi	\$ 4,107,602	\$ 6,108,676	\$	\$	\$	\$ 10,216,278
OMS	\$ 3,128,059	\$ 384,265	\$ 1,249,219	\$ 1,333,029	\$ 1,422,460	\$ 7,517,030
UNICEF	\$ 5,027,975	\$ 1,973,570	\$ 486,272	\$ 518,896	\$ 2,265,215	\$ 10,271,928
Financement probable	2018	2019	2020	2021	2022	2018 - 2022
	\$ 730,240	\$ 2,872,757	\$ 10,487,677	\$ 6,970,102	\$ 5,349,914	\$ 26,410,689
Gouvernement	\$	\$	\$	\$	\$	\$
GAVI Nouveaux vaccins	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Gavi	\$	\$	\$ 3,029,856	\$ 2,173,027	\$ 1,842,305	\$ 7,045,187
OMS	\$ 209,800	\$ 1,447,430	\$ 1,553,649	\$ 410,875	\$ 300,000	\$ 3,921,753
UNICEF	\$ 520,440	\$ 1,425,327	\$ 5,904,173	\$ 4,386,201	\$ 3,207,609	\$ 15,443,749
Total : ressources nécessaires	\$ 18,625,293	\$ 18,348,659	\$ 20,465,477	\$ 17,329,337	\$ 18,583,671	\$ 93,352,436
Écart de financement	4%	16%	51%	40%	29%	28%

Dans cette répartition, Les financements probables concernent principalement le coût en capital sur financement du Gouvernement. La mobilisation effective de ce financement passe par un fort plaidoyer interne et surtout par une active participation des responsables du PEV au processus budgétaire national.

Ce tableau montre également qu'avec 41%, Gavi reste le partenaire financier de la vaccination de la Centrafrique dans le domaine de la vaccination.

Le détail du gap de financement se compose des rubriques contenues dans le tableau ci-dessous.

Tableau XIII : Besoins de financements couverts et écarts par sources

Poste	2018	2019	2020	Total
Coûts partagés du transport	\$83 140	\$84 803	\$86 499	\$254 442
Construction de nouveaux bâtiments	\$27 030	\$143 546	\$76 619	\$247 195
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid	\$280 439	\$421 106		\$701 545
Entretien et d'autre équipement d'investissement	\$21 715	\$401 100		\$422 815
Frais généraux des bâtiments (Téléphone, radio de communication, internet)		\$22 149	\$22 592	\$44 742
Total	\$412 324	\$1 072 704	\$185 711	\$1 670 739

8.6.2.4. Besoins en financements futurs par stratégie

Tableau XIV : Besoin de financements futurs par stratégie

	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL	%
Livraison aux emplacements fixes systématique	\$ 10097596	\$ 10859084	\$ 11269324	\$ 10039649	\$ 11147832	\$ 53413485	57
Activités de stratégie avancée	\$ 2163771	\$ 2326947	\$ 2414855	\$ 2151353	\$ 2388821	\$ 11445747	12
Stratégie mobile	\$ 2163771	\$ 2326947	\$ 2414855	\$ 2151353	\$ 2388821	\$ 11445747	12
Activités de vaccination supplémentaire	\$ 4200155	\$ 2835681	\$ 4366443	\$ 2986980	\$ 2658197	\$ 17047456	18
TOTAL	\$ 18625293	\$ 18348659	\$ 20465477	\$ 17329335	\$ 18583671	\$ 93352435	100

Avec les initiatives de relance du système de santé, le pays compte renforcer la stratégie fixe, c'est pour cette raison qu'elle compte consacrer 12% de ses ressources futures à cette stratégie et 57 % pour la stratégie fixe et le ravitaillement enfin de rendre disponibles les vaccins et intrants pour garantir l'offre de service.

Il faut cependant garder le cap pour les stratégies avancées ou mobile qui pourront permettre d'atteindre de nombreux enfants encore déplacés ou les traditionnels « perdus de vue ». 24% des projections de financements y sont dédiées.

Le graphique ci-dessous illustre la répartition par année de cette orientation.

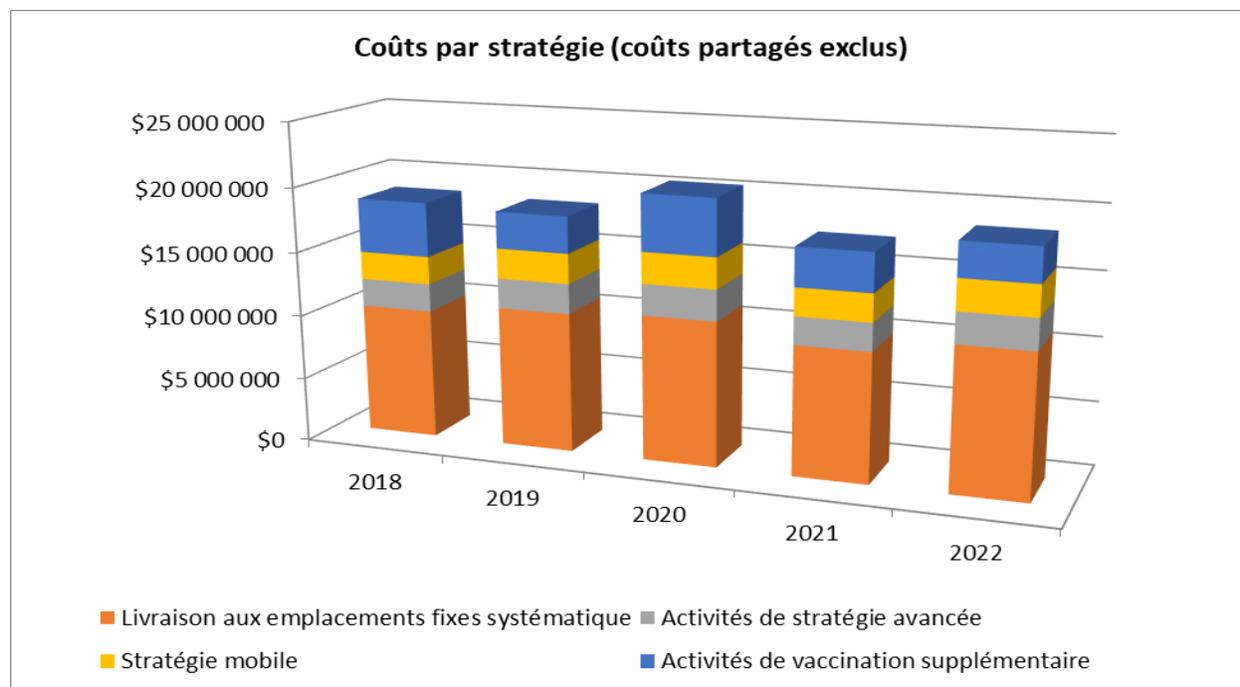


Figure 7 : répartition des ressources par stratégie

8.7. Viabilité financière du PPAC 2018-2022

La situation actuelle du pays a inspiré l'élaboration de ce document programmatique quinquennal. Cette approche exige plus de vivacité de la part des acteurs chargés de leur mise.

Pour le cas spécifique de la vaccination, il importe, pour être efficace dans la mobilisation de ressources, de se concentrer sur les opportunités les plus immédiates que sont Gavi, OMS, UNICEF et le Gouvernement Centrafricain. Cependant, la présence d'un grand nombre d'Organisations Non gouvernementales (ONG) pourrait être une opportunité à saisir pour améliorer les couvertures vaccinales.

Pour les partenaires techniques et financiers (Gavi, UNICEF et OMS), la dynamique des différents cadres de concertation (CCIA et CTAPEV) pourra faciliter le respect des calendriers de vaccination et surtout améliorer les délais dans la mobilisation des financements.

Concernant l'Etat, seule une plus grande implication des responsables du PEV dans le processus de préparation du budget et leur maîtrise des procédures budgétaires nationales est un gage de plus d'attractivité des ressources de l'Etat et surtout de l'amélioration du niveau de mobilisation des ressources inscrites sur la loi des finances.

Pour ce qui est des ONG, le Cadre de Concertation du Secteur de la Santé ainsi que les groupes thématiques qui le composent peuvent être des instances au sein desquelles les questions de financement de la vaccination peuvent être traitées et trouver des réponses probantes.

L'amélioration de la qualité du système d'informations financier du PEV est une urgence pour non seulement pour faciliter la prise de décision mais aussi de bâtir un argumentaire pour le plaidoyer en faveur de la vaccination.

- Indicateur d'analyse de la viabilité de la vaccination selon les indicateurs choisis

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité	2016	2018	2019	2020	2021	2022
PIB par habitant (US\$)	\$414	\$418	\$440	\$462	\$485	\$509
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	\$8	\$8	\$8	\$8	\$8	\$8
Population	\$5,369,492	\$5,641,323	\$5,782,356	\$5,926,915	\$6,075,087	\$6,226,965
PIB (US\$)	\$2,222,969,743	\$2,358,072,877	\$2,544,236,525	\$2,738,234,560	\$2,946,417,437	\$3,169,525,025
Dépenses totales de santé (DTS US\$)	\$41,345,089	\$43,438,185	\$44,524,139	\$45,637,243	\$46,778,174	\$47,947,628
Dépenses publiques de santé (DPS US\$)	\$4,233,737	\$3,831,248	\$3,927,029	\$4,025,205	\$4,125,835	\$4,228,981
Besoins en ressources : Vaccination	2016	2018	2019	2020	2021	2022
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$25,281,826	\$30,240,905	\$31,127,694	\$33,731,164	\$31,115,147	\$32,858,284
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$22,798,832	\$26,040,749	\$28,292,013	\$29,364,722	\$28,128,167	\$30,200,087
Par enfant vacciné avec la DTC	\$ 291.99	\$ 213.13	\$ 197.67	\$ 177.92	\$ 162.66	\$ 168.55
% en depense totale en sante	2016	2018	2019	2020	2021	2022
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	61.15%	69.62%	69.91%	73.91%	66.52%	68.53%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	55.14%	59.95%	63.54%	64.34%	60.13%	62.99%

Écart de financement	2016	2018	2019	2020	2021	2022
avec financement sécurisé seulement		28.42%	35.55%	52.23%	44.62%	41.24%
avec financement sécurisé & probable		26.74%	28.70%	29.07%	29.47%	29.77%
% PIB	2016	2018	2019	2020	2021	2022
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	1.14%	1.28%	1.22%	1.23%	1.06%	1.04%
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	1.03%	1.10%	1.11%	1.07%	0.95%	0.95%
Par habitant	2016	2018	2019	2020	2021	2022
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$ 4.71	\$ 5.36	\$ 5.38	\$ 5.69	\$ 5.12	\$ 5.28
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$ 4.25	\$ 4.62	\$ 4.89	\$ 4.95	\$ 4.63	\$ 4.85

8.7.1. Stratégies de viabilité financière du PEV, 2018-2022

Un certain nombre de stratégies de viabilité financière sont proposées pour garantir la mise en œuvre optimale du PPAc 2018-2022, en sécurisant d'une part les financements probables identifiés, et d'autre part en comblant le déficit estimé.

Ces stratégies s'articulent autour de deux axes : Mobilisation de ressources supplémentaires et la réduction des coûts du PEV grâce à l'amélioration de son efficience

8.7.1.1. Stratégies de mobilisation de ressources supplémentaires

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

- Ressources domestiques :

Budget de l'Etat, les stratégies proposées sont de contribuer au financement des nouveaux vaccins sur le budget de l'Etat et faire des plaidoyers pour l'augmentation de la part du budget de l'Etat alloué au PEV

Financement communautaire (COGES)

Les COGES ont toujours contribué au financement des activités sanitaires, et en particulier du PEV, au niveau décentralisé. La paupérisation des communautés liées aux crises récurrentes militaro-politiques que le pays a connues a rendu peu efficace le recouvrement de coût au niveau des formations sanitaires toutefois avec le Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en République Centrafricaine (RCPCA), il y a lieu de croire au retour du recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires. Ainsi la stratégie proposée est de faire un plaidoyer pour l'augmentation de la part du financement communautaire alloué au PEV

Collectivités locales (communes)

Dans le cadre de la déconcentration/décentralisation, les budgets des collectivités vont prévoir une ligne pour contribuer au financement du PEV au niveau décentralisé.

Ainsi la stratégie proposée est de faire un plaidoyer pour la contribution des collectivités locales au PEV.

- Ressources externes

GAVI / RSS

La soumission au guichet pour le Renforcement des Systèmes de Santé

Partenaires traditionnels du PEV

Les partenaires traditionnels du PEV s'engagent à financer les activités du PPAc à un niveau variable. Cependant malgré ces engagements un écart financier persiste. Il s'agira donc, d'une part, de s'assurer que ces intentions seront bien honorées, et

d'autre part de les sensibiliser pour revoir à la hausse leur contribution financière, afin de pouvoir réaliser les activités programmées dans le PPAc.

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

Autres partenaires du PEV

Les autres partenaires du PEV vont être sollicités pour une contrepartie au financement des activités du PPAc.

Il s'agira de les sensibiliser pour contribuer financièrement pour permettre de réaliser les activités programmées dans le PPAc.

Ainsi la stratégie proposée est de faire un plaidoyer auprès d'autres partenaires pour la mobilisation des fonds.

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

Un certain nombre de stratégies supplémentaires ont été définies afin de contribuer davantage à l'amélioration de l'efficience du PEV. Elles concernent principalement :

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

IX. CADRE DE SUIVI ÉVALUATION DU PPAC

Pour le suivi et l'évaluation du PPAC, les instruments ci-après seront utilisés :

9.1. En matière de suivi

9.1.1. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Les données de routine collectées dans le cadre du SNIS permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système de santé. De même, la surveillance épidémiologique intégrée de la maladie se fera à travers le Service de Gestion des Épidémies et de la Situation d'Urgence appuyé par l'OMS.

Par ailleurs, le PEV effectuera le monitoring des données de routine et de surveillance des maladies évitables par la vaccination.

9.1.2. Enquêtes

Pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront menées.

9.1.3. Supervision et monitoring

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités de santé. Le niveau central supervisera trimestriellement les activités des régions sanitaires. Les districts sanitaires seront supervisés tous les deux mois par les Régions et assureront mensuellement à leur tour une supervision rapprochée des formations sanitaires de leurs zones compétence.

9.1.4. Revues

Le Ministère de la Santé et de la Population, en collaboration avec le Ministère des finances et du Budget, le Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale, ainsi que les partenaires, organisera des revues périodiques tant internes qu'externes.

9.2. En matière d'évaluation

Des évaluations périodiques seront réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de ce PPAC 2015-2017 tant sur le plan de la réalisation des activités régulières que de l'introduction des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies de la vaccination. Les évaluations à mi-parcours et en fin de période seront réalisées.

XX. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PPAc

- a. Diffusion
- b. Mise en œuvre – élaboration d'un plan annuel opérationnel
- c. Intégration et renforcement des activités pour la mise en œuvre
- d. Établissement des activités prioritaires au profit des districts et des communautés
- e. Planification annuelle et suivi aux niveaux infranationaux
- f. Planification et examen du suivi

CONCLUSION

Le présent Plan Pluriannuel Complet (PPAc) 2018- 2022 est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dont le but est d'améliorer l'état de santé de la population centrafricaine. Il sera exécuté à travers un plan d'action annuel sur les cinq années programmées et à l'adapter à l'évolution du contexte politique et socio-économique du pays.

La paix, la stabilité politique et économique du pays, la volonté politique au plus haut niveau de l'Etat, le développement d'un partenariat nouveau et fort, la collaboration multisectorielle, l'amélioration du financement du secteur de la santé, la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, l'implication effective de la société civile y compris la communauté constituent les facteurs déterminants pour la mise en œuvre du Plan.

Pour ce faire, le Gouvernement de la République Centrafricaine, conscient de la gravité de la situation sanitaire de ses populations, s'engage à allouer les ressources nécessaires et à prendre toutes les mesures utiles à la mise en œuvre du plan et assurer la durabilité financière du PEV. Dans le contexte actuel des difficultés économiques et financières, le Gouvernement compte sur la solidarité nationale et internationale pour la mobilisation des ressources additionnelles requises en vue de l'atteinte des objectifs fixés dans le présent PPAc et par conséquent les ODD.